

Don't Sit back! Take Charge of your Life!

**Medialisierung der HIV/AIDS-Epidemie
im urbanen Sambia**

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Annabelle Springer
Institut für Ethnologie
Universität zu Köln

Köln, 10. November 2010

Die vorliegende Arbeit wurde von der Philosophischen Fakultät der Universität zu Köln im November 2010 als Dissertation angenommen und von Prof. Dr. Michael Bollig und Prof. Dr. Klaus Schneider begutachtet. Die Disputation fand am 12. Januar 2011 statt.

Für Christian und Annika und meine Eltern

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS
DANKSAGUNG

<u>1</u>	<u>EINFÜHRUNG</u>	1
1.1	MEDIEN UND HIV/AIDS IN SAMBIA: DIE FRAGESTELLUNG	2
1.2	THEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN	7
1.3	LITERATURÜBERBLICK ZUM THEMA MEDIEN UND AIDS IN AFRIKA	18
1.4	DIE FELDFORSCHUNG	19
	1.4.1 FORSCHUNGSABLAUF UND -METHODE	19
	1.4.2 ETHNOGRAPHIE KANYAMA	23
	1.4.3 INFORMANTEN	28
1.5	AUFBAU DER ARBEIT	33
<u>2</u>	<u>MEDIALISIERUNG VON HIV/AIDS IN SAMBIA: DER FORSCHUNGS- GEGENSTAND</u>	34
2.1	HIV/AIDS-SITUATION IN SAMBIA	35
	2.1.1 HIV/AIDS IM SAMBISCHEN GESUNDHEITSWESEN	36
	2.1.2 FINANZIERUNG VON UND ZUGANG ZU ART	38
	2.1.3 MEDIZINISCHES PERSONAL UND MEDIKAMENTE	40
2.2	MEDIALISIERUNG VON HIV/AIDS IN SAMBIA	43
	2.2.1 ÜBERBLICK ÜBER DIE SAMBISCHE MEDIENLANDSCHAFT	43
	2.2.2 ENTWICKLUNG UND VIELFALT DER HIV/AIDS-MEDIALISIERUNG	45
	2.2.3 AKTEURE	51
	2.2.3.1 PRODUZENTENSEITE	52
	2.2.3.2 MEDIATORENSEITE	54
	2.2.3.3 REZIPIENTENSEITE	59
2.3	HIV/AIDS IN DEN SAMBISCHEN PRINTMEDIEN	61
	2.3.1 SAMBISCHE PRINTMEDIENSITUATION ZUM THEMA HIV/AIDS SEIT BEGINN DER AIDS-EPIDEMIE	62
	2.3.2 MEDIENANALYSE ZU HIV/AIDS 2007/2008 IN DEN SAMBISCHEN TAGESZEITUNGEN <i>THE POST</i> UND <i>ZAMBIA DAILY MAIL</i>	68
	2.3.2.1 GESTALTUNG DER MEDIENANALYSE	69

2.3.2.2	INHALTSANALYSE <i>THE POST</i> UND <i>ZAMBIA DAILY MAIL</i>	69
2.3.2.3	BILDICHE DARSTELLUNGEN ZU HIV/AIDS IN <i>THE POST</i> UND <i>ZAMBIA DAILY MAIL</i>	85
2.3.3	ZUSAMMENFASSUNG	88
<u>3</u>	<u>VON DRACHEN, INSEKTEN UND LANDMINEN:</u>	
	<u>AIDS ALS SPRACHEPIDEMIE</u>	91
3.1	KRIEGSMETAPHORIK	93
3.2	AIDS = TOD: SCHUTZ- ODER SCHOCKFUNKTION	98
3.3	SPRACHE UND STIGMATA	104
3.4	ZUSAMMENFASSUNG	111
<u>4</u>	<u>MEDIALISIERUNG VON HIV/AIDS IN KANYAMA, LUSAKA</u>	112
4.1	VOM TESTEN, STILLEN, ERNÄHREN UND PFLEGEN: SOZIALE UND MEDIZINISCHE VERSORGUNGSMÖGLICHKEITEN	114
4.1.1	MEDIZINISCHE VERSORGUNG	115
4.1.2	ÜBERTRAGUNGSWEGE	129
4.1.3	PFLEGE VON MENSCHEN, DIE MIT DEM VIRUS LEBEN UND IHREN ANGEHÖRIGEN	138
4.1.4	GESUNDE ERNÄHRUNG	144
4.1.5	ZUSAMMENFASSUNG	149
4.2	VON ABSTINENZ, TREUE UND VERHÜTUNG: SEXUALITÄT UND GLAUBEN	150
4.2.1	SEXUALITÄT	151
	4.2.1.1 „AFRIKANISIERUNG VON AIDS“	152
	4.2.1.2 “LOVE IS A HOT, DRY SEASON!”: TRADITIONELLE SEXUALPRAKTIK	156
4.2.2	ABC-PROGRAMM	158
	4.2.2.1 A = ABSTAIN – ABSTINENZ	162
	4.2.2.2 B = BE FAITHFUL – TREUE	170
	4.2.2.3 C = CONDOMISE – KONDOMGEBRAUCH	174
4.2.3	DAS ABC-PROGRAMM UND DIE ROLLE DER RELIGION	187
4.2.4	ZUSAMMENFASSUNG	192

4.3	,You have the right to say NO': MEDIALE UMSETZUNG VON GENDER-THEMEN	194
4.3.1	GLEICHE RECHTE	195
4.3.2	GEWALT	198
4.3.2.1	HÄUSLICHE ÜBERGRIFFE	201
4.3.2.2	SUGAR MUMMIES UND SUGAR DADDIES	204
4.3.2.3	VERGEWALTIGUNGEN UND JUNGFRAUMYTHOS	208
4.3.3	ZUSAMMENFASSUNG	211
5	<u>VOM LEBEN, HOFFEN UND VERSTEHEN: EIN KOMMENTAR UND AUSBLICK</u>	213
5.1	ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN	214
5.1.1	HIV-PRÄVALENZ UND GESUNDHEITSVERSORGUNG	214
5.1.2	MEDIENPRÄSENZ UND –DISTRIBUTION	215
5.1.3	MEDIENINHALTE	216
5.1.4	MEDIENREZEPTION	218
5.2	AUSBLICK	220
5.2.1	ALTE UND NEUE THEMEN IN HIV/AIDS-KAMPAGNEN	220
5.2.2	INNOVATIVERE WEGE DER VERMITTLUNG	221
5.2.3	NEUE HOFFNUNG: „WIR FÜHLEN UNS ALS SIEGER, NICHT ALS VERLIERER“	224

BIBLIOGRAFIE

ANHANG

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

- Abbildung 1: Systemmodell von Kommunikationskampagnen, Quelle: Bonfadelli & Friemel 2006, 31.
- Abbildung 2: Grundlegende Modell und Theorien, Quelle: Daten nach Bonfadelli & Friemel 2006, 41ff.
- Abbildung 3: Karte von Sambia, Quelle: Encyclopedia Britannica 2009.
- Abbildung 4: Satellitenaufnahme Lusaka, Quelle: Google Earth 2008.
- Abbildung 5: Satellitenaufnahme Lusaka – Stadtteil Kanyama, Quelle: Google Earth 2008.
- Abbildung 6: *Compound* Kanyama ‚Mülldeponie‘, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 7: *Compound* Kanyama Straßenszene, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 8: Satellitenaufnahme Kanyama Health Centre, Quelle: Google Earth 2008.
- Abbildung 9: Kanyama Health Centre Innenhof, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 10: Kanyama Health Centre Ambulanz, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 11: Renovierungsarbeiten Kanyama Health Centre, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 12: Grafik Altersangaben der Informantinnen, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 13: Grafik Familienstand der Informantinnen, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 14: Grafik Geburtsort der Informantinnen, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 15: Grafik Ethnische Zugehörigkeit der Informantinnen, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 16: Grafik Religionszugehörigkeit der Informantinnen, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 17: Grafik Schulabschluss der Informantinnen, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 18: Grafik Monatl. Einkommen der Informantinnen, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 19: Weltkarte AIDS-Todesfälle für 2002, Quelle: SASI Group (University of Sheffield) und Mark Newman (University of Michigan) 2006.
- Abbildung 20: Karte HIV-Prävalenz bei Erwachsenen (15-49 Jahre) in den sambischen Provinzen, Quelle: UNAIDS/WHO 2003.
- Abbildung 21: Grafik HIV-Positive in Sambia, Quelle: UNAIDS/WHO 2008.
- Abbildung 22: Grafik AIDS-Todesfälle in Sambia, Quelle: UNAIDS/WHO 2008.
- Abbildung 23: Grafik Ausgaben nat./ internat. Geldgeber, Quelle: WHO 2006.
- Abbildung 24: Grafik Universal Access Campagne, Quelle: UNGASS 2007.
- Abbildung 25: Ausschnitt Flyer ‚*Anti-retroviral (ARV) drugs in Zambia*‘, Quelle: NZP+/ZBCA/CHAZ/ZNAN 2004.
- Abbildung 26: Ausschnitt Flyer ‚*Anti-retroviral (ARV) drugs in Zambia*‘ Liste ART Medikamente, Quelle: NZP+/ZBCA/CHAZ/ZNAN 2004.
- Abbildung 27: Poster ‚*Sex Thrills – AIDS Kills*‘, Quelle: Zambia Ministry of Health, Health Education Unit 1988.
- Abbildung 28: Poster ‚*If AIDS Gets You ... there is no turning back*‘, Quelle: Zambia Ministry of Health, Health Education Unit 1988.
- Abbildung 29: Poster ‚*Mwkwata Ubucetekelo*‘, Quelle: Zambia Ministry of Health, Health Education Unit 1994.
- Abbildung 30: Poster ‚*Going away for another business trip?*‘ (1), Quelle: Zambia National AIDS/STD/TB und Leprosy Program (NASTL)/USAID 1996.
- Abbildung 31: Poster ‚*Going away for another business trip?*‘ (2), Quelle: Zambia National AIDS/STD/TB und Leprosy Program (NASTL)/USAID 1996.

Abbildung 32: Poster 'No condom, No Sex', Quelle: ZIHP, John Hopkins Bloomberg School of Public Health (HEART Programm) 2000.

Abbildung 33: Poster 'Stay Strong, Say No to peer pressure', Quelle: ZIHP, John Hopkins Bloomberg School of Public Health (HEART Programm) 2000.

Abbildung 34: Poster 'Be Proud – Abstinence – Ile Che!!!', Quelle: ZIHP, John Hopkins Bloomberg School of Public Health (HEART Programm) 2000.

Abbildung 35: Poster 'Virgin Power – Virgin Pride', Quelle: ZIHP, John Hopkins Bloomberg School of Public Health (HEART Programm) 2002.

Abbildung 36: Poster 'Trust alone is not enough', Quelle: ZIHP, John Hopkins Bloomberg School of Public Health (HEART Programm) 2002.

Abbildung 37: Poster 'Positive Living on ARVs', Quelle: Zambia Ministry of Health/ UNICEF 2008.

Abbildung 38: Poster 'Sexual Health & HIV', Quelle: Zambia Ministry of Health/ UNICEF 2008.

Abbildung 39: Zeitungsausschnitt 'Miss Zambia finalists', Quelle: *The Post* 2008.

Abbildung 40: Memory Phiri und Bill Clinton, Foto: Mackson Wasamunu/ Reuters 2007.

Abbildung 41: Princess Zulu mit George W. Bush, Foto: Kevin Lamarque/ Reuters 2003.

Abbildung 42: Plakattafel Musikerehepaar Maiko Zulu und Ehefrau Sister D, Quelle: USAID/Kenneth Kaunda Children Africa Foundation 2004.

Abbildung 43: Poster Benefizkonzert in Livingstone, Quelle: ZNBC, Sun International 2007.

Abbildung 44: Tabelle Häufigkeit von spezifischen HIV-Themen in *The Post* und *Zambia Daily Mail*, Quelle: Annabelle Springer 2009.

Abbildung 45: Tabelle Erscheinungsjahr von spezifischen HIV-Themen in *The Post* und *Zambia Daily Mail*, Quelle: Annabelle Springer 2009.

Abbildung 46: Zeitungsausschnitt Auntie Gertrud in der *Educational Post*, Quelle: *The Post* 2008.

Abbildung 47: Zeitungsausschnitt Illustration eines weiblichen Teenagers in der *Educational Post*, Quelle: *The Post* 2008.

Abbildung 48: Zeitungsausschnitt Illustration eines männlichen Teenagers in der *Educational Post*, Quelle: *The Post* 2008.

Abbildung 49: Zeitungsausschnitt Princess Kasune Zulu in *The Post*, Quelle: *The Post* 2007.

Abbildung 50: Zeitungsausschnitt Dr. Mannasseh Phiri in *The Post*, Quelle: *The Post* 2007.

Abbildung 51: Comic von Choclet in der *Educational Post*, Quelle: *The Post* 7.7.2007.

Abbildung 52: Zeitungsausschnitt 'Dr. Kenneth Kaunda überreicht Geschenke' *The Saturday Post*, Quelle: Angela Ntentabunga in *The Saturday Post* 10.05.2008.

Abbildung 53: Zeitungsausschnitt *Zambia Daily Mail*, Quelle: USPG 16.10.2007.

Abbildung 54: Zeitungsausschnitt *Zambia Daily Mail*, Quelle: *Zambia Daily Mail* 16.10.2007.

Abbildung 55: Zeitungsausschnitt *The Post*, Quelle: *The Post* 14.10.2007.

Abbildung 56: Zeitungsausschnitt *The Post*, Quelle: *The Post* 14.10.2007.

Abbildung 57: Zeitungsausschnitt *The Post*, Quelle: *The Post* 14.10.2007.

Abbildung 58: Zeitungsausschnitt 'Chibombo youths unite against HIV/AIDS' *The Post*, Quelle: *The Post* 27.10.2007.

Abbildung 59: Zeitungsausschnitt 'Chibombo youths unite against HIV/AIDS' (2) *The Post*, Quelle: *The Post* 27.10.2007.

Abbildung 60: Talking wall 'Self Preservation is Key to the Fight against HIV/AIDS' an der Lusaka High School, Foto: Annabelle Springer 2008.

Abbildung 61: Ausschnitt 'Kampf gegen das Virus' aus der Broschüre *Positive Living* 2008, Quelle: Ministry of Health/USAID/Afya Mzuri 2005.

- Abbildung 62: Ausschnitt ‚*Youths combat HIV/AIDS*‘, Quelle: *School Update News* 02/2005, S. 9.
- Abbildung 63: Poster ‚*Join the fight against AIDS in Zambia*‘, Quelle: Zambia Ministry of Health 2002.
- Abbildung 64: Schild ‚*AIDS is like a Landmine*‘ in Siavonga, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 65: Talking wall ‚*HIV/AIDS is real & deadly*‘ in Lusaka, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 66: Plakatmotiv *Sarg*, Quelle: Michael-Stich-Stiftung 2007.
- Abbildung 67: Plakatmotiv *Verkehrstote*, Quelle: Michael-Stich-Stiftung 2009.
- Abbildung 68: Titelblatt ‚*Take Care!*‘ aus der Reihe HIV/AIDS Awareness, Quelle: Longman Health Education Zambia 2001.
- Abbildung 69: Vergrößerter Ausschnitt des Titelblatts ‚*Take Care!*‘ aus der Reihe HIV/AIDS Awareness, Quelle: Longman Health Education Zambia 2001.
- Abbildung 70: Poster ‚*Sex is like being on the Zambezi River just above the fall*‘, Quelle: unbekannt, Foto: Georgina Sumner 2008.
- Abbildung 71: Titelblatt ‚*The Insect*‘, aus der Reihe HIV/AIDS Awareness, Quelle: Longman Health Education Zambia 2001.
- Abbildung 72: Skulptur ‚*The Virus*‘, Quelle/Künstler: Emmanuel Kapotwe 2007, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 73: Holzskulptur ‚*Checking AIDS*‘, Quelle/ Künstler: Zephania Tshuma 1992.
- Abbildung 74: Poster einer französischen Anti-AIDS-Kampagne von AIDeS, Quelle: AIDeS 2007.
- Abbildung 75: Poster ‚*If you take away our jobs, you will kill us faster than the HIV virus...*‘, Quelle: International Labour Organization/Republic of Zambia undatiert, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 76: Poster ‚*HIV is in your workplace, HIV is everywhere*‘, Quelle: National HIV/AIDS Council, USAID, ZIHP undatiert, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 77: Grafik Stromversorgung in den Haushalten der Informantinnen, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 78: Grafik Zugang der Informantinnen zu verschiedenen Medienformen in Kanyama, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 79: Schild ‚*Know your HIV Status*‘ in Simonga Village, Foto: Jon Rawlinson 2005.
- Abbildung 80: Plakat ‚*ZEHRP Couples VCT Centre*‘ in Kanyama, Quelle: Emory University/Rollins School of Public Health 2005.
- Abbildung 81: Poster ‚*Talk to your Friends about VCT*‘, Quelle: National AIDS Council undatiert, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 82: Poster ‚*Have you gone for VCT?*‘, Quelle: Zambia Ministry of Health undatiert, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 83: Poster ‚*Don't Sit back!*‘, Quelle: National AIDS Council undatiert, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 84: Ausschnitt aus der Reihe *ARVs and me*, Quelle: Ministry of health/unicef 2007.
- Abbildung 85: Poster aus der Reihe *ARVs and me: What can ARV do for me?*, Quelle: Zambia Ministry of Health/ UNICEF/ Afya Mzuri 2008.
- Abbildung 86: Poster aus der Reihe *ARVs and me: Living each day with ARVs*, Quelle: Zambia Ministry of Health/ UNICEF/ Afya Mzuri 2008.
- Abbildung 87: Poster aus der Reihe *ARVs and me: Challenging stigma on ARVs*, Quelle: Zambia Ministry of Health/ UNICEF/ Afya Mzuri 2008.
- Abbildung 88: Poster ‚*Antiretroviral Drugs – ARVs*‘, Quelle: National AIDS Council, Foto: Annabelle Springer 2008.

- Abbildung 89: Ausschnitt aus dem Magazin *Zambia Analysis*, Quelle: Zambia Analysis/Don Kazembe 2007.
- Abbildung 90: Grafik Unkenntnis von HIV-Übertragungswege in Prozenten in Kanyama, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 91: Poster ‚*You cannot get HIV/AIDS from...*‘, Quelle: Ministry of Education Zambia/NAC undatiert, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 92: Plakat ‚*You cannot get HIV virus and AIDS from...*‘, Quelle: US Agency for International Development/ Zambia Integrated Health Program undatiert.
- Abbildung 93: Ausschnitt aus der Reihe *ARVs and me*, Quelle: Ministry of Health/unicef/ Afya Mzuri 2008.
- Abbildung 94: Waisenhaus *House of Martha* in Kanyama, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 95: Waisenhaus *House of Martha* in Kanyama (2), Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 96: Waisenhaus *House of Martha* in Kanyama (3), Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 97: Plakat ‚*It is your duty to care for people with HIV/AIDS*‘, Quelle: Central Board of Health undatiert, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 98: Poster ‚*Care and Compassion Movement*‘, Quelle: Zambia Ministry of Health/ZINGO/USAID 2005.
- Abbildung 99: Ansteckbutton ‚*Care and Compassion Movement*‘, Quelle: Zambia Ministry of Health/ZINGO/USAID 2005.
- Abbildung 100: Poster ‚*Care and Compassion Movement (2)*‘, Quelle: Zambia Ministry of Health/ZINGO/USAID 2005.
- Abbildung 101: Talking wall ‚*Key Messages*‘ in Lusaka, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 102: Ausschnitt über gesunde Ernährung aus der Broschüre *Positive Living*, Quelle: Ministry of Health/ USAID/ Afya Mzuri 2005.
- Abbildung 103: Ausschnitt über gesunde Ernährung und Sport aus der Broschüre *Positive Living*, Quelle: Ministry of Health/ USAID/ Afya Mzuri 2005.
- Abbildung 104: Kleingärten und Bepflanzungen in Kanyama, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 105: Kleingärten und Bepflanzungen in Kanyama (2), Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 106: Kleingärten und Bepflanzungen in Kanyama (3), Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 107: Poster ‚*Good Nutrition and Keeping Healthy with HIV/AIDS*‘, Quelle: USAID undatiert, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 108: Schild ‚*AIDS cannot be cured – Abstinence is the key*‘ in Lundazi, Quelle: Learnservice International 2008.
- Abbildung 109: Diagramm Gründe für das Einritzen von so genannten *charms*, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 110: Diagramm Gründe für das Praktizieren von *dry sex*, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 111: Schild am Ortseingang von Mwandia ‚*Welcome to Mwandia – We are concerned about AIDS*‘, Foto: Dominique Maietta 2006.
- Abbildung 112: Plakat ‚*Life saving boats in an AIDS flood*‘, Foto: Samantha Tam.
- Abbildung 113: Poster ‚*Life Saving Boats in an AIDS Flood*‘, Quelle: Girl Guides Association of Zambia undatiert, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 114: Flyer ‚*ABC – HIV Prevention*‘, Quelle: Zambia Ministry of Health et altri undatiert.
- Abbildung 115: Talking wall ‚*Abstain from Sex*‘ in Lusaka, Foto: Madeleine d’Ersu 2004.
- Abbildung 116: Poster ‚*How do You say no to sex*‘, Quelle: HEART 2002.

- Abbildung 117: Poster ‚*Virgin Power – Virgin Pride*‘, Quelle: HEART 2000, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 118: Poster ‚*A Real Woman waits*‘, Quelle: USAID et altri undatiert, Foto: Matt Corks 2006.
- Abbildung 119: Plakat ‚*Abstain or Practice Safe Sex*‘ in der Nähe von Siavonga, Quelle: Central Board of Health undatiert, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 120: Talking wall ‚*HIV/AIDS is real and deadly*‘ an der Chibelo Basic School, Lusaka, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 121: Talking wall ‚*Achieve your dreams*‘ an der Chibelo Basic School, Lusaka, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 122: Talking wall ‚*Do you want to live to see your dreams fulfilled?*‘ in Kanyama, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 123: Talking wall ‚*Safe Sex = Be a virgin*‘ in Kanyama, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 124: Diagramm Bestmöglicher Schutz vor einer HIV-Infektion aus Sicht der Informantinnen, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 125: Diagramm Bestmöglicher Schutz vor einer HIV-Infektion aus Sicht der Informanten, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 126: Ausschnitt aus der Zeitschrift *Trendsetter* zum Thema Liebe und HIV, Quelle: *Trendsetter* September 2007.
- Abbildung 127: Poster ‚*No matter...*‘, Quelle: HEART/ Youth Media 2002, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 128: Poster ‚*No matter...*‘ (2), Quelle: HEART/ Youth Media 2002.
- Abbildung 129: Poster ‚*Trust alone is not enough*‘, Quelle: HEART 2002.
- Abbildung 130: Packung mit Frauen- und Männerkondomen der Marken Maximum und Care, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 131: Schild ‚*You’re now leaving Maximum Country*‘ Kondomwerbung in der Nähe von Mchinji am Grenzübergang Sambia – Malawi, Foto: Rob Noble/AVERT undatiert.
- Abbildung 132: Poster ‚*Use a condom everytime you have sex*‘, Quelle: ZIHP/CCP 2000.
- Abbildung 133: Plakat ‚*Don’t take chances*‘ in Lusaka Zentrum, Quelle: HEART 2004, Foto: Matt Corks 2006.
- Abbildung 134: Poster ‚*When there is love...*‘ Werbung für Treue und Kondome, Quelle: Youth Media 2000, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 135: Straßenszene Kanyama, Lieferung von *Shake-Shake*, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 136: Straßenszene Kanyama, Herstellung von *kachasu*, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 137: Straßenszene Kanyama, Bierbar, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 138: Poster ‚*No Condom – No sex*‘, Quelle: HEART 2004, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 139: Poster ‚*Prevent STIs*‘. Quelle: Ministry of Health/ unicef/ Afya Mzuri undatiert, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 140: Ausschnitt aus der Zeitschrift *Trendsetter* zum Thema Kondomgebrauch, Quelle: *Trendsetter* September 2007.
- Abbildung 141: Grafik Kondomgebrauch bei Frauen und Männern in Kanyama, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 142: Poster und Flyer aus der Reihe ‚*ARVs and me: Playing it safe when you are HIV+*‘, Quelle: Zambia Ministry of Health/unicef/Afya Mzuri 2008.
- Abbildung 143: Kalenderblatt ‚*HIV/AIDS*‘, Quelle: Jesuit Centre for Theological Reflection, Lusaka 2007.

- Abbildung 144: Grafik Religiöse Zugehörigkeit der Informantinnen im Kanyama Health Centre, Quelle: Annabelle Springer 2009.
- Abbildung 145: Talking wall ‚*The Fear of the Lord, The Sure Protections Against HIV/AIDS*‘ an einem Schulgebäude in Siavonga, Quelle: CHAZ/BICC, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 146: Talking wall ‚*The Country needs you, act responsibly!*‘ an einem Schulgebäude in Siavonga, Quelle: CHAZ/BICC, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 147: Plakat ‚*Musanibvute! Nisamalen!*‘ an einer der Hauptstraßen Lusakas, Quelle: unicef undatiert, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 148: Talking Wall ‚*HIV Talkline – Call 990*‘, Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 149: Titelblatt ‚*Sugar Mummy*‘, Quelle: Reihe Longman Health Education HIV/AIDS Awareness, Longman Zambia 2001.
- Abbildung 150: Titelblatt ‚*Catherine’s Sugar Daddy*‘, Quelle: Reihe Longman Health Education HIV/AIDS Awareness, Longman Zambia 2001.
- Abbildung 151: Plakat ‚*Sex with me doesn’t cure AIDS*‘ an einer der Hauptstraßen Lusakas, Quelle: unicef / Partnership against Gender-based and sexual violence against children and women in Zambia 2007, Foto: Annabelle Springer 2007.
- Abbildung 152: Zeitungsartikel *The Post*, Quelle: *The Post* 29.05.2008.
- Abbildung 153: Poster ‚*When did you last talk to your child about sexual abuse?*‘, Quelle: unicef / Partnership against Gender-based and sexual violence against children and women in Zambia 2007 Foto: Annabelle Springer 2008.
- Abbildung 154: Flyer ‚*Male circumcision*‘, Quelle: Society for Family Health Zambia 2007.
- Abbildung 155: Theater- und Musikgruppe in Kanyama, Foto: Generalissimo Brando 2007.
- Abbildung 156: Talking wall der Masopo Basic School, Quelle: US Fund for unicef, Foto: Marsh 2008.
- Abbildung 157: Hauspflegedienst des Kanyama Health Centre, Foto: Annabelle Springer 2008.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AATAZ	Anti-Aids-Teachers Association of Zambia
ABC	Abstinence – Be faithful – Condomise
AIDS	Acquired immune deficiency syndrome
ANC	African National Congress
ART	Anti-retroviral therapy
ARV	Antiretroviral
AZT	Azidothymidin
BHCP	Basic Health Care Package
BICC	Brethren in Christ Church
CBOH	Central Board of Health
CCP	Center for Communication Programs
CHAZ	Churches Health Association of Zambia
CIDRZ	Center of Infectious Disease and Research in Zambia
CRAIDS	Community Response to HIV/AIDS
CSO	Central Statistical Office
CSS	Clinical care and support services
CT	Counselling and Testing
DHB	District Health Board
DHS	Demographic and Health Survey
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Therapy
HCP	Health Communication Partnership
HCT	HIV Counselling and Testing Services
HEART	Helping Each other Act Responsibly Together
HEPS	Highly Energy Protein Supplements
HIV	Human immunodeficiency virus
HMB	Hospital Management Boards
ITU	International Telecommunication Unit
KSTA	Kölner Stadt-Anzeiger
MC	Male Circumcision
MCZ	Medical Council Zambia
MI	Mobilizing Information
MISA	Media Institute of Southern Africa
MOH	Ministry of Health
NAC	National HIV/AIDS/STI/TB Council
NGO	Non-Governmental Organization
OVC	Orphans and Vulnerable Children
PAZA	The Press Association of Zambia
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PLWHA	People/person living with HIV/AIDS
PMTCT	Prevention of Mother-To-Child Transmission
RAISA	Regional AIDS Initiative for Southern Africa

SARDC	Southern Africa Research and Documentation Centre
SFH	Society for Family Health Zambia
STD	Sexually Transmitted Diseases
STI	Sexually Transmitted Infections
TB	Tuberculosis
THPAZ	Traditional Health Practitioners Association of Zambia
UCZ	United Church of Zambia
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Program
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNIP	United National Independence Party
UNZA	University of Zambia
USAID	United States Agency for International Development
UTH	University Teaching Hospital
VCT	Voluntary Counselling and Testing
VSO	Voluntary Service Overseas
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organisation
YWCA	Young Women's Christian Association
ZAMCOM	Zambia Institute of Mass Communication
ZAMWA	The Zambia Media Women's Association
ZANARA	Zambia National Response to HIV/AIDS
ZDHS	Zambia Demographic and Health Survey
ZHSPA	Zambia HIV/AIDS Service Provision Assessment Survey
ZIHP	Zambia Integrated Health Programme
ZINGO	Zambia Interfaith Networking Group on HIV/AIDS
ZMA	Zambia Medical Association
ZNAN	Zambia National AIDS Network
ZNBC	Zambia National Broadcasting Corporation
ZNUT	Zambia National Union of Teachers
ZSMP	Zambia Social Marketing Program

DANKSAGUNG

Eine Vielzahl von Menschen war an meinem Dissertationsprojekt beteiligt, ohne deren Unterstützung diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Bei meiner Feldforschung haben mir Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Nicht-Regierungs-Organisationen, der Universität und staatlicher Einrichtungen in Lusaka weitergeholfen und mich in meinem Anliegen unterstützt. Stellvertretend möchte ich an dieser Stelle Nelly Jose, Makungu Kabaso, Emmanuel Lubumbashi, Toru Masuoka, Mooka Nasilele und Cynthia Phiri nennen. Ohne die Genehmigung von Herrn Dr. Makungu Kabaso vom Gesundheitsministerium (Abteilung Lusaka Distrikt) hätte ich nicht im Kanyama Health Centre arbeiten können. Ihm gilt mein besonderer Dank. Familie Roehrig von der Gossner Mission möchte ich für ihre Gastfreundschaft danken. Sie haben sich um meine Familie und mich während unseres ersten Aufenthalts rührend gekümmert und uns auf unseren ersten Schritten in Sambia begleitet.

Während meiner Zeit in Sambia habe ich viele Menschen kennengelernt und ihre Schicksale haben mich sehr gerührt. Wenn man zu einem Thema wie HIV/AIDS arbeitet, muss man sich der dramatischen Dimensionen der Epidemie bewusst sein. Doch trotz meiner gründlichen Vorbereitungen gab es Momente, in denen mich das Ausmaß der Epidemie einfach nur erschüttert hat. Zurück in Deutschland brauchte ich eine Weile, um meine persönlichen Erfahrungen zu verarbeiten, um mich dann für die Anfertigung der Dissertationsschrift an meine Interviews zu setzen und mich erneut mit den Schicksalen meiner Informantinnen und Informanten auseinanderzusetzen. Ich bin sehr dankbar dafür, dass ich diese Erfahrung machen durfte, denn sie hat mir auch deutlich gemacht, mein eigenes Leben bewusster wahrzunehmen.

In der Phase der Niederschrift meiner Dissertation waren ebenfalls viele Menschen in meinem Umfeld beteiligt. Mein besonderer Dank gilt hier meinem Erstreferenten und Doktorvater Herrn Prof. Dr. Michael Bollig. Ohne ihn wäre ich sicherlich niemals nach Sambia gekommen und hätte die Chance bekommen, diese vielen wunderbaren Menschen kennenzulernen und mein Thema zu realisieren. Ebenso gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. Klaus Schneider, Direktor des Rautenstrauch-Joest-Museums in Köln. Als mein Zweitgutachter war er meiner Arbeit gegenüber immer sehr aufgeschlossen und unterstützte mein Projekt und meinen beruflichen Werdegang von Anfang an.

Ein großer Dank gilt dem gesamten Team des Rautenstrauch-Joest-Museums. Über viele Jahre hinweg hatte ich die Möglichkeit in diesem Museum zu arbeiten und Erfahrungen zu sammeln. Ich habe diese Zeit sehr genossen und viele liebenswerte und hilfsbereite Menschen kennen gelernt. Ich wurde nicht nur in meinen Bestrebungen unterstützt, sondern bekam sehr viel Zuspruch auf einer sehr persönlichen Ebene. An erster Stelle ist zu nennen Frau Dr. Clara Mayer-Himmelheber, wissenschaftliche Referentin der Abteilung Afrika, die mich über die gesamte Zeit unterstützte und von deren eigenen Afrikaerfahrungen ich sehr profitiert habe. Iris Kaebelmann und Andreas Herrmann danke ich für ihre Geduld, Vertrauen und Freundschaft. Auch Frau Dr. Jutta Engelhardt möchte ich für ihr Interesse an meiner Arbeit danken. Sie gab mir immer die Möglichkeiten, meine Vorträge vorab vor dem RJM-Team zu erproben. Und genau diesem Team möchte ich für seine wertvollen Anmerkungen allerherzlichst danken.

In der Zeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Sonderforschungsbereich 389 „Kultur- und Landschaftswandel im ariden Afrika“ der Universitäten Köln und Bonn habe ich viele Kolleginnen und Kollegen, Mitstreiterinnen und Mitstreiter kennen und schätzen gelernt. Wir haben uns in vielerlei Hinsicht ausgetauscht und auch nach Beendigung des SFBs sind die Kontakte nicht abgerissen. Namentlich möchte ich an dieser Stelle Meike Meerpohl und Martina Gockel nennen, die mir in den letzten Jahren eng ans Herz gewachsen sind und die ich auch nach Beendigung dieses Projekts nicht aus den Augen verlieren möchte. Besondere Hilfestellung bei der Ausarbeitung dieser Arbeit und bei der formellen und inhaltlichen Korrektur habe ich von Clara Himmelheber, Torsten Haß, Adelheid Wessler, Beate Schneider, Ulf Kiausch, Silvia Neugebauer und Markus Thiel erhalten. Insbesondere Clara Himmelheber und Adelheid Wessler möchte ich für ihre hilfreichen Kommentare und inspirierenden Anregungen danken. Clara und Adelheid, ohne euch hätte ich das nicht geschafft!

Mein tiefster Dank gilt meiner Familie, meinem Ehemann Christian Haß, meiner Tochter Annika und meinen Eltern Helga und Dieter Springer. Sie haben in den Höhen und Tiefen dieses Projektes zu mir gestanden und mich immer wieder von neuem motiviert. Ein besonderer Dank gilt meiner Mutter, die mich auf den Feldforschungen begleitet hat und eine wertvolle Unterstützung bei der Betreuung von Annika war. Auf sie konnte ich mich einhundertprozentig verlassen. Auch meinen vielen Freunden und Bekannten, die mittlerweile über ganz Europa verstreut leben, möchte ich für ihre Geduld danken. Ich denke dabei an die Abende, an denen ich ihnen stundenlang über mein Projekt berichtete und sie interessiert meinen Ausführungen lauschten.

Ohne Euch wäre das alles nicht möglich gewesen! Lieben Dank!

Erklärung des Titels:

Die Phrase *Don't Sit Back! Take Charge of your Life!* zielt ein sambisches Präventionsplakat und fordert den Rezipienten auf, sich einem HIV-Test zu unterziehen. Das vom *National AIDS Council* der sambischen Regierung beauftragte Plakat zeigt neben dem kurzen und prägnanten Schriftzug eine junge Frau, die mit ihrer Gestik (in Form eines richtungweisenden Finger) die Dringlichkeit und Notwendigkeit der Aktion betont. Es handelt sich dabei um eine Anweisung, die den Rezipienten direkt ansprechen soll und zu selbstständigen Handeln auffordert.

1 – EINFÜHRUNG

When you are working to combat a disastrous and growing emergency, you should use every tool at your disposal. HIV/AIDS is the worst epidemic humanity has ever faced. It has spread further, faster and with more catastrophic long-term effects than any other disease. Its impact has become a devastating obstacle to development. Broadcast media have tremendous reach and influence, particularly with young people, who represent the future and who are the key to any successful fight against HIV/AIDS. We must seek to engage these powerful organizations as full partners in the fight to halt HIV/AIDS through awareness, prevention, and education. (Annan 2004)

AIDS geriet Anfang der 1980er Jahre ins Blickfeld der Öffentlichkeit. Die Medialisierung der Epidemie in der westlichen Gesellschaft fokussierte auf homosexuelle Übertragungswege. Im Laufe der letzten 25 Jahre hat sich das Virus weltweit ausgebreitet. Menschen aus allen Bevölkerungsgruppen unabhängig von ihrer sexuellen Neigung oder ihrem sozio-kulturellen Hintergrund sind mittlerweile davon betroffen. Die Epidemiologie hat sich aber durch die Einführung von Medikamenten (HAART)¹ Mitte der 1990er Jahre für diejenigen, die Zugang zu diesen haben (und dies sind hauptsächlich die westlichen Gesellschaften), verändert: Aus einer tödlichen Epidemie wurde eine chronische Krankheit (Edgar, Noah & Freimuth 2008). Mit diesem Wandel änderten sich auch die Strategien des öffentlichen Gesundheitswesens. Informierte es anfangs hauptsächlich über die Krankheit und deren tödliche Folgen, traten nun Themen wie Betreuung und Unterstützung von Infizierten in den Vordergrund. In vielen einkommensschwächeren Ländern blieb und bleibt den Menschen aber der Zugang zu den lebensverlängernden Medikamenten versperrt. Dennoch integrieren auch hier Medienkampagnen die gleichen Informationen, Botschaften und Ziele wie in den westlichen Staaten. Die Bedeutung und der Einfluss von Medien bei der gesundheitlichen Aufklärung werden in den letzten Jahren immer stärker von Seiten des öffentlichen Gesundheitswesens fokussiert und sind fester Bestandteil der AIDS-Politik geworden. So fordert auch Dr. Shankar Chowdhury (UNESCO, New Delhi) 2007 auf der *Conference on Global Media Strategies for HIV and AIDS* die Produzenten von Massenmedien auf, sich insbesondere über das Ausmaß ihrer Aktionen und der damit verbundenen Verantwortung bewusst zu sein. Er bezeichnet die von den Medien ausgehende Macht als ein *double-edged sword*, da sie durch den Umgang mit der HIV/AIDS-Thematik einerseits kulturelle und soziale Normen reflektieren, diese aber auch neu gestalten bzw. entscheidend beeinflussen könnten. Mittlerweile setzt sich eine Vielfalt von Aufklärungskampagnen und -programmen mittels diver-

¹ Das Akronym HAART steht für *Highly Active Anti-Retroviral Therapy* und bezeichnet die 1996 eingeführte Kombinationstherapie zur Behandlung der HIV-Infektion. Die Therapie besteht aus einer Kombination von mehreren antiretroviralen Wirkstoffen und soll die Virusreplikation hemmen, d.h. die Viruslast verringern und damit das Immunsystem wiederherstellen. Die Therapie kann das Virus nicht entfernen, aber zu einer Verlängerung der Lebenserwartung bei HIV-positiven Personen deutlich beitragen (www.hivbuch.de).

ser Medien wie Fernsehen, Radio oder Printmedien für eine Verhaltensprävention (Vermeidung einer Infektion) als dominanter „Bekämpfungsstrategie“ gegen HIV und AIDS ein, da der Zugang zu den kostspieligen antiretroviralen Medikamenten den meisten Infizierten versperrt bleibt.

Die Menschen im südlichen Afrika sind weltweit am meisten von der AIDS-Epidemie betroffen. Die Zahlen vom *UNAIDS Epidemic Update 2007a* verdeutlichen die Dramatik der Situation: Mehr als zwei Drittel (68 Prozent) aller HIV-Infizierten leben in dieser Region, in der drei Viertel aller AIDS-Todesfälle (76 Prozent) auftreten. Im Jahr 2007 steckten sich geschätzte 1,7 Millionen Menschen neu mit dem Virus an. In Sambia leben ungefähr 11,7 Millionen Menschen, und die HIV-Prävalenz bei Erwachsenen zwischen 15 und 48 Jahren liegt bei 17 Prozent, d.h. fast jeder sechste Erwachsene ist mit HIV infiziert (*UN Population Division 2007*). In den letzten Jahren stagniert die Neuinfektionsrate trotz positiver Behandlungsstrategien oder sinkt nur geringfügig. Einer der Hauptgründe für diese Entwicklung ist die Tatsache, dass sich immer mehr Menschen auf HIV testen lassen bzw. getestet werden und nun auch bereits ältere Infektionen in die Statistiken einfließen. Die Medien haben derweil die Aufgabe übernommen, über die Epidemie aufzuklären und diese Informationen über diverse Kanäle einer breiten heterogenen Öffentlichkeit zu vermitteln. Die meisten Präventionskampagnen zielen auf eine Verhaltensänderung bei den Menschen ab: Sie werben zumeist für abstinenteres Verhalten, für den Gebrauch von Kondomen und die Versorgung und Pflege von Infizierten. Neben vielen Studien über den positiven Einfluss von Medienkampagnen und der damit einhergehenden gewünschten Verhaltensänderung gibt es in Expertenkreisen kritische Stimmen, denen dieser Einfluss zu gering ist oder die bemängeln, dass überhaupt keine Änderungen von Handlungsweisen erkennbar seien. Woran liegt es, dass bestimmte Medien mehr und andere weniger Einfluss auf das Handeln von Menschen haben?

Es hat den Anschein, als ob die „richtigen“ Botschaften und Informationen nicht diejenigen erreichen, die dem höchsten Risiko ausgesetzt sind. Die diesem Forschungsvorhaben zugrunde liegende medienethnografische Untersuchung in der sambischen Hauptstadt Lusaka – Schwerpunkt im Vorort Kanyama – soll verdeutlichen, wie die Medieninhalte von der lokalen Bevölkerung rezipiert, d.h. wie sie interpretiert, verstanden, weitervermittelt oder auch ignoriert werden. Die Arbeit beschreibt nicht nur, wie die sambische Medienlandschaft HIV/AIDS thematisiert, sondern setzt den Fokus auf die Rezipientenseite auf lokaler Ebene.

1.1 MEDIEN UND HIV/AIDS IM URBANEN SAMBIA: DIE FRAGESTELLUNG

Sambia ist ein stark urbanisiertes Land – rund 38 Prozent der Bevölkerung leben in Städten wie der Hauptstadt Lusaka, den Industriestädten Ndola und Kitwe im Kupfergürtel, Kasama im nordöstlichen Teil Sambias und Mongu im Westen. Gerade in den Städten und hier insbesondere in den *Compounds* (Siedlungen mit Slumcharakter am Rande der Stadt) ist die HIV-Prävalenz besonders hoch – bei schwangeren Frauen in den Städten sogar doppelt so hoch

wie in den ländlichen Gebieten (23 Prozent versus 11 Prozent). 2007 haben nur etwa 25 Prozent der HIV-positiven Frauen prophylaktisch antiretrovirale Medikamente erhalten, um das Infektionsrisiko einer Mutter-Kind-Übertragung zu minimieren (UNAIDS Report 2007b). Aber wie so ist gerade in den städtischen Regionen, in denen medizinische Versorgung zentralisiert vorhanden und der Zugang zu Medien zumindest einfacher als in den ländlichen Gebieten ist, die Prävalenz so hoch? Warum sind schwangere Frauen davon so stark betroffen? Der Genderaspekt rückt hierbei in den Vordergrund. Aufgrund ihrer gesellschaftlichen Vulnerabilität sind Frauen stärker als Männer von der Epidemie betroffen. Von den 17 Prozent HIV-Infizierten in Sambia sind 57 Prozent Frauen. Frauen sind aufgrund ihrer gesellschaftlichen Position und dem häufig bestehenden Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Männern besonders anfällig für eine HIV-Infektion (Baylies & Bujra 2000, Dilger 2005a). Faktoren wie Armut, Sexualpraktiken wie der *dry-sex* und weit verbreitete häusliche Gewalt erhöhen ihr Infektionsrisiko. Der letzte Report von *Human Rights Watch* im Dezember 2007 berichtet von einer Zunahme häuslicher Gewalt in Sambia. Frauen werden von ihren Ehemännern geschlagen, weil sie sich freiwillig einem HIV-Test unterzogen haben, ihren HIV-Status verheimlicht haben oder bei der heimlichen Einnahme von antiretroviralen Medikamenten gesehen wurden. Darüber hinaus sind infizierte Frauen oft einer stärkeren Stigmatisierung ausgesetzt (Bledsoe 1990: 208f, Weiss 1993, Dilger 2005a:31f) und erfahren durch ihre zentrale Rolle als Versorgerinnen von Kranken und Waisen (UNAIDS 2000) zusätzliche Belastungen. Dennoch sollte bedacht werden, dass eine kritische Auseinandersetzung mit dem Thema Vulnerabilität notwendig ist, damit Frauen nicht von vornherein zu „passiven Opfern“ der Epidemie werden und ihnen damit in zu pauschaler Weise ihre Handlungsfähigkeit abgesprochen wird (Dowsett & Aggleton 1999, Dilger 2005a).

Daraus ergeben sich folgende Fragen: Wie werden Frauen in den Medien dargestellt? Werden Probleme wie häusliche Gewalt in Bezug auf HIV/AIDS berücksichtigt? Sehen sich Frauen in den Medien ausreichend repräsentiert? Fühlen sie sich von den Botschaften angesprochen? Eine nähere Betrachtung der Zusammenhänge von Geschlecht und Gesundheit, Geschlechterbeziehungen und -gerechtigkeit ist in einer Arbeit über die Medienrezeption von HIV/AIDS unumgänglich.

Die „Bekämpfung“ der Epidemie rückt immer mehr in den Vordergrund staatlicher und nichtstaatlicher Entwicklungsorganisationen. Eine Vielzahl von Kampagnen vermittelt Wissen über HIV/AIDS und klärt über Ansteckungsmöglichkeiten auf. Das Thema ist in der Öffentlichkeit sichtbar geworden – das Schweigen gebrochen, doch die Infektionsraten sind die gleichen geblieben bzw. nur marginal gesunken. Die Gründe dafür sind vielfältig: In den letzten Jahren haben sich immer mehr Menschen (insbesondere Frauen) auf HIV testen lassen bzw. testen lassen müssen. So ist bei allen schwangeren Frauen, die in die Krankenhäuser oder Health Centres kommen, um eine Vorsorgeuntersuchung machen zu lassen, ein HIV-Test obligatorisch. Diese Untersuchungen führen dazu, dass bisher unentdeckte Infektionen erfasst werden. Dazu kommt, dass auch die Anzahl der Menschen, die Zugang zu ART (Antiretrovirale Thera-

pie)² haben, steigt, was wiederum zu einer höheren Lebenserwartung der Infizierten führt. Diese durchaus positive Entwicklung kann aber auch negative Konsequenzen haben insofern, dass mehr Menschen länger mit dem Virus leben und damit die Chance steigt, die jeweiligen Sexpartnerinnen und -partner zu infizieren. Auch der generelle Anstieg von anderen sexuell übertragbaren Krankheiten wie Tripper oder Syphilis erhöht die Chancen einer HIV-Infektion um ein Vielfaches (de Jong et al. 2008, Witteck 2008).³

Es gibt immer mehr Medien, die sich des Themas annehmen und über speziell konstruierte Aufklärungskampagnen versuchen, die Menschen zu erreichen. Im Rahmen der Primärprävention sollen die Ursachen für die hohe Infektionsrate identifiziert und ihnen mit Hilfe von zielgerichteten Kampagnen entgegengetreten werden. Die Massenmedien sind dabei das hauptsächliche Instrument der Aufklärung. Aber immer häufiger hört man kritische Stimmen, die darauf verweisen, dass der Einfluss der Medienkampagnen viel zu gering sei und die gewünschten Verhaltensänderungen wie zum Beispiel Kondomverwendung nicht im gewünschten Maße bis überhaupt nicht stattfinden würden (Mchombu 2000, Gallant & Maticka-Tynadale 2004, Jones 2006). Woran liegt es, dass bestimmte Medienbotschaften bei den Menschen nicht ankommen? Sind die vorhandenen Maßnahmen nicht ausreichend oder die zu vermittelnden Informationen bzw. Botschaften für die Bevölkerung nicht „lesbar“? Michael Meyen verdeutlicht in seiner Publikation zum Thema Mediennutzung die Hauptschwierigkeit bei der Studie von Kommunikationsstrategien:

Menschen nutzen Medien nicht nach abstraktem, rationalem Bildungsinteresse und nicht nach dem, was irgendwer wünscht oder für richtig hält, sondern nach den Bedürfnissen, die sich aus ihrer sozialen und psychologischen Situation ergeben. [...] Auch wenn es banal klingt: Bevor Medien irgendwelche Wirkungen auslösen, müssen sie genutzt werden. (Meyen 2004: 10)

Aus diesem Grund ist es von besonderer Bedeutung, die allgemeine Mediensituation zum Thema HIV/AIDS zu betrachten und dabei explizit die Verortung von Medienbotschaften zu berücksichtigen. Gerade die Verortung spielt hier eine besondere Rolle: Es ist von Bedeutung zu beobachten, an welchen Orten oder Stadtteilen Lusakas Plakate und Schilder aufgehängt werden, wo Theateraufführungen zum Thema HIV/AIDS stattfinden oder welche Schul- bzw. Klinikmauern mit so genannten *talking walls* versehen werden. Im städtischen Zentrum Lusakas ist das Thema HIV/AIDS omnipräsent: Auf Plakaten, *talking walls*, in den Printmedien, Radio und Fernsehen sowie in künstlerischen Werken wird man täglich mit dem Thema konfrontiert. In den *Compounds* von Lusaka wie Misisi, Kamwala und Kanyama stellt sich die Situation ganz

² In den letzten Jahren ist der neutralere Begriff ART (Anti-Retroviral Therapy), manchmal auch cART (combined Anti-Retroviral Therapy) an die Stelle von HAART gerückt. Detaillierte Informationen über die Wirkung, Nutzung und Modifizierung von ART vgl. www.hiv.net.

³ Das Vorliegen einer sexuell übertragbaren Krankheit erhöht das Risiko, sich beim sexuellen Verkehr mit dem HI-Virus zu infizieren. Die von diesen Krankheiten häufig verursachten Verletzungen oder Geschwüre erleichtern dem Virus das Eindringen in den Organismus.

anders dar. Hier findet man nur vereinzelt Aufklärungsposter, die Schulen haben keine *talking walls* (oder kaum noch zu entziffernde), und nur ganz selten haben die Menschen die Möglichkeit, Radio zu hören oder sogar fernzusehen. Insbesondere Frauen, die im Gegensatz zu ihren Männern häufig eine stärkere Bindung zu ihrem direkten Umfeld haben (Haushalt und Kinder- versorgung), haben auf diese Weise nur geringen Zugang zu Medien und deren Aufklärungs- kampagnen zu HIV/AIDS.

Auch die sprachliche, textuelle und bildliche Darstellung der Medienkampagnen ist von besonderer Bedeutung. Welche Sprachen werden verwendet? Eine Vielzahl von Botschaften zum Thema Prävention, Abstinenz, Enttabuisierung, Entstigmatisierung und Entmystifizierung wird in der offiziellen Landessprache Sambias – in Englisch – verfasst. Von wem sollen diese „gelesen“ werden? Wer soll davon angesprochen werden? Es ist unumstritten, dass die HIV/AIDS-Thematik äußerst komplex und problematisch darstellbar ist. Häufig erweist es sich als sehr schwierig, bestimmte Anliegen so weit textuell und visuell zu vereinfachen und gleich- zeitig noch ansprechend zu gestalten, dass keine Falschaussagen entstehen. Auch das Aussu- chen von „falschen“ Bildern kann dazu führen, dass sich niemand angesprochen fühlt. Ein an- schauliches Beispiel für die Nichtlesbarkeit von Bildern führt der Soziologe Matthias Rompel 2006 in seiner Analyse der Studien zu sozialen Folgen von AIDS im südlichen Afrika – Schwer- punkt Folgen von AIDS auf der familiären Ebene in Namibia und Botswana an:

Eine Nichtlesbarkeit der Bilder kann vermutet werden, wenn die abgebildeten Personen nicht in sozialen Bezügen dargestellt werden, also nicht als konkrete Person, sondern als Gattung (Ju- gendlicher) in Szene gesetzt sind. Dann ist für den Betrachter meist weder Name, Status noch Geschichte der Person erkennbar, ein für lokale Verhältnisse ungewohnter Bruch, der nur schwer deutlich werden lässt, was mit den entsprechenden Abbildungen eigentlich gemeint ist. (Rompel 2006: 231)

Häufig finden sich in HIV/AIDS Programmen westliche Slogans wieder.⁴ Dies liegt sicherlich daran, dass die meisten Programme von den USA oder europäischen Ländern finanziert und somit auch inhaltlich bestimmt werden (vgl. Dilger 2003: 178). Westliche Botschaften können aber nicht auf alle Regionen und Gruppen dieser Welt übertragen werden. Wie sieht die Situati- on in Sambia aus? Inwieweit sind die Botschaften westlich geprägt? Wer steuert und finanziert die Kampagnen? Findet eine Einbindung in den sozio-kulturellen Kontext auf lokaler Ebene statt?

Seit über zwei Jahrzehnten ist Sambia von der AIDS-Epidemie betroffen. Großflächig angelegte Aufklärungskampagnen haben Informationen und Wissen über HIV/AIDS vermittelt,

⁴ Die meisten Programme basieren auf europäischen oder nordamerikanischen Arbeitsmodellen und den bereits in den Anfängen der AIDS-Forschung in diesen Ländern gemachten Erfahrungen bei bestimmten Bevölkerungsgruppen mit spezifischen kulturellen Normen. Diese als erfolgreich gewerteten Erfahrungen und Maßnahmen wurden häufig zur Grundlage für die AIDS-Arbeit in andern Teilen der Welt (vgl. Dilger 2003, 2005a).

dennoch scheint die Resonanz auf diese Kampagnen eher gering zu sein. Der Direktor des *UNAIDS Regional Support Teams* für das östliche und südliche Afrika Mark Sterling kommentierte 2005 den Vorwurf, die Präventionsbotschaften würden bei den Menschen im südlichen Afrika nicht ankommen, folgendermaßen:

It is true that some prevention campaigns are hitting the point and others are missing it altogether. These campaigns should be more intensive in addressing the various information needs of people, while also being sustained over longer periods of time. (IRIN 2006a)

Aus gesundheitspolitischer Perspektive ist das Wissen über AIDS die Voraussetzung für eine wirksame Vorbeugung. Hier stellen sich im Anschluss die Fragen, ob die fehlende Verhaltensänderung auf unzureichendes Wissen über HIV/AIDS zurückzuführen ist oder die HIV-Prävention in Sambia überhaupt ausreichend etabliert ist bzw. in dieser Form überhaupt wirksam sein kann.

In meinem Dissertationsprojekt versuche ich folgenden Fragen auf den Grund zu gehen und sie zu beantworten:

HIV-PRÄVALENZ UND GESUNDHEITSVERSORGUNG

Warum ist die HIV-Prävalenz in den Städten so hoch?

Gibt es keine ausreichende gesundheitliche Versorgung?

MEDIENPRÄSENZ UND -DISTRIBUTION

Wie präsent sind Medien, die über HIV/AIDS berichten und wer hat Zugang dazu?

Wie sieht ihre Verotung aus?

MEDIENINHALTE

Wie sieht die mediale Umsetzung aus?

Sind die Kampagnen westlich geprägt?

Welche Rolle spielt die Sprache?

Werden Frauen in den Medien ausreichend berücksichtigt?

MEDIENREZEPTION

Werden Medien zu bestimmten HIV/AIDS-Themen überhaupt wahrgenommen?

Fühlen sich die Informantinnen und Informanten von den Botschaften angesprochen?

Sind die Botschaften „lesbar“?

Neben einer gründlichen Beschreibung der HIV/AIDS-Situation und der Vielfalt der Medien zum Thema spielen dabei insbesondere die Betrachtung der verschiedenen Akteursebenen – vom Produzenten über den Vermittler zum Rezipienten – eine entscheidende Rolle.

1.2 THEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN

Die konstant hohen HIV-Prävalenzzahlen im südlichen Afrika haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass lokale bis international agierende Institutionen und Organisationen verstärkt Aktionsprogramme implementieren und mit Hilfe der Massenmedien eine Vielzahl von Präventions- und Informationskampagnen verbreitet haben. Die Effektivität dieser Kampagnen wird aus vielerlei Gründen in Frage gestellt (Palmgreen, Noar & Zimmermann 2008: 223). In Erkenntnis der Schwächen früherer Programme sollen nun neue Konzepte, die sich häufig am Social Marketing und Werbemaßnahmen orientieren, die Basis für effektive Programme schaffen (Grier & Byrant 2005: 322f). Faktoren wie konkrete Zielgruppenauswahl und -ansprache, Design der Medienprodukte und ihrer Inhalte und die für die Zielgruppe relevanten Vermittlungskanäle spielen für die Umsetzung von Kampagnen eine wichtige Rolle. Auf diesen sehr stark auf die Rezipientenseite ausgelegten Ansatz für einen „erfolgreichen“ Kampagnenentwurf wird im Laufe dieser wissenschaftlichen Abhandlung häufig Bezug genommen. Grundsätzlich zeigt sich an der Diskussion über ein wirkungsvolles und effektiveres Kampagnendesign, dass das wissenschaftliche Interesse am Thema Medialisierung von HIV/AIDS deutlich gestiegen ist. Insbesondere in den Kommunikations- und Medienwissenschaften ist die Beschäftigung mit Gesundheitskampagnen Teil der Forschungsagenda geworden. Bei einer Beschäftigung mit Kommunikationsformen von und über HIV/AIDS aus kulturwissenschaftlicher Perspektive ist eine Auseinandersetzung mit diversen theoretischen Basiskonzepten anderer Disziplinen unabdingbar. Gerade dem Thema „Medialisierung einer Krankheit“ muss man sich aus verschiedenen Richtungen nähern, die im Folgenden näher erläutert werden sollen. Besondere Bedeutung kommt aus der Sicht der Kommunikations- und Medienwissenschaften der Mediennutzungs- und Medienwirkungsforschung und aus dem Public-Health-Bereich den Primärpräventions- und Gesundheitskampagnen zu. Die für diese Arbeit relevanten Ansätze werden in die medien- und medizinethnologischen Traditionen eingebunden. Wesentliche Begriffe und Basiskonzepte werden, in weitere thematische Cluster unterteilt, konkreter vorgestellt, in den aktuellen Forschungsstand eingebunden und auf das lokale Projekt in Sambia übertragen.

HIV/AIDS Präventions- und Informationskampagnen

Die HIV-Epidemie gehört zu den weltweit größten gesundheitspolitischen Herausforderungen. Im Gegensatz zu den staatlich abgesicherten Sozialsystemen in den westlichen Ländern, die eine medizinische und soziale Versorgung von Infizierten gewährleisten, sind die Gesundheitssysteme in den Ländern des südlichen Afrikas aufgrund von mangelnden Ressourcen und Personal stark geschwächt (Ochel & Fleischer 2004). Hier werden mit der Unterstützung westlicher

Geldgeber insbesondere Präventionskampagnen zahlreich eingesetzt, um die Infektionsziffern zu senken und ausreichend Wissen zu vermitteln. Diese Maximierung von Kampagnen führt teilweise regional zu einer wahren „Überflutung“ mit AIDS-Aufklärung (Rompel 2006:220f).

AIDS ist vielleicht die erste Krankheit, die global medialisiert wurde. Es werden bestimmte Akronyme, Logos und Slogans verwendet, die sich in jeder Variante der HIV/AIDS-Prävention wiederfinden, so zum Beispiel die rote AIDS-Schleife, das ABC-Programm oder Aussagen wie *Break the silence* oder *Keep the promise*. Hinter dieser Form des sozialen Marketings steckt die Idee, konventionelle kommerzielle Marketingtechniken zu verwenden, um sozialen Nutzen zu erzielen (Kotler, Roberto & Lee 2002). Dies kann sich in der Bewerbung von konkreten Produkten, aber auch von bestimmten Ideen widerspiegeln.

In South Africa, social marketing techniques are applied to the promotion of Lovers Plus condoms by the Society for Family Health (SFH). SFH has set out to reach lower income consumers by using donor subsidies to reduce the retail price of Lovers Plus to a third of that of commercial brands. The condoms are sold in conventional outlets such as pharmacies, cafes and supermarkets, but are also sold in spazas, shebeens and taverns. (Parker, Dalrymple & Durden 2000: 8)

Um die AIDS-Präventionskampagnen analysieren zu können, muss zunächst klar gestellt sein, wie sie im Rahmen von Gesundheitskommunikation zu betrachten sind. Nach Flay (1987: 154f) lassen sich in Abhängigkeit von den jeweiligen Kommunikationsinhalten verschiedene Arten von Programmen unterscheiden: Informations- und Motivierungsprogramme sowie Unterstützungs- und Selbsthilfeprogramme (Flay 1987: 154f, Kröger/ Heppekausen/Ebenhoch 2002: 22). Bei diesem Ansatz werden Rezipienten als aktive Konsumenten von Medienbotschaften verstanden mit dem Fokus darauf, wie sie die Medien verwenden. Rezipienten wählen sich die Texte aus, die ihren Bedürfnissen entsprechen. Auf diese Art lässt sich beispielsweise analysieren, wie junge Menschen HIV/AIDS-Botschaften in ihren Lebensstil integrieren und sich darüber hinaus mit bestimmten Medienrepräsentationen identifizieren können. Informationskampagnen gibt es zu unterschiedlichen Themen wie Sicherheit und Umwelt, wobei sie im Gesundheitsbereich dominieren. Gesundheitliche Aufklärung wird hauptsächlich durch die Massenmedien via Informationskampagnen verbreitet.

Der Begriff ‚öffentliche Informationskampagne‘ umfasst 1) die Konzeption, Durchführung und Kontrolle von 2) systematischen und zielgerichteten 3) Kommunikationsaktivitäten zur 4) Beeinflussung von Problembewusstsein, Einstellungen und Verhaltensweisen gewisser 5) Zielgruppen in Bezug auf 6) soziale Ideen, Aufgaben oder Praktiken, und zwar im 7) positiven, d.h. gesellschaftlich gewünschten Sinn. (Bonfadelli 2004: 104)

Informationskampagnen müssen von der Konsumwerbung und der Massenkommunikation differenziert betrachtet werden. Im Gegensatz zur Konsumwerbung unterstützen sie keinen kon-

kreten Hersteller oder eine spezielle Marke. Bei einer HIV-Informationenkampagne stünde beispielsweise die Verwendung von Präservativen im Vordergrund, unabhängig vom Produkthersteller (Bonfadelli & Friemel 2006:17). Im Gegensatz zu anderen wissenschaftlichen Beiträgen wie beispielsweise in Matthias Rompels Publikation (2006) „Prevention is like telling people: Ey, stop loving“, in welchen massenmedial vermittelte Verhaltensprävention als Werbung verstanden wird, orientiert sich dieser Arbeit am Standpunkt von Heinz Bonfadelli. Seiner Meinung nach grenzen sich Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich zu anderen Strategien wie Werbung und PR ab, da grundsätzlich nicht der Produktabsatz eines konkreten Herstellers oder einer speziellen Marke im Vordergrund steht. Auf die AIDS-Thematik übertragen bedeutet dies, dass zumeist die Verwendung von Präservativen allgemein „beworben“ wird und nicht eine spezielle Marke (Bonfadelli & Friemel 2006: 17).⁵ Informationskampagnen verwenden ebenso wie die Massenkommunikation⁶ Massenmedien als Kanäle zum Transport und zur Verbreitung ihrer Botschaften, sind aber zumeist zeitlich limitiert, haben ein begrenztes Budget und eine definierte homogene Zielgruppe. Der Hauptunterschied liegt darin, dass sie nicht nur auf Information und Unterhaltung zielen, sondern Aufklärung und Verhaltensänderungen erreichen wollen.

One of the main goals of HIV prevention has been to promote behavioural change from high risk to low risk sexual activities – for example, having fewer sexual partners, or using condoms during every act of sexual intercourse. (Parker, Dalrymple & Durden 2000: 5f)

Mit Hilfe der Medien kann ein großes öffentliches Bewusstsein für HIV/AIDS geschaffen werden, und durch ständige Berichterstattung über die Krankheit können öffentliche Diskussionen zu ganz spezifischen Unterthemen initiiert werden. Der Erfolg bzw. Misserfolg von Kampagnen kann ganz unterschiedliche Ursachen haben. So zum Beispiel werden häufig Informationsstand und Bedürfnisse der Rezipienten bei der Konzeption der Kampagnenbotschaften zu wenig berücksichtigt (Bonfadelli 2004:109), ein Zustand, auf den in der vorliegenden Arbeit ein besonderes Augenmerk liegen wird.

Kommunikationskampagnen basieren auf einer Kombination verschiedener theoretischer Konzepte der Kommunikationswissenschaft und dem Social Marketing (Rice & Atkin 2002, Bonfadelli & Friemel 2006: 31). Die Konzeption und Durchführung von Kampagnen entspricht einem Managementprozess, welcher eine Vielzahl von zusammenhängenden Aufgaben wie Kampagnen-Input, Problemanalyse, Festlegung von Zielgruppen, Definition der Ziele, die

⁵ Für eine erweiterte Auseinandersetzung mit dem Verstehen und Wirken von Werbung im gesellschaftlichen Kontext siehe Ute Rösenthaler 2009 „Werbung im Kontext: Perspektiven auf ein neues ethnologisches Forschungsfeld“.

⁶ Der Unterschied zwischen öffentlichen Informationskampagnen und der Massenkommunikation besteht hauptsächlich in der Kommunikationsmodalität (Bonfadelli 2004: 104f).

Wahl der Strategie, das Kampagnen-Output und Evaluation beinhaltet (Bonfadelli & Friemel 2006: 31ff).

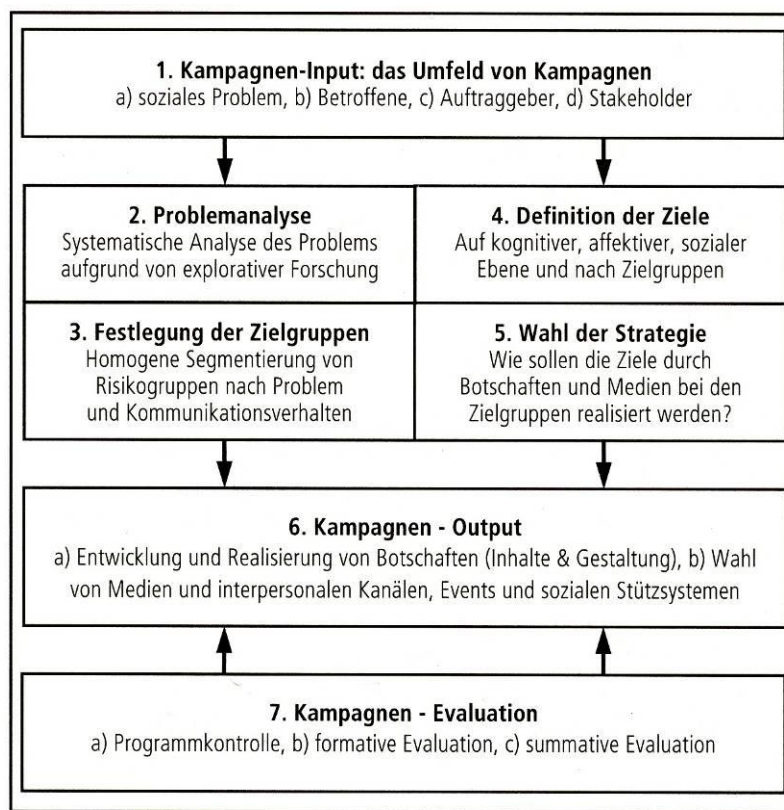


Abb. 1 Systemmodell von Kommunikationskampagnen
Quelle: Bonfadelli & Friemel 2006, 31

Verschiedene Theorien und Modelle aus der Medienwirkungsforschung versuchen zu erklären, warum bestimmte Medienbotschaften im Rahmen von Informations- und Präventionskampagnen bei ihren Zielgruppen Wirkung haben oder auch nicht. Es gibt Einstellungs- und Lerntheorien, bei denen die kognitive Komponente zentral ist, wie zum Beispiel die Wissenskluft-Hypothese (Tichenor, Donohue & Olien 1970, Bonfadelli 1994). Sie besagt, dass Kampagnen, die auf den ersten Blick erfolgreich erschienen, nach einer differenzierten Analyse zeigten, dass nur diejenigen, die bereits Vorwissen hatten, von diesen auch profitierten. Hingegen verbesserte sich bei der intendierten Zielgruppe der Wissenstand nur unwesentlich (Bonfadelli & Friemel 2006: 50f). Affektive Theorien betonen die Gefühlskomponenten im positiven, aber auch negativen Sinne. Zwar wird bei Gesundheitskampagnen teilweise versucht, positive Emotionen mit Hilfe von Humor-Appellen zu erzeugen, dennoch dominiert die Verwendung von sogenannten Furcht-Mechanismen. Der Einsatz dieser Mechanismen, die bei den Adressaten Furcht vor Krankheit oder Tod hervorrufen und damit eine Verhaltensänderung einleiten sollen, ist stark umstritten. Kritiker sehen bei einer zu starken Induktion von Furcht die Gefahr, dass die Appelle zurückgewiesen werden und sogar zu Abwehrreaktionen führen können (Atkin 2002: 38, Bonfadelli & Friemel 2006: 52). Im Gegensatz zu dieser Systemperspektive orientiert sich die Prozessperspektive am Kommunikations- und Wirkungsgeschehen einer Kampagne aus

Sicht der Zielgruppe. Welche Medien erreichen die anvisierte Zielgruppe? Kann mit der Darstellung und Botschaft Aufmerksamkeit geweckt werden? Sind diese Botschaften klar verständlich? Über welches Wissen verfügt die Zielgruppe? Sind die Appelle glaubhaft und positiv? Stellen sie Anreize für neue Verhaltensweisen? Mit Blick auf die vorliegende Studie bedeutet dies zum einen eine gezielte Übertragung von theoretischen Modellen aus dem Public-Health-Bereich auf die Fallstudie in Kanyama und zum anderen eine Überprüfung von deren Anwendbarkeit auf eine medien- und medizinethnologische Studie.

Modell/ Theorie	Beschreibung	Revelanz für die Studie
Information-Seeking	Theorie, die zu erklären versucht, wie Menschen Informationen aktiv suchen.	Für die Planung von Kampagnen relevant.
Sozial-kognitive Lerntheorie Self-Efficacy Konzept	Theorie, die zeigt, dass sich Menschen am Verhalten anderer orientieren und dieses imitieren. Ergänzung der Lerntheorie, die besagt, dass die Ausübung des gelernten Verhaltens von der persönlichen Kompetenz des Einzelnen abhängt.	In Bezug auf HIV/AIDS nur geringfügig relevant.
Inokulationstheorie	Theorie, die auf der biologischen Analogie der Immunisierung durch Impfung beruht.	Für Kampagnen zu HIV/AIDS nicht relevant.
Elaboration-Likelihood-Modell	Modell, das zwei Situationen der Medienbeeinflussung postuliert: a) zentrale Route – das Individuum ist motiviert und kognitiv fähig die Botschaft zu verstehen. b) Periphere Route – wenn a) nicht vorhanden ist, dann durch starke mediale Reize	Für die Planung von Kampagnen relevant.
Kognitive Effekte: Wissensluft-Hypothese	Hypothese, welche die bisherig gängige Prämisse zurückweist, dass Medieninformationen zu einer besseren Informiertheit führen. Exposure Gap, Reception Gap und Gap zwischen Wissen, Einstellung und Verhalten.	Siehe Kapitel 4 relevant
Negativer Affekt: „Furcht-Mechanismus“ Protection-Motivation-Model Threat-Control-Model	Ansätze, die verstärkt kognitive Reaktionen der Angstverarbeitung mitberücksichtigen und davon ausgehen, dass emotionale Reaktionen auf Furcht immer kognitiv verarbeitet werden.	Siehe Kapitel 3 relevant
Positiver Affekt: „Humor“- Mechanismus	Ansatz, der Humor einsetzt, um darüber Aufmerksamkeit zu erregen und mit dieser positive Stimmungslage die Akzeptanz der Botschaft zu verbessern.	Siehe Kapitel 2 Im Bereich der Printmedien relevant.

Abb. 2 Grundlegende Modelle und Theorien

Quelle: Daten nach Bonfadelli & Friemel 2006, 41-55

Medien zu HIV/AIDS: Kanalisierung, Verortung und Adressatenorientierung

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Medien und HIV/AIDS hat im sambischen Kontext bisher nur wenig Aufmerksamkeit erfahren. Die vorhandenen Präventionskampagnen sollen Wis-

sen über die Epidemie vermitteln und eine direkte/personale bzw. eine massenmediale Kommunikation ermöglichen. Diese Aussage stellt den Grundpfeiler der Auseinandersetzung mit der gewählten Thematik dar und bedarf einer näheren insbesondere terminologischen Erläuterung des Medienbegriffs. Der Medienwissenschaftler Stefan Hoffmann (2002) unterscheidet verschiedene Dimensionen des Medienbegriffs: kulturphänomenologisch als materieller Zeichenträger, zum Beispiel als Denkmal, kommunikationswissenschaftlich als Massenmedium, pädagogisch-didaktisch als jedwedes Objekt, das dem Lehr- bzw. Lernprozess dient, oder kulturpädagogisch als kreative Ausdrucksform wie Musik, Tanz oder Theater. Eine konkrete Eingrenzung des Medienbegriffs erweist sich allerdings als schwierig: Eine Unterteilung in präkoloniale, „traditionelle“ Medien (zum Beispiel Perlensprachen, Felsbemalungen, Masken, Trommelsprachen, Sprichwörter) und „moderne“ Medien (wie Film, Fernsehen, Video, Internet, Radio, Mobilfunk etc.) wird in Frage gestellt (vgl. Beck & Wittmann 2004). Eine Unterscheidung zwischen interpersonellen Kommunikationsmedien auf der einen und sogenannten Massenmedien auf der anderen Seite ist vorzuziehen. Medien nehmen eine bestimmte Rolle im Alltagsleben ein und haben das Potential, bestehende Muster sozialer und kultureller Praxis zu beeinflussen und zu ändern. In den Vordergrund rückt die Vernetzung von Produzenten und Konsumenten, wobei durch das Medium immer zwei Komponenten berücksichtigt werden: schreiben und lesen, sprechen und hören, filmen und sehen/hören (vgl. Beck & Wittmann 2004: 11, Machin 2002).

Eine Auseinandersetzung mit Medien, ihre Integration in den Alltag der Menschen und eine Einbettung aller beteiligten Akteure in nationale, globale sowie in wirtschaftliche, politische, historische und kulturelle Kontexte ist erst in den späten 1980er Jahren in das Forschungsinteresse der Ethnologie gerückt (Abu-Lughod 2005). Mit dem Fortschritt digitaler Kommunikationstechnik und dem einhergehenden höheren Verbreitungsgrad von Medien hat sich dieser Bereich in den letzten Jahren zu einer Subdisziplin, der Medienethnologie, entwickelt. Zu den klassischen Medien gehören das Fernsehen, Radio, (Außen)Plakate und Printmedien. Die technologisch neueren Medien wie Internet und individualisierte Printmedien sind interaktiv und ermöglichen darüber hinaus eine persönliche Ansprache. Die Verwendung von einzelnen Medien für bestimmte Zwecke ist davon abhängig, welche Zielgruppen man mit welchen Informationen und Botschaften „versorgen“ möchte. Das Fernsehen kann aufgrund seiner hohen Reichweite eine breite Öffentlichkeit zugleich mit Informationen und Botschaften 24 Stunden am Tag erreichen. Aufgrund der hohen Anschaffungskosten hat aber insbesondere in wirtschaftlich schwächeren Ländern nur eine wohlhabende Minderheit Zugang zu diesem Medium. Das Radio ist in vielen afrikanischen Ländern das am weitesten verbreitete Massenmedium – so auch in Sambia (Spitulnik 2002: 339f). Über das Radio lassen sich redaktionelle Beiträge gezielt – je nach Uhrzeit und Sendefrequenz – an bestimmte Zielgruppen übermitteln. Die Printmedien wie Zeitschriften und Zeitungen können ebenfalls eine breite Öffentlichkeit ansprechen, dennoch ist ihre Verbreitung auf die urbanen Zentren des afrikanischen Kontinents eingeschränkt und ähnlich wie beim Fernsehen der Kostenfaktor zu hoch. Neben den üblichen Printmedien können

auch Poster, Flyer und Broschüren ganz gezielt zur Verbreitung bestimmter Informationen oder als Selbsthilfeanleitung produziert und eingesetzt werden. Neben Fernsehen, Radio und Printmedien ist die Plakatwerbung die vierte klassische Methode der massenmedialen Kommunikation. Große Plakatwände werden außerhalb geschlossener Gebäude im öffentlichen Raum wie zum Beispiel an Schulen oder Krankenhäusern, insbesondere an häufig frequentierten Verkehrswegen angebracht. Das Medium Plakat und die Mauerbilder, so genannte *talking walls*, sind in Afrika wichtige Mittel der Massenkommunikation, da sie insbesondere Menschen ansprechen, die kaum bzw. keinen Zugang zu Zeitungen, Radio und Fernsehen haben. Aus diesem Grund stehen sie auch im Mittelpunkt dieser Arbeit. Die auf Plakaten gezeigten Bilder und einfache Texte haben den Vorteil, vom Vorübergehenden schnell aufgenommen und erfasst werden zu können (vgl. Wolf 2006: 120). Darüber hinaus handelt es sich um ein finanziell günstiges Medium, das schnell produziert werden kann und durch seine Platzierung im öffentlichen Raum auch ein ganz bestimmtes Zielpublikum ansprechen soll (Barley 2002). Die Kampagnen im Bereich der Primärprävention zu HIV/AIDS haben dem Plakat seine ursprüngliche Funktion als breitenwirksames Kommunikationsmittel zurückgegeben.

The poster has played a special role in promoting Aids-awareness around the world. It is cheap and flexible, easy to produce locally and can target specific audiences simply by the fact of its positioning. Put it in a bar and you get one audience, a school and you get quite another. (Barley 2002: 45)

Neben der Auswahl eines für die Kampagne geeigneten Mediums spielt dessen Verortung eine wichtige Rolle. Der Kulturwissenschaftler Dieter Kramer differenziert vier Typen von Bild- und Symbolwelten in der heutigen Öffentlichkeit afrikanischer Staaten: a) eine offiziöse Öffentlichkeit, die den Zielen staatlicher Propaganda dient, b) eine intermediäre, halboffizielle Öffentlichkeit, die vor allem von internationalen Hilfs- und Entwicklungsorganisationen getragen wird, c) eine populäre Öffentlichkeit im Rahmen der Unterhaltungsindustrie und d) eine Werbeöffentlichkeit der kleinen Gewerbetreibenden und Handwerkern mit gedruckten Produktankündigungen (vgl. Kramer 2004: 10f, vgl. Wolf 2006: 120). Die in diesem Promotionsprojekt betrachteten Medien entsprechen, der Differenzierung von Kramer folgend, der Kategorie der intermediären Öffentlichkeit, da diese von Hilfs- und Entwicklungsorganisationen mit fließenden Übergängen zu staatlichen Projekten propagiert werden. In dieser Arbeit wird die Unterteilung der Bild- und Symbolwelten von Dieter Kramer übernommen und weiterverfolgt.

Für die Studie spielt darüber hinaus die Platzierung von bestimmten Medienformen an bestimmten öffentlichen Orten in der Stadt eine wichtige Rolle und erfordert eine Auseinandersetzung mit dem öffentlichen urbanen Raum. Die Stadtethnologie hat in dieser Hinsicht, ähnlich wie in anderen Disziplinen, einen Paradigmenwechsel vollzogen: vom territorialen Raum zum sozialen Raum. Die dynamischen Raumkonzepte gehen zumeist auf Henri Lefèbvres Raumbef-

griff zurück (Lefèbvre 2000), in dem Raum immer sozial produziert ist. Der öffentliche Raum bietet nicht nur ein interessantes Forschungsfeld, sondern vor allem ein Ort der Interaktion, ein Ort, an dem Komplexität und Dynamik divergierender Aneignungen und Nutzungen beobachtet werden können (Röschenthaler 2009).

Es ist unumgänglich, alle beteiligten Akteursgruppen bei den jeweiligen Prozessen zu berücksichtigen. Dieser Ansatz findet sich auch in der aktuellen Medienethnologie wieder, die Medienbotschaften beginnend mit der Produktion, über die Verbreitung bis zur Rezeption betrachtet. Die Ethnologin Debra Spitulnik fasst in ihrem Beitrag „Mobile Machines: Zambian Radio Culture“ die Ausweitung des Rahmens für Medienrezeptionsstudien zusammen:

We need to understand ‚media reception‘ as a constellation of processes that includes: direct response to media content; decodings of media messages; phenomenological comportment towards media technologies and appliances; social relations among groups of media users; and the material, economic, and cultural conditions of media ownership and use. (Spitulnik 2002: 338)

Der Schwerpunkt der Medienethnologie liegt in der Ausrichtung auf Interaktionsprozessen auf Mikroebene (Ginsburg 2002, Peterson 2003, Dracklé 2005). Die Eingebundenheit von Medien in nationale und globale Kontexte sowie deren unmittelbare Relevanz für eine alltägliche Kommunikation auf lokaler Ebene gehören jedoch zu einem weiteren wichtigen Bestandteil medienethnografischer Untersuchungen (Spitulnik 1993, Ginsburg et al 2002, Abu-Lughod 2005). Die Medienethnologie übernahm und adaptierte eine an die spezifischen Bedürfnisse der Ethnologie angepasste Terminologie und Methodik von anderen Disziplinen wie den Literatur- und Kommunikationswissenschaften, der Soziologie, den Kulturwissenschaften und den Gender Studies (Spitulnik 1993). Diese Arbeit verfolgt in medienethnologischer Tradition gerade die Interaktionsprozesse auf Mikroebene und versucht die aus den verschiedenen Disziplinen gewonnenen Einflüsse auf das Fallbeispiel in Sambia zu übertragen.

Bild, Botschaft und Wirkung

Die Konzentration auf eine Rezipientengruppe in Kanyama, Lusaka beinhaltet eine gründliche Auseinandersetzung mit Kommunikationsprozessen und dabei explizit mit der Wirkung von Medien und Rezeption von Botschaften. Beim Kommunikationsprozess handelt es sich um ein komplexes Gefüge. Der Rezipient steht bei dieser Arbeit im Mittelpunkt des Interesses. Aus diesem Grund ist es notwendig, sich intensiv mit dem Begriff der Medienwirkung auseinanderzusetzen. Bis heute gibt es keine einheitliche Definition, was unter Medienwirkung zu verstehen ist. Bereits der Begriff lässt eine Vielzahl von Interpretationen zu: Geht es darum, Wirkungsbereiche wie zum Beispiel Wirkungen auf Meinungen, Einstellungen oder Verhalten zu differenzieren oder spielt der zeitliche Aspekt die zentrale Rolle, d.h. die Differenzierung von Wirkungsphasen wie vor, während oder nach dem Empfang einer Aussage? Oder liegt der Fokus auf der

sogenannten „postkommunikativen“ Phase, d.h. auf dem Handeln von Menschen nach der Rezeption einer Botschaft? Im Rahmen der Kommunikationswissenschaft ist das Thema Medienutzung in den letzten Jahren immer präsenter geworden. Als Teilgebiet der Kommunikations- und Medienwissenschaften fokussiert es die Zuwendung zu Medienangeboten durch Rezipienten. Bereits in den 1960er Jahren wandten sich Katz und Foulkes in ihrem Beitrag „On the Use of Mass Media as ‚Escape‘: Clarification of a Concept“ von dem verhaltenstheoretischen Ansatz „Was Medien mit den Menschen machen“ ab und dem neuen handlungstheoretischen Ansatz „Was machen die Menschen mit den Medien?“ zu.

It is often argued that the mass media give the people what they want and that the viewers, listeners, and readers ultimately determine the content of the media by their choices of what they will read, view or hear. Whether or not this is a valid characterization of the role of the mass in relation to the media, it is only an arc of circular reasoning unless there is independent evidence of what the people do want. More particularly, there is great need to know what people do with the media, what uses they make of what the media now give them, what satisfactions they enjoy, and, indeed, what part the media play in their personal lives. (Katz & Foulkes 1962: 377)

Stand beim verhaltenstheoretischen Ansatz der Mensch als Objekt im Mittelpunkt, wurde er beim handlungstheoretischen Ansatz zum Subjekt. Die Zuschauer sind nicht mehr passive Rezipienten von Medienbotschaften, sondern ein aktives Publikum. Insbesondere der *Uses and Gratifications Approach* (Nutzungs- und Belohnungsansatz) konzentriert sich auf den Nachweis eines aktiv agierenden Publikums und findet in den Kommunikationswissenschaften häufig Verwendung (Vorderer 1996, Wunsch 2002, Blumler & Katz 1974, Schenk 2002). Dieser motivationale Ansatz geht von einem aktiven Publikum aus, das die Medien nutzt, um seine Bedürfnisse zu befriedigen und durch den Belohnungsansatz Medien zu Quellen der Bedürfnisbefriedigung werden lässt (Meyen 2004:17). An diesem Ansatz wird häufig die ausschließliche Fixierung auf den Rezipienten kritisiert; so lässt er Medieninhalte und das gesellschaftliche Umfeld außer acht (Meyen 2004:17). Es gibt aber auch eine Reihe von Ansätzen, die gerade die Medieninhalte und das soziale Umfeld berücksichtigen möchten, Mediennutzung nicht nur über menschliche Grundbedürfnisse erklären und eher unter die Rubrik Medienwirkungsforschung fallen (Bonfadelli 2004, Kunczik & Zipfel 2001, Schenk 2002, Maletzke 1998).

Gerade in den *Cultural Studies* finden sich Medienanalysen als Gesellschaftsanalysen. Die Rezeption von Medien ist nur zu begreifen, wenn man den Kontext betrachtet wie z.B. sozio-kulturelle Hintergründe, Machtbeziehungen, politische Strukturen und religiöse Einbindungen. In den *Cultural Studies* verbindet sich eine Reihe von theoretischen Fragestellungen, welche über eine reine Medienanalyse hinausgehen. Rainer Leschke definiert 2003 in seiner Einführung in die Medientheorien, dass gerade die *Cultural Studies* nicht das Objekt in den Vordergrund der Untersuchung stellen, sondern vor allem die Rezeptionsseite in Augenschein

nehmen würden. Der Umgang mit dem Begriff der Rezeption sei kreativ und nicht vom Objekt abzuleiten (vgl. Leschke 2003: 201).

Voraussetzung einer derartigen Emanzipation der Rezeption vom Verblendungszusammenhang ist die Annahme der Polysemie, der Vorstellung, dass Bedeutung nicht statisch dem Objekt, also dem Medienprodukt innewohnt, sondern dass sie ihm im Prozess der Lektüre zugeordnet wird und dass diese Zuordnung vom Objekt her prinzipiell nicht kontrollierbar ist. (Leschke 2003: 201)

Stuart Hall definiert 1999 Kultur als „Summe der Beschreibungen, mittels derer eine Gesellschaft gemeinsame Erfahrungen reflektiert und ihnen Sinn verleiht.“ (Hall 1999: 116). Menschen kommunizieren über Symbole wie Worte, Gesten und Töne. Diese Symbole haben dabei eine bestimmte Bedeutung und sind Grund für bestimmte Handlungsweisen (Meyen 2004: 36). Mit seinem „Kodieren- und Dekodieren-Modell“ (*Encoding-Decoding-Model*), welches bereits in den 1970er Jahren entwickelt wurde, betont Hall die Wichtigkeit, den ganzen Kommunikationsprozess zu betrachten und sich nicht nur auf die Rezipienten zu konzentrieren. Alle Aspekte des Prozesses müssen beachtet werden: von der Produktionsseite von Texten über die Medieninhalte bis hin zur Rezeptionsseite. Darüber hinaus können auch Botschaften unterschiedlich gedeutet werden: die Textproduktion (encoding) ist bereits an bestimmte Rahmenbedingungen wie die Sozialisation, Bildung, politische und religiöse Überzeugung und kulturelle Normen der am Prozess Beteiligten gekoppelt. Beim Dekodierungsprozess kann der Nutzer verschiedene Positionen einnehmen:

- a) favorisierte Leseart (*dominant hegemonic position*): Dabei übernimmt der Rezipient den Text genau so wie es vom Produzenten gewollt ist.
- b) ausgehandelte Leseart (*negotiated position*): Dabei werden die Texte teilweise unreflektiert übernommen, teilweise aber auch kritisch hinterfragt.
- c) die oppositionelle Leseart (*opositional position*): Dabei werden die Botschaften, die vermittelt werden sollen, zwar verstanden, aber vom Rezipienten abgelehnt.

Bereits das semiotische Zeichenmodell des Schweizer Linguisten Ferdinand de Saussure (Verhältnis zwischen *signifié* (das Bezeichnete) und *signifiant* (das Bezeichnende)⁷ und der darauf aufbauende und auf kulturelle Phänomene angewandte Ansatz von Roland Barthes⁸ betonen, dass man bei der Verwendung von Zeichen und Symbolen darauf achten soll, dass Sender und Empfänger über einen Zeichenvorrat mit genügend Gemeinsamkeiten verfügen, damit Kommu-

⁷ Zur Struktur des sprachlichen Zeichens und dem von Ferdinand de Saussure entwickelten semiotischen Dreieck vgl. die ausführliche Darstellung von Linke, Nussbaumer & Portmann 1996: 30-42.

⁸ Eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Kultur als Text, symbolische Form und soziale Praxis, mit den semiotischen, diskursanalytischen und soziologischen Ansätzen sowie mit dem französischen Literatur- und Kulturtheoretiker Roland Barthes bietet die Publikation *Cultural Studies* von Roy Sommer 2006.

nikation überhaupt gelingen kann (vgl. Hoffmann 2002: 69, Wessler 2007: 13f). Die notwendige Übertragbarkeit dieses Ansatzes auch auf Bilder betonen Kramer und Schmidt in ihrer Publikation „Plakate in Afrika“ 2004.

In der Regel werden Texte, Bilder und Symbole eingesetzt, die eng mit den lokalen Alltags- und Lebenswelten verknüpft und dadurch für die Betrachter ‚lesbar‘ sind. Bilder und Bildinszenierungen aus fremdkulturellen Kontexten sind keineswegs global verständlich. Entgegen der landläufigen Vorstellung, dass Bilder universell sind, müssen auch Bildsprachen übersetzt werden. Nicht nur die Symbolik von Bildern und Farben ist kulturell determiniert, auch Sehgewohnheiten und die Fähigkeit Bilder ‚lesen‘ und interpretieren zu können differieren. Plakate erinnern an die Mechanismen der visuellen und interkulturellen Kommunikation. Mit ihrer visualisierten (Bild-) Sprache reflektieren Plakate die Haltungen und Absichten der Gestalter; gleichzeitig können Plakate vorhandene Vorstellungen und Geisteshaltungen verstärken und neue kreieren. (Kramer & Schmidt 2004: 7)

Im Laufe dieser Arbeit wird eine Vielzahl von Medien wie Plakate, *talking walls* oder auch Broschüren betrachtet, die an sich bereits Zeichen sind, die Botschaften beinhalten, welche wiederum vermittelt werden sollen. Von besonderer Bedeutung ist, dass diese Zeichen vom Betrachter erkannt werden können und eine sichere Vermittlung des Inhaltes garantieren. Die Kampagnen müssen über die Medien die gewünschte Aufmerksamkeit bekommen, damit sich von Seiten des Betrachters weiter mit dem Inhalt auseinandergesetzt wird und damit auch die Möglichkeit besteht, einer Handlung nachzukommen. Für die in dieser Arbeit vorgenommene Analyse von Plakaten und anderem Informationsmaterial ist das Konzept der Semiotik unumgänglich. Ziel der Kampagnenproduzenten ist es Zeichen zu finden, um die intendierte Botschaft schnell und verständlich zu vermitteln. Da die meisten Medienformen im öffentlichen Raum im Vorbeifahren bzw. -laufen nur für einige kurze Momente wahrgenommen werden können, spielt der erste Eindruck eine wichtige Rolle. Die Aufmerksamkeit des Betrachters muss auf den ersten Blick erregt werden. Medien wie Plakate sollen eine Wirkung hervorrufen und aus diesem Grund ist die Lesbarkeit der Botschaften von so großer Bedeutung. Von besonderem Interesse ist in dieser Studie, wie Medienbotschaften und -informationen ein allgemeines Verständnis von HIV/AIDS reflektieren können und welche Akteure in ihrer Einflussnahme auf Medieninhalte und ihre Interpretation aktiv sind. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Schlüsselrolle der Rezipienten auf lokaler Ebene. Sonst könnte bei den Präventionskampagnen genau das weitergeführt werden, was *The Panos Institute* bereits 2004 monierte: „[...] that the health communication field has been ‚missing the message‘ because it has concentrated on putting out messages rather than fostering an environment where the voices of those most affected [...] can be heard.“ (Panos Southern Africa 2004).

1.3 LITERATURÜBERBLICK ZUM THEMA MEDIEN UND AIDS IN AFRIKA

Eine Auseinandersetzung mit Medien, ihre Integration in den Alltag der Menschen und eine Einbettung aller beteiligten Akteure in nationale, globale sowie in wirtschaftliche, politische, historische und kulturelle Kontexte ist erst in den späten 1980er Jahren in das Forschungsinteresse der Ethnologie gerückt (Abu-Lughod 2005). Mit dem Fortschritt digitaler Kommunikationstechnik und dem einhergehenden höheren Verbreitungsgrad von Medien hat sich dieser Bereich in den letzten Jahren zu einer Subdisziplin, der Medienethnologie, entwickelt. Auch das Interesse an der Medialisierung von HIV/AIDS ist deutlich gestiegen und Teil der kommunikations- und medienwissenschaftlichen Forschungsagenda geworden. Die Auswahl von Medienstudien, die zeitgenössische afrikanische Kulturen in den Vordergrund stellen, bleibt bisher jedoch relativ überschaubar. Eine Darstellung der Vielfalt und Vielschichtigkeit diverser Akteure, Medien und deren Verwendung findet man eher in Sammelbänden (Ginsburg, Abu-Lughod & Larkin 2002, Fuller 2003, Beck & Wittmann 2004, Drescher & Klaeger 2006, Edgar, Noar & Freimuth 2008, Pope, White & Malow 2009), die häufig interdisziplinär ausgerichtet sind. Insbesondere in den neueren Publikationen, die sich mit dem Thema HIV/AIDS auseinandersetzen, dominieren die Kommunikationswissenschaftler und Public-Health-Spezialisten und stellen entweder Kommunikationsstrategien über das neue Medium „Internet“ (Noar 2009) oder Fernsehproduktionen wie zum Beispiel *Soap Opera* (Barker 2009) in den Mittelpunkt ihrer Analysen.

Trotz der enormen Auswirkungen medialer Vermittlung der HIV/AIDS-Thematik im öffentlichen Raum liegt der Fokus der Analysen nach wie vor auf der Darstellung des Themas in den westlichen Medien (Wegenstein 1998, Fuller 2003, Gaffey 2007) oder der Herausarbeitung in einzelnen Medien wie Radio (Tettey 2004, Klaeger 2006), Plakat (Dilger 2002, Wendl 2002, Kramer & Schmidt 2004, Wolf 2006) oder Fernsehen (Tudesq 2004, Fendler 2006, Barker 2009). Darstellungen des Themas, welche nicht nur einen Überblick über die Medialisierung von HIV/AIDS geben und deren Medientexte interpretieren, sondern auch die Rezeptionssseite der lokalen Bevölkerung in den Vordergrund rücken, sind nur marginal vorhanden.

Eine Vielzahl von Monographien und Aufsätzen beschäftigt sich mit dem Medium Plakat und seiner Geschichte, Verwendung und Rezeption im afrikanischen Kontext. Insbesondere die Publikation „Plakate in Afrika“ von Dieter Kramer und Wendelin Schmidt (2004), die anlässlich der gleichnamigen Ausstellung im Museum der Weltkulturen in Frankfurt 2004/2005 erschienen ist, gibt einen Überblick über die Vielseitigkeit des Mediums und seine Stellung bei der Vermittlung von Botschaften. Dieter Kramer streicht in seinem Beitrag über „Ein altes Medium im neuen Kontext“ deutlich heraus, dass sich Plakate als öffentliche Medien mit den lokalen Lebenswelten auseinandersetzen müssen, da sie von einem lokalen Publikum wahrgenommen werden sollen (Kramer 2004: 9).

Die Rezeption medialer Botschaften zu HIV/AIDS hat in Sambia bisher nur wenig Beachtung gefunden. Generell konzentriert sich die HIV/AIDS-Forschung auf die medizinischen Aspekte der Krankheit. Es finden sich aber in den 1990er Jahren immer mehr Studien zu den so-

zialen Konsequenzen (Caldwell & Caldwell 1996, MacDonald 1996, Setel, Lewis & Lyons 1999). Allerdings fehlt es für Sambia eindeutig an ethnografischen Studien, die die Krankheit und ihre Ursachen in den kulturellen Kontext einbetten. Diesem Aspekt widmet sich die *Medical Anthropology* und stellt sich der Frage, wie die HIV/AIDS-Epidemie in die sozialen, kulturellen und religiösen Organisation und Praxis einer Gesellschaft eingefügt wird. Welche sozialen und politischen Konsequenzen hat AIDS für die Menschen? Welche Vorstellungen über Sexualität, Krankheit und Heilung werden einer Neubewertung unterzogen, welche Traditionen und Wertvorstellungen hinterfragt oder gar ersetzt? Dennoch findet man meistens nur wissenschaftliche Publikationen, die bestimmte Einzelaspekte wie AIDS und Sexualität (Baylies & Bujra 2000), AIDS und Rituale (z.B. Witwenreinigung) (Offe 2005) oder Medien und Gender (Curphey 2003, ZAMCOM 2004) bzw. einzelne Gruppen Sambias wie zum Beispiel die Batonga (Gausset 2001, Colson 2005) und ihren Umgang mit der HIV/AIDS-Epidemie besonders berücksichtigen. Die vorhandenen soziologischen Arbeiten zu Kommunikationskampagnen fokussieren zumeist auf statistischen Angaben des *Zambia Demographic and Health Surveys* von 2001-2002 (CSO 2003) und geben aus diesem Grund keinen Aufschluss über die aktuelle Situation. So untersuchten beispielsweise Van Rossem und Meekers (2007) die statistischen Daten hinsichtlich der Nutzung von bestimmten Radio- und Fernsehprogrammen in Bezug auf eine Verhaltensänderung bei der Verwendung von Kondomen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Hörer und/oder Zuschauer solcher Kampagnen eher dazu neigten, Kondome zu verwenden als diejenigen, die die Kampagnen nicht kannten oder überhaupt keinen Zugang zu diesen Medien hatten. Eine von *Panos Southern Africa* initiierte und von USAID finanzierte Studie zu diversen Medieninhalten wie Politik, Gender, HIV/AIDS und Menschenrechten von Februar bis Juli 2004 gibt einen Überblick über die Vielfalt von Massenmedien und ihre Nutzung in Sambia. Hinsichtlich der Berichterstattung über HIV/AIDS kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass insbesondere die Landbevölkerung zu wenig informiert würde und hier der Zugang zu Medien generell äußerst schwierig sei. Die Menschen müssten von den Medien direkter angesprochen werden – das Thema dürfe nicht abstrahiert dargestellt werden, sondern bräuchte „ein Gesicht“ (vgl. *Media Coverage in Zambia* 2004: 24). Wie bereits Beck und Wittmann 2004 anmerken, ist die Vielfalt afrikanischer Medien und ihrer Nutzungsarten noch nicht ausreichend erforscht. Gerade der Aspekt der Rezeption von Medienbotschaften soll bei dieser Analyse in den Vordergrund gerückt werden. Es gibt bisher noch keine medienethnografischen Arbeiten, die sich dem Thema der visuellen Medienrezeption von HIV/AIDS in Sambia angenommen haben.

1.4 DIE FELDFORSCHUNG

1.4.1 FORSCHUNGSABLAUF UND METHODE

Zum ersten Mal wurde ich 2003/2004 bei der Ausstellung „Sexualität und Tod: AIDS in der zeitgenössischen afrikanischen Kunst“, welche im Rautenstrauch-Joest-Museum für Völkerkunde in Köln gezeigt wurde, mit dem Thema HIV/AIDS und Kunst konfrontiert. Die Ausstellung zeigte

eine Vielfalt von künstlerischen Werken wie Gemälde, Fotografien und Installationen berühmter afrikanischer Künstlerinnen und Künstler z. B. Sue Williamson, Chérie Samba, Zephania Tshumba und Twins Seven Seven. Die Art und Weise, wie die Künstlerinnen und Künstler sich mit dem Thema in ihrem jeweiligen sozio-kulturellen Kontext auseinandersetzten und das Thema reflektierten, beeindruckte mich sehr. Kunst wurde hier zu einer wertvollen Hilfe in der Präventionsarbeit. Von diesem Zeitpunkt an habe ich mich immer mehr mit künstlerischen Arbeiten zum Thema HIV/AIDS beschäftigt und die zunehmende Bedeutung des Themas im intermediären öffentlichen Raum beobachtet. Eine Vielzahl von Ausstellungen wie beispielsweise *africa apart 2002*, *DIRE AIDS 2004*, *AidsArt 2003/2004*, *Status 2005*, *Trotz Aids 2007* griffen das Thema auf. Insbesondere in der Republik Südafrika entstand bereits Mitte der 1990er eine eigene Kunstszene, die sich nahezu ausschließlich mit dem Thema auseinandersetzte (Kauffmann & Martin 2003).

In einer Vorbereitungsphase für einen neuen Sonderforschungsbereich an der Universität zu Köln bekam ich 2007 die Möglichkeit, mich in ein Projekt einzubringen, welches sich auf die mediale Umsetzung von Krisen spezialisierte, insbesondere auf die Auswirkungen der HIV/AIDS-Epidemie auf Gesellschaften im südlichen und östlichen Afrika (Sambia und Kenia). In diesem Zusammenhang konnte ich während zwei Feldforschungsaufenthalten Daten zum Thema erheben.

Bei meinem ersten Aufenthalt wurde mir schnell klar, dass die Künstlerszene Sambias im Gegensatz zur Republik Südafrika nur wenig ausgeprägt ist. Seit der Unabhängigkeit Sambias 1964 wurden zahlreiche Versuche unternommen, Kunstinstitutionen zu gründen und eine Infrastruktur für Künstlerinnen und Künstler zu schaffen. Trotz enormer Bemühungen scheiterten die meisten Projekte an den fehlenden bzw. nicht ausreichenden finanziellen Mitteln. Erst mit der Gründung des *National Arts Council of Zambia*, einer von Künstlern getragenen nationalen Künstlerorganisation, verbesserte sich die Situation. Dennoch können die unterstützten Künstlerinnen und Künstler nach wie vor nicht von ihrem künstlerischen Schaffen leben. Darüber hinaus setzen sich nur wenige sambische Künstlerinnen und Künstler wie zum Beispiel Kate Naluyele, Stary Mwaba und Emmanuel Kapotwe mit dem Thema HIV/AIDS auseinander. Mir wurde bewusst, dass die Datenbasis zum Thema „Künstlerische Auseinandersetzung mit HIV/AIDS in Sambia“ für ein Dissertationsprojekt nicht ausreichen würde und so entschloss ich mich, meinen Fokus auf andere visuelle Medien wie Poster, Plakate und *talking walls* zu verlagern.

Die von mir erhobenen Daten stützen sich auf zwei Feldforschungsaufenthalte in der sambischen Hauptstadt Lusaka aus den Jahren 2007 und 2008. Bei meinem ersten Aufenthalt von September bis Dezember 2007 konzentrierte ich mich darauf, möglichst viele Informationen und Materialien zum medialen Umgang mit HIV/AIDS zu sammeln. Ich besuchte eine Vielzahl relevanter Institutionen und führte Interviews mit den verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, um die verschiedenen verantwortlichen Akteure in der Produktion von Medieninfor-

mationen und -botschaften und deren Arbeitsschwerpunkte zu identifizieren. Zu den Akteuren gehörten u.a. staatliche Einrichtungen wie das *National AIDS Council*, diverse Nicht-Regierungs-Organisationen, Museen, Galerien, das *National Arts Council*, HIV-Zentren, die Universitätsklinik, das Evelyn Horne College und die sambische UN-Vertretung. Neben der Beschäftigung mit der Produktionsseite der medialen Ausdrucksformen begann ich mir Gedanken darüber zu machen, wie und wo ich die Distributions- und Rezeptionsseite verankern könnte. Im Gegensatz zur Produktion, die auf nationaler Ebene agiert, konnten meines Erachtens sowohl Distribution als auch Rezeption nur überzeugend von einer lokalen Basis ausgehend untersucht werden. Ich wählte den Stadtteil Lusakas mit der höchsten HIV-Prävalenz, Kanyama, ein Compound (Siedlung mit Slumcharakter) im Südwesten von Lusaka.

Während meines ersten Feldforschungsaufenthalts konnte ich zahlreiche Kontakte knüpfen und mich mit einer Vielzahl von Akteuren vernetzen. Bereits in dieser Phase lernte ich meinen Assistenten Emmanuel Lumbubashi kennen, der mich auch bei meinem zweiten Feldforschungsaufenthalt noch hilfreich unterstützen sollte. Zurück in Deutschland begann ich mit der Analyse meiner Interviews und bereitete die Fragestellungen für die zweite Feldforschungsphase vor. In dieser zweiten Phase wollte ich die lokale Bevölkerung von Kanyama zum Thema Medienrezeption HIV/AIDS interviewen. Wie aber findet man die geeigneten Informanten? Wer würde sich zu diesem immer noch stark stigmatisierten und sensiblen Thema interviewen lassen? Am sinnvollsten erschien mir, im einzigen medizinischen Gesundheitszentrum in Kanyama, im Kanyama Health Centre, mit HIV-Patienten zu sprechen. Über das medizinische Personal hätte ich die Möglichkeit, Kontakte zu HIV-Patienten zu knüpfen, die sich bereits gezwungenermaßen mit dem Thema beschäftigen mussten und auch schon den Weg in die Klinik gefunden hatten, d.h. durch irgendetwas/irgendjemand dazu bewegt worden waren, sich dort behandeln zu lassen. Als Ausländerin und Nicht-Medizinerin war es nicht einfach, die offizielle Zustimmung des sambischen Gesundheitsministeriums zu bekommen, vor Ort in Kanyama arbeiten zu dürfen. Nach einigen bürokratischen Hürden bekam ich letztlich die Erlaubnis, im Kanyama Health Centre zu arbeiten und konnte so bei meinem zweiten Aufenthalt von März bis Juli 2008 meine Studie durchführen.

Es wurden verschiedene Erhebungsmethoden angewandt: In erster Linie wurden qualitative Daten mit Hilfe von Tiefeninterviews, Leitfrageninterviews mit variablen Fragenkatalogen und teilnehmender Beobachtung erhoben. Interviewpartner waren HIV-Patienten, Krankenhauspersonal, Vertreter von staatlichen, kirchlichen, nicht-staatlichen und anderen Entwicklungsorganisationen. In der HIV-Ambulanz des Kanyama Health Centres führte ich mit Patienten, medizinischem Personal, der *Support Group* (einer wöchentlich stattfindenden HIV-Therapiegruppe) und Sozialarbeitern Tiefeninterviews durch. Aufgrund der Sensibilität des Themas habe ich bei den Patienten in Kanyama ausschließlich Frauen interviewt, jedoch durch die Mithilfe meines Assistenten Emmanuel Lumbubashi, der männliche HIV-Patienten interviewte, einen Einblick in die "Männerperspektive" gewinnen können. Bei meinen Interviews wurde

ich von Elisabeth M.⁹ unterstützt, welche in der Klinik als Beraterin fungierte und bei der therapeutischen Betreuung der HIV-Patienten aushalf. Sie gehörte zu den sogenannten *Volunteers*, welche für ein geringes monatliches Entgelt vom Staat eingestellt wurden, um das an Personalmangel leidende sambische Gesundheitssystem zu entlasten. Neben ihrer Unterstützung als Übersetzerin war ihre Rolle als eine den Patientinnen bekannte Vertrauensperson, selbst HIV-positiv und verwitwet, für die Vermittlung des Themas bei den Interviews von unschätzbarem Wert. Für die Interviews bekamen wir von der verantwortlichen Oberschwester des Health Centres ein Untersuchungszimmer zur Verfügung gestellt, welches wir mit kleinen Accessoires und dem Anbieten von Tee gemütlicher zu gestalten versuchten, um eine private Atmosphäre bei den Interviews zu schaffen. Ausgewählt wurden über 50 Informantinnen, wobei die meisten Patientinnen aus der wöchentlich stattfindenden Therapiegruppe kamen. Die einzige Auflage meinerseits war, dass die Informantinnen weiblich waren und die Altersgrenze von 45 Jahren nicht überschritten bzw. von 15 Jahren nicht unterschritten hatten. Diese Einschränkung wurde notwendig, da es von besonderer Bedeutung für die Studie war, dass die Frauen bereits sexuell aktiv waren, Kinder hatten bzw. über (weiteren) Nachwuchs nachdachten.

Ergänzt wurde meine Fallstudie durch Daten von zahlreichen Interviews mit den Angestellten im Health Centre und durch teilnehmende Beobachtung der wöchentlichen Treffen der Therapiegruppe. Darüber hinaus wurden während der Forschungszeit die aktuellen Medien, wie Radio und Fernsehen und insbesondere die Printmedien bezüglich des Themas HIV/AIDS betrachtet und letztere mittels einer Inhaltsanalyse ausgewertet.¹⁰ Im Zentrum dieser Auswertung standen Zeitungsartikel von der einzigen politisch unabhängigen Zeitung Sambias, *The Post*.

⁹ Aufgrund der Sensibilität des Themas und der immer noch deutlich vorhandenen Ausgrenzung von HIV-Infizierten habe ich den Namen meiner Assistentin geändert. Gleiches gilt auch für all diejenigen, die ich im Rahmen meiner Arbeit im *Kanyama Health Centre* interviewt habe.

¹⁰ Die Inhaltsanalyse war notwendig, ermöglicht sie nach Agnew und Pyke 1987 doch eine „detailed, objective and systematic observation of verbal or symbolic communication“ (Agnew & Pyke 1987: 85). Nach Adam und Schvaneveldt (1991) können mit dieser Methode Reden, Aufzeichnungen und andere schriftliche Formen der Kommunikation wissenschaftlich untersucht und auf diese Weise Schlüsselvorstellungen, Themen, Wörter oder Botschaften, die in einer solchen Aufzeichnung stecken, analysiert werden.

1.4.2 ETHNOGRAPHIE: KANYAMA

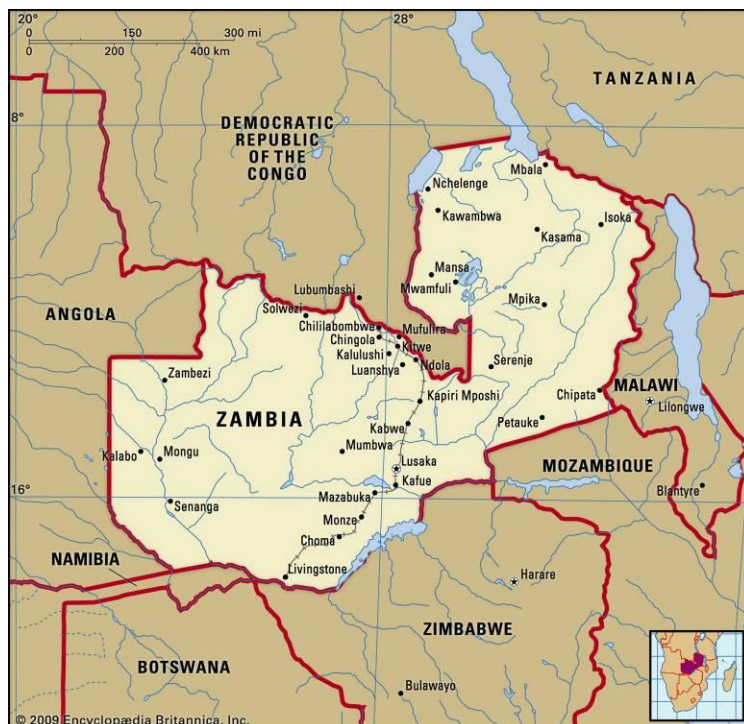


Abb. 3 Karte von Sambia
Quelle: Encyclopedia Britannica 2009

Auf den 752.000 km² sambischen Territoriums leben knapp 12 Millionen Menschen, und zwar hauptsächlich in der Hauptstadt Lusaka und in den Städten Kitwe, Ndola und Mulfulira im Kupfergürtel, Mongu im Westen des Landes, Chipata an der Grenze zu Malawi und dem Touristenziel Livingstone an der Grenze zu Simbabwe. Mit geschätzten 1,6 Millionen Einwohnern ist die Hauptstadt gleichzeitig auch die größte Stadt Sambias. Ihre Geschichte ist im Vergleich zu anderen afrikanischen Städten relativ jung.¹¹ Mit der Gründung einer Bahnstation im Jahre 1905 wurde der Grundstein für die Stadt Lusaka (benannt nach dem Dorf Lusaka von Chief Lusaaka) gelegt. 1913 lag die lokale Autorität über Lusaka bei der *British South Africa Company*, welche die Jurisdiktion über das damalige Nord-Rhodesien innehatte. 1924 übernahm die britische Regierung offiziell Lusaka. Hauptstadt wurde Lusaka erst im Jahre 1935 und löste damit das im Süden stark isoliert gelegene Livingstone ab (Hansen 1997). Nach dem zweiten Weltkrieg entwickelte sich Lusaka zügig: zuerst westlich von der Bahnstrecke, dann in den 1950er Jahren auch östlich davon. Hatte Lusaka 1950 erst 26.000 Einwohner, so waren es bereits in den 1970ern um die 300.000. Ursprünglich als eine Gartenstadt geplant, welche kleinere Ortschaften durch ein Transportnetzwerk miteinander verbinden sollte, wuchs Lusaka im Laufe der Jahre zu einer durchgängig bebauten Großstadt (Bowa 1979, Jaeger 1986, Drescher 1997). Im Jahre 1964 wurde Sambia unabhängig und in den folgenden Jahren wurden Bauprojekte wie

¹¹ Die folgenden geschichtlichen und politischen Informationen über Lusaka stammen aus der Datenbank des *Lusaka City Council* und einer Vielzahl von Internetquellen mit hauptsächlich touristischer Ausrichtung. Die detaillierten Informationen über die Entwicklung Kanyamas basieren zum größten Teil auf Interviews mit Anwohnern Kanyamas und Mitarbeitern des *Kanyama Health Centre*, des *Ward Development Committee* und der *Musayope Support Group*.

die Universität, der internationale Flughafen, Hotels und die Nationalversammlung realisiert. Das Stadtgebiet erweiterte sich von 93 km² auf 360 km². Lusaka zählt heute zu den am schnellsten wachsenden Städten des südlichen Afrikas. Im Westteil der Stadt ist hauptsächlich Industrie und Wirtschaft angesiedelt. Im Ostteil hingegen befinden sich großzügig angelegte Alleen, ein Golfplatz, Botschaftsresidenzen, Einkaufszentren, Privatschulen und luxuriöse Wohnanlagen.

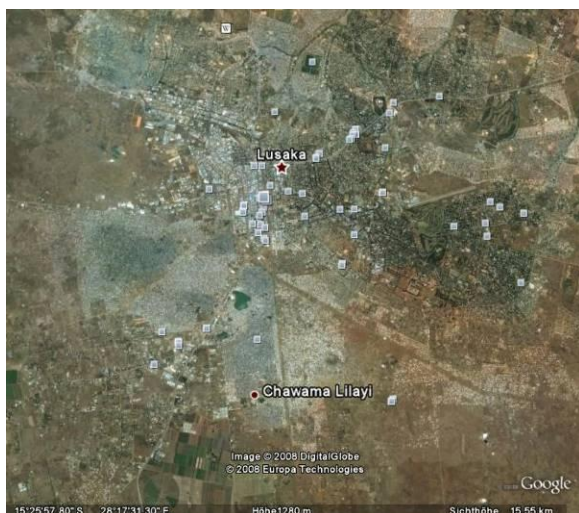


Abb. 4 Satellitenaufnahme Lusaka
Quelle: Google Earth 2008



Abb. 5 Satellitenaufnahme Zoom Kanyama
Quelle: Google Earth 2008

Der Stadtteil Kanyama liegt im äußersten Westen der sambischen Hauptstadt. Die Gründung Kanyamas reicht in die 1920er Jahre zurück, als die Region noch von Chief Lusaaka regiert wurde. Das Land gehörte zu diesem Zeitpunkt dem europäischen Siedler Portketer. Es zeichnete sich durch einen steinigen Untergrund und immer wieder auftretende Überschwemmungen aus. Der reiche Tierbestand, hauptsächlich aus Moorantilopen und Impala bestehend, weckte das Interesse von Fosholo Chinyama, einem Jäger aus dem nordwestlichen Teil Sambias. Chinyama gefiel die Region, und er bekam vom Besitzer der Portketer Farm die Erlaubnis, dort zu siedeln. Heute wird diese ursprüngliche Siedlungsgegend *Mbasela* genannt.¹² Im Laufe der Zeit folgten Chinyama immer mehr Verwandte und Freunde, und aus dem Teil der Farm wurde ein Dorf. Als Chief Lusaaka von Chinyama und seinen Jagdfähigkeiten hörte („Fleisch/*nyama* zu jagen“), besuchte er ihn und gab ihm die Erlaubnis, das Dorf Kanyama (kleines Stück Fleisch) zu nennen. Zusätzlich gab es Handelsverbindungen zu der Gruppe der Ila, welche hauptsächlich Vieh und Fleisch an die Bewohner Kanyamas verkaufte. Die Schlachtung von Vieh sowie dessen Verarbeitung und Handel sind in Kanyama bis heute zentrale Einnahme-

¹² *Mbasela* ist nicht nur ein Eigenname, sondern wird noch heute beim Handeln verwendet. Unabhängig vom finanziellen Umfang eines Geschäftes wird immer ein *Mbasela*, ein kleiner kostenloser Zusatz, man könnte es als Geschenk bezeichnen, ausgehandelt. Eine Verbindung zwischen der Bedeutung „Geschenk“ und der damaligen „Landschenkung“ an Chinyama, welche die Gründung von Kanyama erst ermöglichte, ist aber rein spekulativ.

quellen geblieben, und obwohl hauseigene Schlachtung und Verkauf illegal sind, wird auf Kanyamas Märkten Ziegen- und Hühnerfleisch aus „Eigenproduktion“ angeboten. Im Laufe der Jahre wuchs die Bevölkerung stetig an. Zwischen 1940 und 1950 wurden Teile Kanyamas unter dem Namen *Masomali Land* (besiedelt von Händlern aus Somalia) und *Magomani Land* (besiedelt von den Ngoni aus dem östlichen Sambia) bekannt.

Nach der Unabhängigkeit Sambias 1964 dauerten die politischen Konflikte zwischen den beiden mächtigen Freiheitsparteien *African National Congress* (ANC) und *United National Independence Party* (UNIP) an.¹³ Der Konflikt war Grund für viele Menschen aus *Old Kanyama* in das neue Kanyama (*New Kanyama*) umzusiedeln, welches näher am Stadtzentrum gelegen war und aus diesem Grund auch mehr Sicherheit durch Polizeikräfte versprach. In den 1970er Jahren wurden in *New Kanyama* Straßen, Wohnhäuser, soziale Einrichtungen und Brunnen seitens der Regierung errichtet. Der zum größten Teil illegal entstandene Teil Kanyamas (*Old Kanyama*) hingegen verfügt bis heute nur rudimentär über Infrastruktur. In den letzten Jahrzehnten sind immer mehr Menschen nach Kanyama migriert, und zur gleichen Zeit ist die Infrastruktur zunehmend verfallen. Lebten in den frühen 1990er Jahren nur etwa 65.000 Menschen in *Old* und *New Kanyama* (Baylies, Chabala & Mkandawire 2000), so hat sich die Einwohnerzahl bis heute mehr als verdoppelt. Sie wird heute auf rund 130.000 geschätzt.¹⁴



Abb. 6 Compound Kanyama ‚Mülldeponie‘
Foto: Annabelle Springer 2007



Abb. 7 Compound Kanyama Straßenszene
Foto: Annabelle Springer 2007

¹³ Im Jahre 1958 trennte sich eine Gruppe junger Radikaler vom ANC und gründete die *United National Independence Party*. Kenneth Kaunda wurde ihr Vorsitzender. Überwiegend gewaltfrei startete Kaunda eine Unabhängigkeitskampagne, die 1963/64 zum Erfolg führte. Nach der Unabhängigkeit wurde Kaunda zum ersten Präsidenten Sambias. Bei den Neuwahlen 1969 gewann erneut die UNIP, und der ANC wurde offiziell nicht als Oppositionspartei anerkannt. Die Lage eskalierte, und es kam zu gewaltsamen Zusammenstößen zwischen den Anhängern der jeweiligen Parteien. 1972 proklamierte Kaunda den Einparteiensstaat, und die UNIP blieb die einzige legale Partei Sambias. Aus der ehemaligen demokratischen Republik Sambia wurde die Diktatur Kaundas (Gahrmann undatiert).

¹⁴ Aufgrund der starken Migrationsbewegungen und nicht vorhandenen Einwohnermeldepflicht schwanken die Angaben über eine genaue Einwohnerzahl in Kanyama. Während verschiedene Nachrichtenagenturen von rund 200.000 Einwohnern sprechen, konkretisiert Chibalamuna Lesson vom Ward Development Committee (WDC) in einem Interview (März 2009) die Anzahl der Haushalte in Kanyama auf 23.185 Haushalte mit 116.885+ Einwohnern. Seine Angaben basieren auf einer Erhebung aus dem Jahre 2006/2007 im Rahmen des *National Population and Health Surveys*.

Das heutige Kanyama hat hauptsächlich mit infrastrukturellen und sozio-ökonomischen Problemen zu kämpfen: Armut, Krankheit, Alkoholmissbrauch, Gewalt, Diebstahl und Prostitution prägen das Bild dieses Vorortes. Aus diesem Grund ist es ein Hauptanliegen der kommunalen Verwaltung, bessere Wohnverhältnisse zu schaffen, ausreichend Abwasser- und Sanitäreinrichtungen zu bauen, eine adäquate Gesundheitsversorgung und die Sicherheit der Anwohner zu gewährleisten. Das offensichtliche Hauptproblem liegt in den jährlichen Überschwemmungen der Region während der Regenzeit. Die dichte Bebauung, insbesondere in *Old Kanyama*, erschwert den Bau von notwendigen Abwasserkanälen und Abflussrinnen. Häufig auch sind vorhandene Kanäle durch Abfälle verstopft. Diese Situation führt zumeist zu einer Verschmutzung der vorhandenen Trinkwasserquellen und damit einhergehend zu Choleraausbrüchen. Im Frühjahr 2008 war die Situation besonders prekär, da ganz Kanyama überschwemmt wurde und das Wasser zusammen mit sämtlichen Abfällen wochenlang in den Häusern und Wegen von Kanyama stand – mit der Konsequenz, dass in der ebenfalls überschwemmten Gesundheitseinrichtung Kanyamas eine eigene Cholerastation eröffnet werden musste. Das Versäumnis der Stadtentwicklung für ausreichende Kanalabflusssysteme zu sorgen, wurde vom *Public Relation Manager* des Councils, Mr. Mulunda Habeenzu, folgendermaßen gerechtfertigt:

Every place that the council had planned for they provided all the services like drainages, water and sanitation, roads and power supply. Kanyama is an illegal settlement and was not planned for. [...] A wrong step will prepare a way for another. The way houses are built in Kanyama, one house after another, leaves no room to build any drainage system in the area. (Phiri, Paxina 2008: 18)

Das Leben in Kanyama verläuft zumeist unabhängig vom städtischen Zentrum Lusakas und bewegt sich nur innerhalb des *Compounds*. Eine Grundversorgung mit Lebensmittel, Wasser und Holzkohle gestaltet sich zwar schwierig, aber verläuft nach eigendynamischen Regeln. Viele Menschen, die in Kanyama leben, verdienen ihr Geld im Kleinhandel, auf dem Markt, im Verkehrsbereich (Minibusse), als Hilfskräfte auf dem Bau (Zerstossen von Steinen für die Zementproduktion) und als Servicekräfte in den wenigen vorhandenen Institutionen. Es herrscht allerdings auch eine hohe Arbeitslosigkeit. Es gibt drei staatliche Basisschulen (Klasse 1-9), ein Gesundheitszentrum, zwei Wasseraufbereitungssysteme, neun Märkte, drei Sportplätze, mehrere Kirchen und zwei Moscheen. Der Zustand der Gebäude, Straßen und Märkte ist sehr schlecht. Eine der öffentlichen Schulen liegt direkt am Hauptmarktplatz und hat ungefähr 750 Schüler, die im Schichtsystem (vormittags/nachmittags) unterrichtet werden. Das barackenähnliche Gebäude ist stark verfallen, die Klassenzimmer sind dunkel und bieten nicht ausreichend Sitzplätze für alle Schüler, und die Sanitäreinrichtungen der Schule sind weder ausreichend noch mit genügend Wasser versorgt (Banda, Thresa 2008: 3).



Abb. 8 Satellitenaufnahme Kanyama Health Centre
Quelle: Google Earth 2008



Abb. 9 Kanyama Health Centre Innenhof
Foto: Annabelle Springer 2008

Das Kanyama Health Centre liegt im ursprünglich geplanten Bereich von Kanyama und wurde 1977/1978 von dem lokal ansässigen Geschäftsmann Kanjombe finanziert und der Gemeinde gestiftet. Es gehört zu den größten Erstversorgungszentren im Distrikt von Lusaka, deren Hauptaufgabe in der Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung des HI-Virus (PMTCT), in der Betreuung von HIV-Patienten und bei Bedarf in der Versorgung mit der Anti-Retroviralen-Therapie (ART) besteht. Insgesamt arbeiten über 64 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rotationsystem im Gesundheitszentrum. Dazu zählen 11 Ärztinnen und Ärzte, 6 Krankenschwestern, 13 angelernte Hebammen, 11 Krankenpflegehelferinnen, 5 Apothekerinnen und Apotheker, 3 Zahntechniker, 3 Labortechniker und weitere Kräfte im Technik- und Verwaltungsbereich. Eine Vielzahl von Organisationen unterstützt die Arbeit der Krankenstation. Insbesondere das *Center of Infectious Disease and Research in Zambia (CIDRZ)*¹⁵ engagiert sich in der logistischen Versorgung und fachlichen Betreuung der Patienten. Das HIV/AIDS-Programm und die dazugehörige Ausgabe von ART werden hier durch PEPFAR (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*)¹⁶ finanziert und von USAID implementiert. Die Kampagne unterstützt Sambias *National HIV/AIDS Strategic Framework*¹⁷ für die Versorgung von HIV-Infizierten mit Medikamenten und Therapie. Täglich kommen mehr als 600 Patienten in die Klinik, von denen fast die Hälfte den kostenlosen Zugang zu ART in Anspruch nimmt. Insgesamt werden derzeit im Kanyama Health Centre über 8.000 Menschen (hauptsächlich Frauen) kostenlos mit ART versorgt.

¹⁵ CIDRZ unterstützt 309 Gesundheitseinrichtungen in vier Provinzen Sambias. In Kanyama ist die Organisation der Hauptunterstützer bei der Implementierung von HIV-Programmen. Weitere Informationen über CIDRZ unter www.cidrz.org.

¹⁶ Siehe www.pepfar.org

¹⁷ Siehe www.safaids.net/?q=node/421



Abb. 10 Kanyama Health Centre Ambulanz
Foto: Annabelle Springer 2008



Abb. 11 Renovierungsarbeiten Health Centre
Foto: Annabelle Springer 2008

1.4.3 INFORMANTINNEN

Das Sample, auf welches sich diese Studie stützt, wurde im Kanyama Health Centre erhoben. Da ich aufgrund der Sensibilität des Themas nur weibliche Patientinnen (insgesamt 53) interviewt habe, stützt sich die Datenanalyse nur auf diesen Datensatz. Diese Maßnahme war notwendig, da Gespräche über Sexualität nur von Frau zu Frau möglich waren. Die von meinem Assistenten Emmanuel Lubumbashi erhobenen Daten zu männlichen Patienten (insgesamt 25) werden in den späteren Kapiteln nur als Referenz hinzugezogen. Für die Studie war es wichtig, bestimmte Parameter wie Alter, Familienstand und Schulbildung sowie ethnische und religiöse Zugehörigkeit aufzuzeigen, da diese sozialen und kulturellen Kontexte für die Interpretation und Wahrnehmung der HIV-Botschaften eine bedeutende Rolle spielen. Der Großteil der Patientinnen war zwischen 27 und 34 Jahren alt, verheiratet, hatte im Durchschnitt zwei Kinder und gehörte zumeist den ethnischen Gruppen der Bemba oder Batonga an.

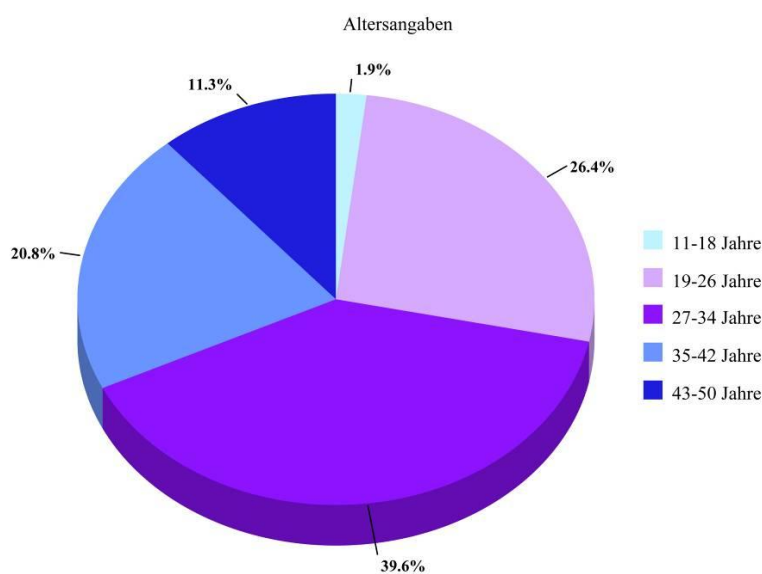


Abb. 12 Grafik Altersangaben der Informantinnen, n= 53
Quelle: Annabelle Springer 2009

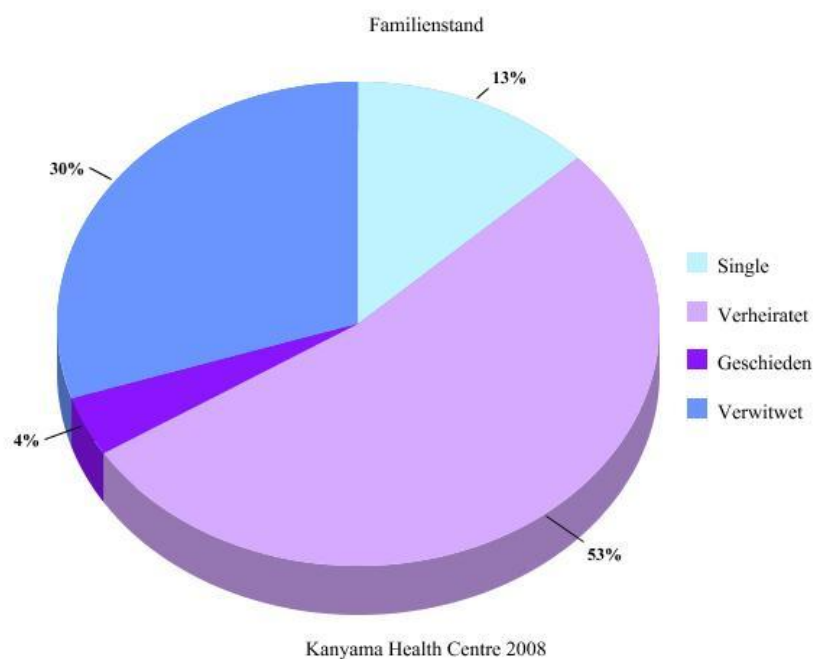


Abb. 13 Grafik Familienstand der Informantinnen, n= 53
Quelle: Annabelle Springer 2009

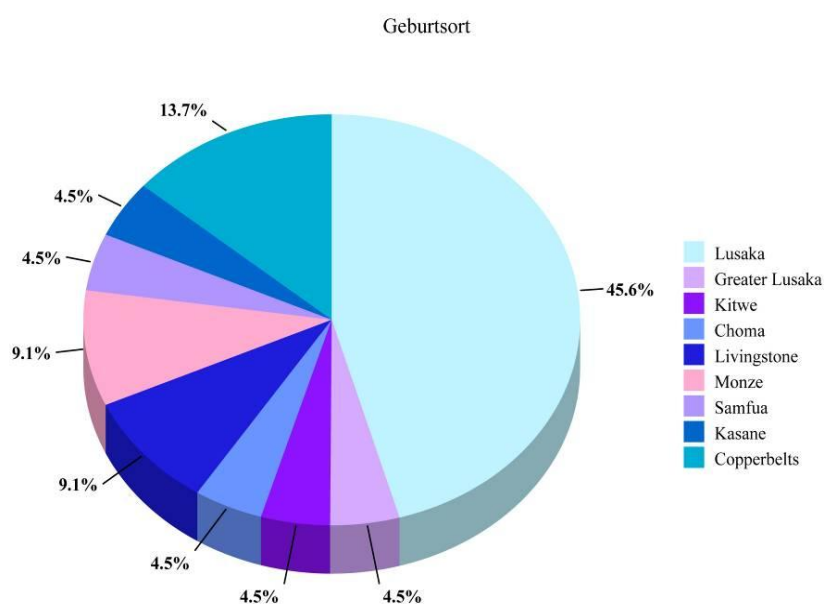


Abb. 14 Grafik Geburtsort der Informantinnen, n= 53
Quelle: Annabelle Springer 2009

Fast die Hälfte aller Informantinnen wurde in Lusaka geboren. Die Mehrheit der nachträglich migrierten Patientinnen kam aus dem Copperbelt oder der Südlichen Provinz (Schwerpunkt Region um Monze und Livingstone). Grund für die Migration war zumeist die eigene Eheschließung. Die ethnische und religiöse Vielfalt Sambias schlägt sich auch in diesem Sample nieder. Es gibt mehr als 70 Ethnien in Sambia, die friedlich zusammenleben und auch gruppenübergreifend heiraten. Die Gruppe der Bemba stellt auch bei dieser Studie – ähnlich wie in Gesamt-sambia – die größte Gruppe dar. Ihr folgt mit 26,5 Prozent die Gruppe der Batonga aus der Südprovinz (Grenze zu Simbabwe), mit 7,5 Prozent die Lozi aus der Westprovinz (Grenze zu Namibia und Angola) und mit jeweils 5,7 Prozent die Gruppe der Senga aus der Ostprovinz

(Grenze zu Malawi) und die Gruppe der Ila aus der Zentralprovinz. Die hohe Anzahl von Angehörigen der Gruppe der Batonga erklärt sich durch die geografische Lage Kanyamas. Südwestlich von Lusaka schließt die *Southern Province* an, dem Siedlungszentrum der Batonga.

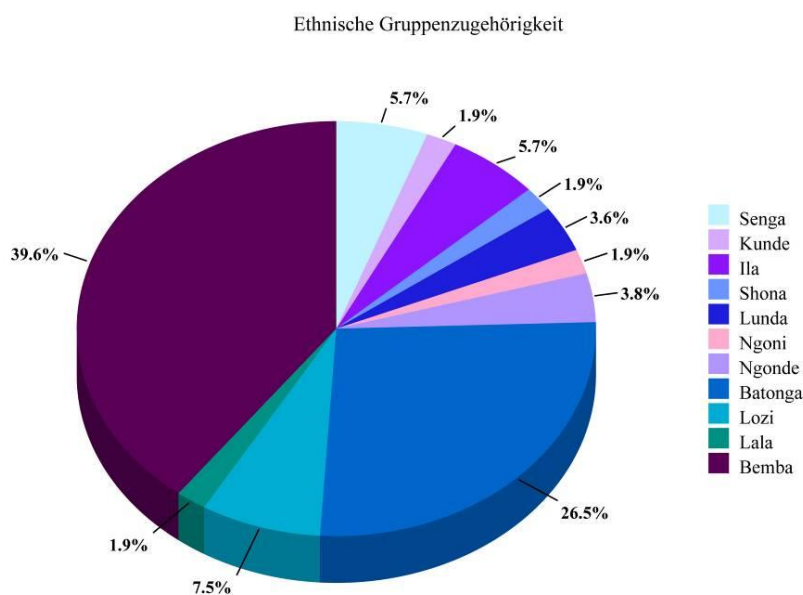


Abb. 15 Grafik Ethnische Zugehörigkeit der Informantinnen, n= 53
Quelle: Annabelle Springer 2009

Die meisten Menschen in Sambia sind Christen. Neben den großen Kircheninstitutionen wie der Römisch-Katholischen Kirche, der Protestantischen Kirche und der *United Church of Zambia* (UCZ) gibt es eine Vielzahl von kleineren Gemeinden und Sekten (u.a. *Bread of Life*, *Grace Church Salvation Army*, *Seventh-Day Adventists* und *African Methodists*). Alle Informantinnen gehören einer christlichen Gemeinde an. Vereinfachend könnte man sagen: ein Drittel gehört zur *United Church of Zambia*, ein Drittel zur *Salvation Army* und ein Drittel besteht aus einer Mischung von diversen Gemeinden. Bis auf wenige Ausnahmen gehören sie zu diesen Glaubensgemeinschaften seit ihrer Kindheit.

Bildung spielt in Sambia eine wichtige Rolle. Seitens der Regierung ist man stolz auf die geringe Analphabetenquote, hat aber mit einer steigenden Anzahl von Schulabbrechern zu kämpfen. Die Einschulung in Sambia erfolgt in der Regel mit dem sechsten Lebensjahr. Die Primärschule (Klasse 1-7) ist kostenlos, allerdings müssen Schulbücher und die Schuluniform gekauft werden. Bei meiner Feldforschung habe ich an den Primärschulen von Kanyama kaum Schulkinder gesehen, die Schuluniformen trugen oder die mit Büchern, Heften oder Schreibutensilien ausgestattet waren. Die Sekundarschule umfasst das 8.-12. Schuljahr (unterteilt sich noch einmal in die *Junior Secondary* (8. und 9. Klasse) und die *Upper Secondary* (10. bis 12. Klasse)), ist gebührenpflichtig und nur in den Zentren der Großstädte vorhanden. Der Schulbesuch der Kinder stellt für viele Familien eine enorme Belastung dar, da diese als Arbeitskräfte in der Landwirtschaft, auf dem Markt, im Haushalt oder für andere „gewinnbringende“ Tätigkeiten

ausfallen. Die Interviews bestätigen diese Beobachtung. Nur knapp die Hälfte der Informantinnen hatte die Sekundarschule besucht und aus der Gruppe der Primärschulgänger hatten rund 28 Prozent nur die vierte bzw. fünfte Klasse beendet. Als Lingua Franca dienen hauptsächlich Bemba oder Njanya. Insbesondere diejenigen, die nur ein paar Schulklassen besucht haben, sind der Nationalsprache Englisch nur rudimentär bis überhaupt nicht mächtig. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass zwar der Schulunterricht von der ersten Klasse an in englischer Sprache erfolgt, viele Kinder jedoch ohne Englischkenntnisse in die Schule kommen. Entsprechend ist das Unterrichtsniveau oft sehr niedrig. Die Patientinnen, welche die Sekundarschule besucht haben, sprechen ein gutes bis sehr gutes Englisch.

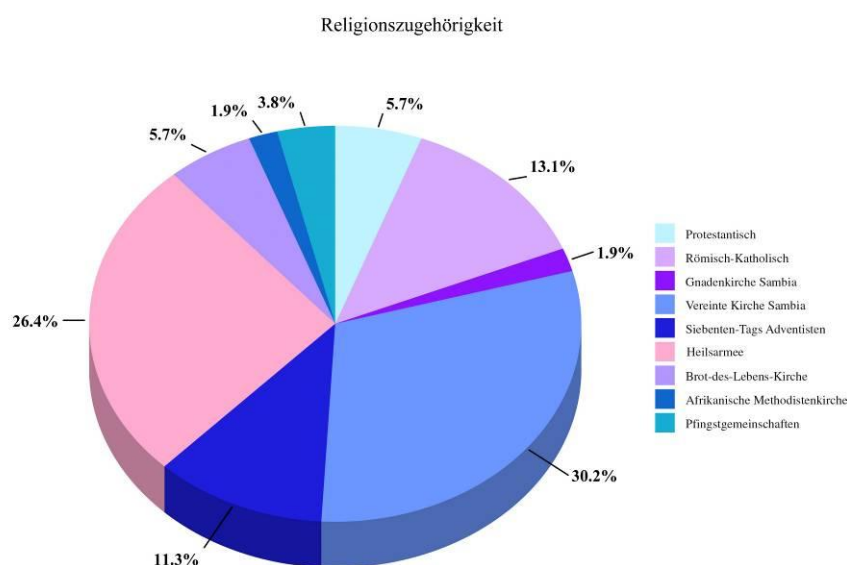


Abb. 16 Grafik Religionszugehörigkeit der Informantinnen, n= 53
Quelle: Annabelle Springer 2009

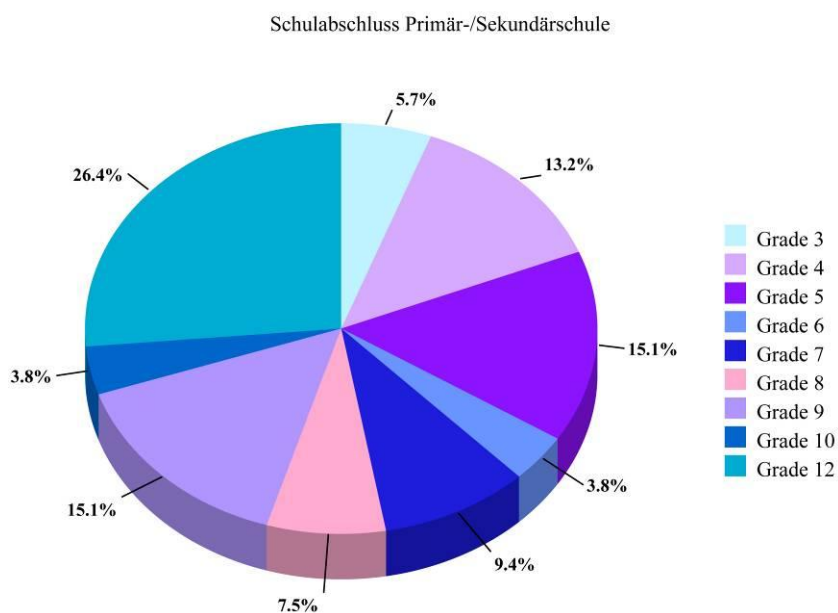


Abb. 17 Grafik Schulabschluss der Informantinnen, n= 53
Quelle: Annabelle Springer 2009

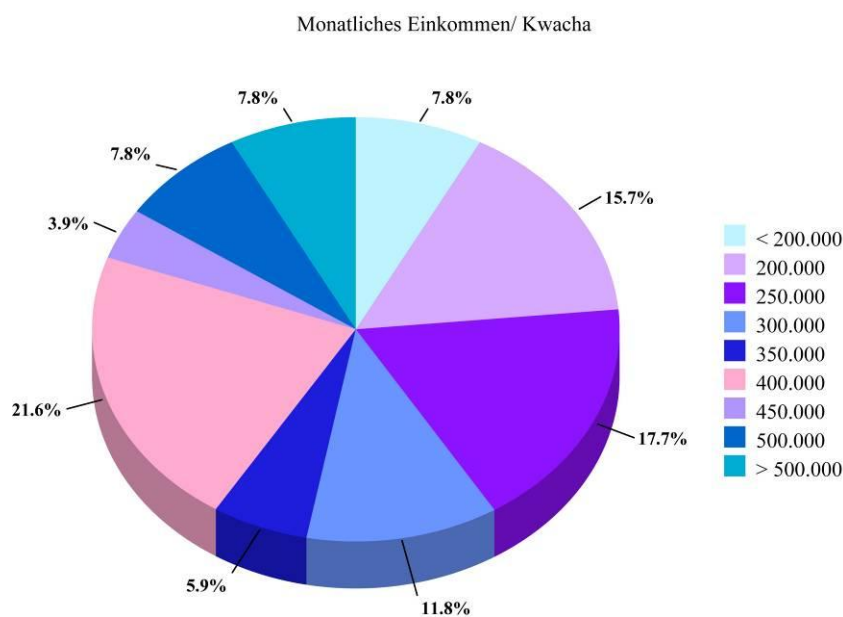


Abb. 18 Grafik Einkommen der Informantinnen in Kwacha, n= 53
Quelle: Annabelle Springer 2009

Im Durchschnitt verdienen die Frauen ein monatliches Gehalt von 385.000 Kwacha. Nur einige wenige Ausnahmen verdienen weniger als 150.000 bzw. mehr als 500.000 Kwacha. Eine der von der Weltbank festgelegten Armutsgrenzen liegt bei einem US-Dollar pro Tag und kennzeichnet extreme Armut. Ein US-Dollar entspricht derzeit 5.630,00 sambische Kwacha, d.h. ein monatlichen Einkommen von 400.000 Kwacha entspricht ungefähr 71,00 US\$. Es gilt aber zu bedenken, dass es sich bei der Vorlage der Weltbank um ein Pro-Kopf-Einkommen handelt. Der Großteil der Befragten ist nach dieser Berechnung nicht arm, aber es wird dabei nicht berücksichtigt, dass zumeist zwei bis drei Kinder mitfinanziert werden. Neben der Tatsache, dass viele Frauen verwitwet sind und alleine für die Versorgung der Familie verantwortlich sind, ist in der sambischen Gesellschaft grundsätzlich die Frau für die Erziehung der Kinder zuständig, d.h. sie muss auch die Schulgelder, Uniform und Mahlzeiten bezahlen. Die Gelder für diese Leistungen aufzubringen, ist für viele unmöglich. Nur wenige leben in eigenen Häusern, und daher muss von dem Einkommen zuallererst die Miete bezahlt werden. Die Nebenkosten für Kohle, Kerzen und Wasser kommen noch hinzu. Und die Kosten für Lebensmittel variieren monatlich zwischen 180.000 bis 500.000 Kwacha. Für viele Familien bedeutet dies, dass es keine regelmäßigen Mahlzeiten gibt und auch nur maximal zwei Mahlzeiten täglich finanzierbar sind. Bei einem monatlichen Einkommen von 385.000 Kwacha für einen Haushalt liegen die Informantinnen aus diesem Grund sogar weit unterhalb der Armutsgrenze. Einer Untersuchung des Stockholmer International Institute of Democracy and Electoral Assistance (IDEA) aus dem Jahre 2004 zufolge leben in Lusaka 70 Prozent der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze (Helgesen 2006).

1.5 AUFBAU DER ARBEIT

Die Arbeit unterteilt sich in fünf Kapitel, in denen das Thema HIV/AIDS in seiner medialen Umsetzung und Rezeption in Sambia dargestellt und anhand eines bestimmten Sample in Lusaka näher analysiert wird. Nach der vorangegangenen Einführung in die Thematik, gibt das zweite Kapitel einen Überblick über den Forschungsgegenstand: die HIV/AIDS-Situation in Sambia, eine Darstellung der Medialisierung von HIV/AIDS in Sambia sowie eine Inhaltsanalyse der sambischen Printmedien. Hier wird deutlich, von welchen Akteuren welche Medien an welchen Orten eingesetzt werden, um ein bestimmtes Zielpublikum zu erreichen. Darüber hinaus gibt es einen Einblick in das sambische Gesundheitssystem, den Umgang mit HIV/AIDS und die vorhandenen Therapien, im speziellen die antiretrovirale Therapie, welche den Patientinnen und Patienten von Seiten der größeren medizinischen Einrichtungen zugänglich sind. Eine Inhaltsanalyse der zwei großen Tageszeitungen *The Post* und *Zambia Daily Mail* dient dem besseren Verständnis der HIV/AIDS Präsentationen in der sambischen Medienlandschaft. Dabei wird besonders viel Wert auf die thematische Einbettung gelegt und diese mit früheren Analysen verglichen.

Im dritten Kapitel stehen sprach- und kommunikationswissenschaftliche Aspekte im Vordergrund. Bei der Betrachtung von Medien zu HIV/AIDS und ihrer Umsetzung im öffentlichen Raum zeigen sich häufig Problemfelder in Hinsicht auf eine geeignete, „lesbare“ Visualisierung in der AIDS-Präventionswerbung und einer sprachlich verständlichen Verwendung von Botschaften.

Auf der Grundlage der Deskription der Medienlandschaft und der in ihr agierenden Akteure widmet sich Kapitel 4 der Rezeption von Medien zum Thema HIV/AIDS. Die Daten wurden im Kanyama Health Centre erhoben. Das Hauptaugenmerk dieses Kapitels liegt auf der Wahrnehmung der vorhandenen bzw. ausgewählten Medien seitens der lokalen Bevölkerung. In drei Abschnitte unterteilt werden bestimmte HIV/AIDS-Schwerpunktthemen in gesundheitlichen Aufklärungskampagnen näher beleuchtet und explizit darauf geachtet wie diese in Lusaka, aber insbesondere in Kanyama thematisch umgesetzt und von den Menschen wahrgenommen werden. Anstatt die Abschnitte nach verschiedenen Medienformen zu gliedern, habe ich eine thematische Gliederung vorgezogen: beginnend mit sozialen und medizinischen Versorgungsmöglichkeiten über Sexualität und Glauben bis hin zur medialen Umsetzung von Gender-Themen.

Am Schluss der Arbeit stehen Antworten auf die im Einführungsteil formulierten Fragen sowie eine Skizzierung weiterführender und für die Zukunft relevanten Fragestellungen zu den Themen Medieninhalte und Mediennutzung bei Informations- und Präventionskampagnen.

2 – MEDIALISIERUNG VON HIV/AIDS IN SAMBIA: DER FORSCHUNGSGEGENSTAND

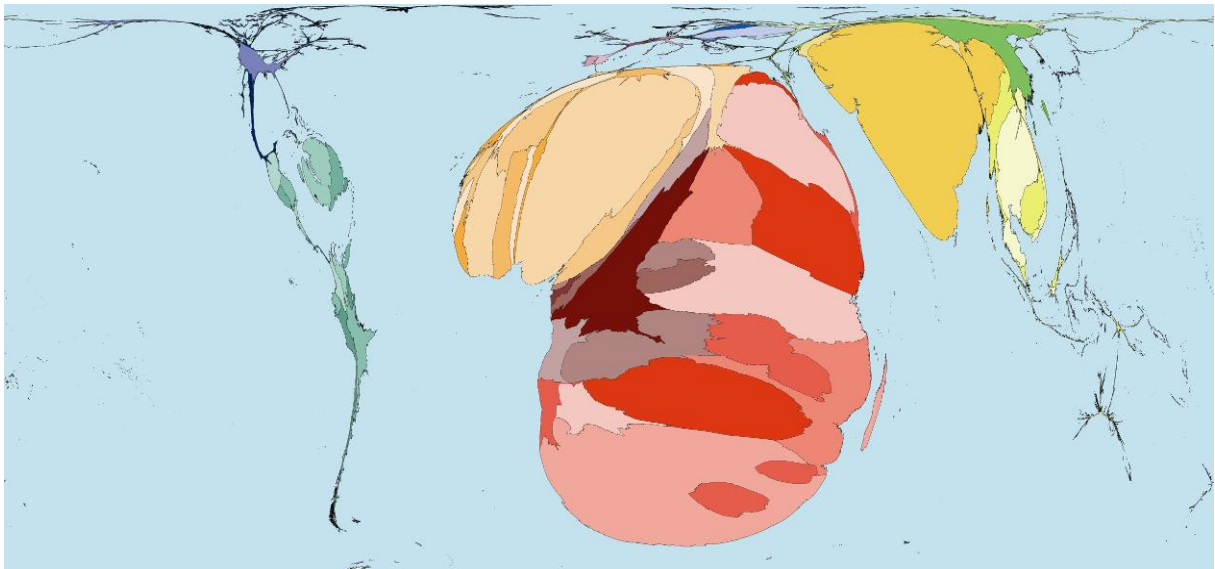


Abb. 19 Weltkarte AIDS-Todesfälle für 2002

Quelle: SASI Group (University of Sheffield) und Mark Newman (University of Michigan) 2006

Die Menschen im südlichen Afrika sind weltweit am meisten von der AIDS-Epidemie betroffen. In dieser Region leben mehr als zwei Drittel (68 Prozent) aller HIV-Infizierten. Im Jahr 2007 steckten sich geschätzte 1,7 Millionen Menschen neu mit dem Virus an (UNAIDS Epidemic Update 2007a). Sambia gehört zu den am stärksten von der Epidemie betroffenen Ländern weltweit. Jährlich sterben schätzungsweise 100.000 Menschen an AIDS und man geht davon aus, dass etwa eine Million Menschen mit dem Virus infiziert ist (UNICEF 2005, NAC 2004). Abgesehen von den zahlreichen Todesfällen sind die Auswirkungen der Epidemie für die Überlebenden drastisch: Familien verlieren ihre Existenzgrundlage, die Pflege der Erkrankten ist risikoreich und kaum finanzierbar, viele Kinder, die beide Elternteile verloren haben (Aidswaisen), werden von Verwandten versorgt, die selbst kaum genug zum Überleben haben. Von den 1980er Jahren bis heute ist eine gesamte Generation Opfer des Virus geworden: Sie hinterlässt eine junge Generation von noch nicht ausgebildeten Kindern und Jugendlichen, die nicht für sich selber sorgen können, sowie eine alte Generation, welche die Enkelkinder (welche häufig auch selbst infiziert sind) großziehen muss. Wirtschaftlicher Niedergang und eine hohe Arbeitslosigkeit gehen mit der Epidemie einher: Von individueller bis kollektiver und lokaler bis nationaler Ebene sind alle ausnahmslos von der Epidemie betroffen oder beeinflusst (Dilger 2005b, Wolf 2005).

2.1 HIV/AIDS-SITUATION IN SAMBIA

1984 wurde der erste AIDS-Fall in Sambia bekannt. In den folgenden Jahren stieg die Anzahl der Menschen, die mit dem HI-Virus infiziert sind, rasant an, und das Virus hat sich in ganz Sambia ausgebreitet. Erst in den letzten Jahren scheint sich, statistisch gesehen¹⁸, die Inzidenz ein wenig zu stabilisieren. Sambia ist ein stark urbanisiertes Land – rund 38 Prozent der Bevölkerung lebt in Städten wie der Hauptstadt Lusaka, den Industriestädten Ndola und Kitwe im Kupfergürtel, Kasama im nordöstlichen Teil Sambias und Mongu im Westen. Gerade in den Städten und hier insbesondere in den so genannten *Compounds* ist die HIV-Prävalenz besonders hoch. In der Hauptstadt liegt die Prävalenz bei circa 23,1 Prozent, d.h. fast jeder Vierte ist infiziert. Bei schwangeren Frauen in den Städten ist sie sogar doppelt so hoch wie auf dem Lande (23 Prozent versus 11 Prozent) (*UNAIDS Epidemic Update* 2008).

Adult (aged 15–49 years) HIV prevalence in Zambia provinces, Population-based survey, 2002

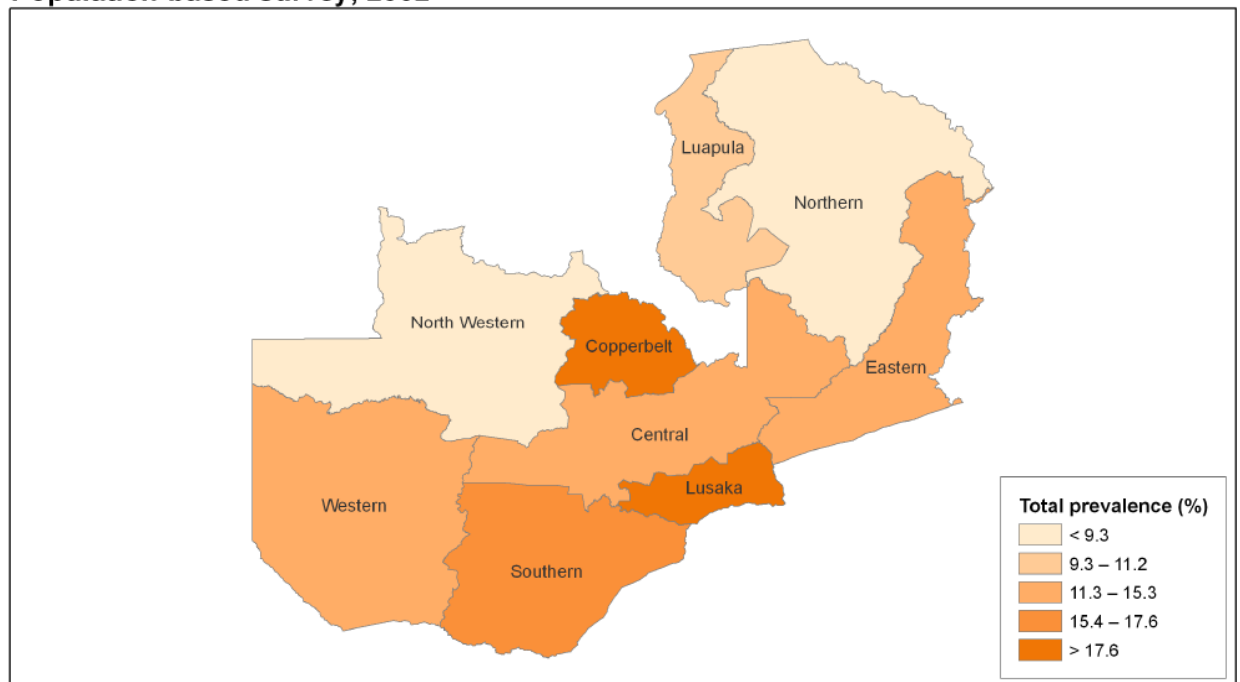


Abb. 20 Karte HIV-Prävalenz bei Erwachsenen (15-49 Jahre) in den sambischen Provinzen
Quelle: UNAIDS/ WHO 2003

Das Virus hat sich durch alle Teile der Gesellschaft verbreitet, wobei insbesondere die ärmere Bevölkerung und Frauen und Mädchen davon betroffen sind. In den städtischen Regionen sind zwei von fünf Frauen zwischen 25 und 39 Jahren infiziert (*USAID ZAMBIA* 2007). Fast 80

¹⁸ Der Bevölkerungszensus ist einer der Hauptdatenquellen in Sambia. Er wird alle zehn Jahre durchgeführt. Das letzte Mal geschah dies im Jahre 2000 (Central Statistic Office). Daten zur HIV/AIDS-Epidemie können nur anhand von gemeldeten Testergebnissen aus gesundheitlichen Einrichtungen erhalten werden. Um übergreifende Ergebnisse für ein gesamtes Land zu bekommen, werden die so gewonnenen Daten prozentual auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet. Mit diesen Statistiken wird nur der Versuch unternommen, sich realen Daten anzunähern. Sie können aus diesem Grund nur als wahrscheinliche, aber nicht repräsentative Annahmen gewertet werden.

Prozent der HIV-Übertragung geschieht durch heterosexuellen Kontakt, die übrigen 20 Prozent durch eine Mutter-Kind-Übertragung während der Schwangerschaft, Geburt oder während des Stillens (NAC 2006). Insbesondere die Mutter-Kind-Übertragung hat dramatische Ausmaße angenommen. Nur etwa 25 Prozent der HIV-positiven Frauen haben prophylaktisch antiretrovirale Medikamente erhalten, um das Risiko einer Mutter-Kind-Übertragung zu minimieren. Anfang 2007 waren 60 Prozent der Kinder unter sechs Monaten, die im Universitätsklinikum in Lusaka geboren oder untersucht wurden, HIV-positiv (NAC 2007a). Diese Entwicklung erklärt sich aus der Tatsache, dass viele schwangere Frauen nicht über ihren Status Bescheid wissen, wenn sie zur Geburt ihrer Kinder in die Krankenhäuser kommen. Die Frauen werden offensichtlich nicht über die Vorsorgeuntersuchung erreicht und erhalten aus diesem Grund keine schützenden Präventionsmaßnahmen (*Prevention of Mother to Child Transmission*), welche die Übertragung des Virus bei der Geburt verhindern sollen. Nach Schätzungen des *National AIDS Council* wird nur etwa 1 Prozent der HIV-Übertragungen durch verunreinigtes Blut, Blutprodukte generell, Missbrauch von Spritzen, Nadeln und chirurgische Instrumente sowie homosexuellen Verkehr verursacht (NAC 2006: 10-16).

Erst mit der Einführung von ART (*Anti-Retroviral-Therapy*) im Jahre 2002/2003 begannen die Todesfälle rückläufig zu werden (*UNAIDS Epidemics Update 2008*).

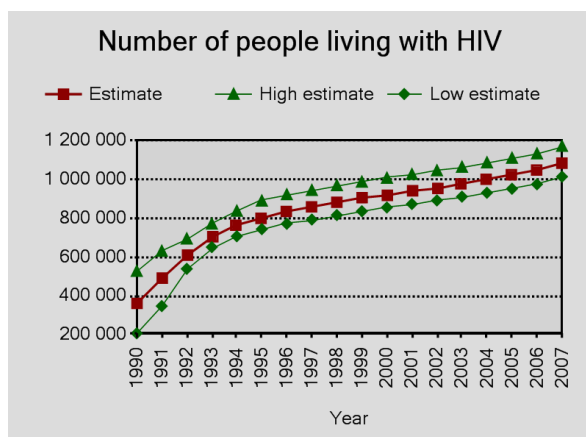


Abb. 21 Grafik HIV-Positive in Sambia
Quelle: UNAIDS/WHO 2008

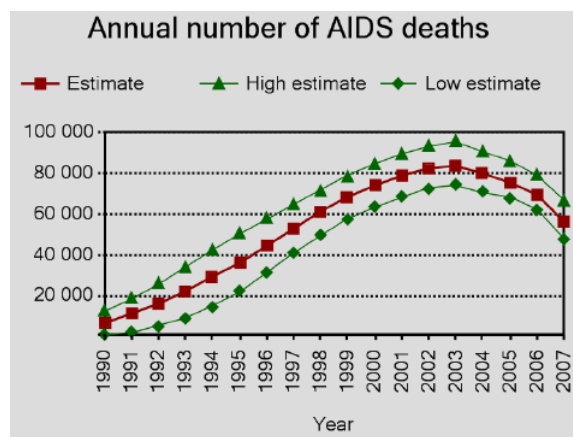


Abb. 22 Grafik AIDS-Todesfälle in Sambia
Quelle: UNAIDS/WHO 2008

2.1.1 HIV/AIDS IM SAMBISCHEN GESUNDHEITSWESEN

Mit der Unabhängigkeit Sambias in den 1960ern wurde medizinische Versorgung allen Bürgern zugänglich gemacht. Die wirtschaftlich schwierige Situation in den 1970ern und 1980ern führte zu einem Verfall der medizinischen Versorgungsstrukturen: Medizinisches Personal, Geräte, Zubehör und Medikamente wurden knapp. Diese Situation hielt bis in die 1990er an. Im Jahre 1992 trat eine *National Health Policy* in Kraft, welche die neuen Strukturen des Gesundheitsministeriums definierte und eine Gesundheitsreform initiierte. Im Laufe der 1990er Jahre verabschiedete man sich von einer zentralen Organisation im Gesundheitsbereich, und Reformen zur Dezentralisierung des Systems wurden ins Leben gerufen. Unter dem *National Health Strategic*

Plan 2001-2005 wurde das so genannte *Basic Health Care Package* (BHCP) verabschiedet, ein Paket, welches kostenlosen Zugang zum *Health Care Service* ermöglicht. Die Kosten für ART waren in diesem Servicepaket nicht integriert (Cheelo, Sundewall, Mphuka & Masiye 2006).

Verschiedene Gesundheitseinrichtungen sind für die Versorgung und Betreuung der Menschen konzipiert worden. Abhängig von der Verortung in ländlichen oder urbanen Gebieten sorgen die Einrichtungen für eine bestimmte Anzahl von Menschen in einem festgelegten Radius. Im urbanen Raum hat ein sogenanntes Health Centre die Aufgabe, rund 30.000 - 50.000 Menschen zu versorgen. Im ländlichen Raum sollen entweder alle Menschen in einem Radius von 29 km oder eine Bevölkerung von 10.000 Menschen erreicht werden können (Ministry of Health 2005: 4f). Diese Vorgaben stellen aber nur den Idealfall dar und sind in ihrer realen Umsetzung zumeist gescheitert. Allein in dem Vorort Kanyama leben über 100.000 Menschen, die das Kanyama Health Centre bei Bedarf aufsuchen. Darüber hinaus greifen auch die angrenzenden Stadtgebiete aus Mangel an eigenen Einrichtungen auf das Zentrum zurück. Sehr häufig findet man in Gebieten mit illegalen Siedlungsmustern neben dem staatlichen Gesundheitssystem auch einen so genannten informellen Gesundheitssektor. Der erste Weg vieler Menschen führt bei gesundheitlichen Beschwerden nicht in die Krankenstationen sondern zu traditionellen Heilern. Seit Jahrhunderten vertrauen die Menschen auf deren Wissen über traditionelle Medizin und Behandlungsmöglichkeiten. Bei näherer Betrachtung sprechen auch viele Faktoren dafür, für eine Erstbehandlung und -diagnose zu einem Heiler zu gehen: hoher Erfahrungswert der Heiler bei bestimmten chronischen Krankheiten, schnelle Erreichbarkeit (zumeist wohnen die Heiler in der Nähe), preisgünstige Behandlung (im Vergleich zu einem Krankenhausaufenthalt) und vorhandene Vertrauensbasis (Heiler sind den Patienten zumeist seit der Kindheit bekannt). Mit der AIDS-Epidemie stießen die Heiler aber an ihre Grenzen und vermitteln mittlerweile Patienten weiter an die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Die derzeitige Hauptaufgabe der Heiler bei der Betreuung von HIV-Patienten besteht darin, komplementär und nicht alternativ zu ART zu agieren, d.h. Nebenwirkungen von ART wie zum Beispiel Magen-Darm-Probleme oder die schmerzhaft Anlagerung von Fetten zu behandeln.

Die sambische Regierung reagierte in Bezug auf die HIV/AIDS-Epidemie anfangs sehr verhalten und abwartend. Erst im Jahr 1986 gründete Sambia das *National AIDS Surveillance Committee* und das *National AIDS Prevention and Control Programme* und erst 1987 setzte Sambia sich im Rahmen eines Notfallplans mit der Sicherheit von Blutkonserven auseinander. Alle Blutprodukte, die in öffentlichen Distrikt-, Provinz- oder Zentral-krankenhäusern verwendet wurden, müssen seitdem auf HIV untersucht werden. Im Dezember 2002 wurde das National HIV/AIDS/STD/TB Council (NAC) gegründet, welches die nationale multisektorale HIV-Arbeit koordinieren, kontrollieren und auswerten soll. NAC bündelt Arbeitselemente von Seiten der Regierung, Hilfsorganisationen, religiösen und traditionellen Autoritäten, Medien, der Jugend und des privaten Sektors (Cheelo, Sundewall, Mphuka & Masiye 2006: 159). Während das Gesundheitsministerium Gesetzesgrundlagen, Programme für die Gesundheitspolitik und Fi-

finanzierungsmöglichkeiten schafft, ist es die Aufgabe des Gesundheitsamts (*Central Board of Health – CBOH*) die Gesundheitspolitik auf Provinz- und Distriktebene zu übertragen und zu implementieren. Auf lokalem Level sind dann die *District Health Boards* (DHB) und die *Hospital Management Boards* (HMB) für die Umsetzung verantwortlich (WHO 2005: 2).

Hauptaugenmerk der aktuellen sambischen Gesundheitspolitik sind nach wie vor Malaria, HIV und AIDS. Durch die Entwicklung von strategischen Konzepten in der „Bekämpfung“ von HIV durch das NAC und einem massiven finanziellen Ressourcenfluss internationaler Geldgeber konnten in den letzten fünf Jahren eine Vielzahl von Projekten umgesetzt werden. Auf diese Weise konnte auch das *Voluntary Counselling and Testing* Programm (VCT) ausgebaut werden. So gab es im Jahr 2004 bereits 176 Testzentren landesweit. Seit 2007 gibt es in allen öffentlichen Gesundheitszentren kostenlose Test- und Therapiemöglichkeiten sowie kostenlosen Zugang zu antiretroviralen Medikamenten (ART). Noch 2005 waren nur 44 Prozent der Einrichtungen mit Testmöglichkeiten (VCT) ausgerüstet und nur 10 Prozent der Einrichtungen konnten überhaupt klinische Pflege und Unterstützung (*Clinical care and support services – CSS*) für HIV/AIDS-Patienten erbringen (siehe *Zambia HIV Service Provision Assessment 2005*). Darüber hinaus wurden Programme wie *Zambia National Response to HIV/AIDS* (ZANARA) und *Community Response to HIV/AIDS* (CRAIDS) eingeführt, um Kampagnen zu initiieren, welche insbesondere HIV-Übertragungen am Arbeitsplatz verringern sollen (*UN General Assembly – Human Rights Council, Working Group on the Universal Periodic Review 2008*).

2.1.2 FINANZIERUNG VON UND ZUGANG ZU ART

Bereits Ende 2002 begann die sambische Regierung mit der Einführung der antiretroviralen Therapie. Aufgrund des hohen Preises konnten sich anfänglich nur wenige ausgewählte Patienten diese Behandlung leisten. Zwei Pilotprojekteinrichtungen in Lusaka und im Kupfergürtel wurden lizenziert, ART zu verwenden. Das Programm wurde weiter ausgebaut und überregional angewandt. Zusätzlich wurde weiteres Personal geschult. Im Jahr 2004 erklärte der 2008 verstorbene Präsident Mwanawasa die HIV/AIDS-Epidemie zu einem nationalen Notfall und versprach bis zum Ende des Jahres 10.000 Menschen mit ART kostenlos zu versorgen. Darüber hinaus war das nächste Ziel im Jahre 2005 100.000 Menschen mit ART versorgen zu können. Im Juni 2004 begann die Ausgabe der kostenlosen Therapie, welche durch eine „Aus-schüttung“ des *Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (254 Millionen US-Dollar über einen Zeitraum von fünf Jahren)¹⁹ ermöglicht wurde. Das Ziel, Ende 2005 ART für 100.000 Menschen zur Verfügung zu stellen, wurde jedoch nicht erreicht. Im September 2005 gaben nur circa 104 öffentliche Gesundheitszentren (8 Prozent aller Zentren) ART an etwa 33.000 Patienten aus (Cheelo, Sundewall, Mphuka & Masiye 2006: 159f). Internationale Geldgeber wie zum

¹⁹ Siehe www.theglobalfund.org/en

Beispiel der *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR) der US-Regierung unterstützten in den folgenden Jahren bis heute die HIV/AIDS-Kampagnen der sambischen Regierung in hohem Maße. Allein PEPFAR unterstützte das Programm 2006 mit 149 Millionen US-Dollar. So erhielten Ende 2007 46 Prozent der 330.000 Menschen in Sambia, welche laut Statistik Therapie benötigten, die Medikamente (USAID, Horizons & Population Council 2008). In den letzten Jahren ist die internationale Unterstützung im HIV/AIDS-Bereich zunehmend gewachsen. Mit Hilfe des Global Fund, diverser Stiftungen und weiterer nationaler und internationaler Geldgeber konnten HIV-Programme überhaupt erst umgesetzt werden. Seit den 1980ern spielen hierbei die *U.S. Agency for International Development* (USAID) und der *United Nations Children Fund* (UNICEF) eine immer größere Rolle (Nanda 2000). Das Engagement der *World Health Organization* (WHO) und UNICEF im speziellen waren in den frühen Phasen der Gesundheitsreform ausschlaggebend. Beide Institutionen agieren auf nationaler Ebene. Der WHO als Koordinationsautorität für internationale Gesundheit obliegt es, die sambische Regierung bei deren Vorgehensweisen zu stärken und die Übertragung des HI-Virus zu reduzieren, indem der Zugang zu ART und die Versorgung der Infizierten gewährleistet wird. UNICEF hat das Mandat von der UN erhalten, sich für die Kinderrechte und die Gewährleistung von Grundansprüchen einzusetzen. Aus diesem Grund konzentriert sich die HIV/AIDS-Arbeit von UNICEF auf PMTCT, Präventionskampagnen für Jugendliche (hauptsächlich in schulischen Einrichtungen) und die Versorgung von HIV-positiven Kindern und Aidsweisen (UNAIDS 2008b). Im Jahr 2002 war Sambia der zweitgrößte Empfänger von finanzieller Hilfe im Kampf gegen HIV/AIDS, TB und Malaria. Der Staat erhielt eine Summe von 92,8 Millionen US-Dollar über eine Periode von fünf Jahren. US-AID hat Sambia zwischen 2000 und 2002 eine Summe von 40,5 Millionen US-Dollar zur Verfügung gestellt. Koordinationsinstanz dieser diversen Akteure ist UNAIDS. Das *Joint UN-Team on AIDS* hat die Aufgabe, UN-Vorgaben auf nationaler Ebene strategisch und gut koordiniert umzusetzen.

[The Joint UN-Team] helps to mobilize financial and technical resources, and regularly generates and disseminates strategic information on the situation and response to the epidemic. The Team's Joint Programme of Support on AIDS outlines a clear division of labour assigning distinct responsibilities for individual support areas to organizations in the Team that are specialized and best equipped in that field. [...] Partnership with the UN can help 'make the money work'. (UNAIDS 2008b)

Die folgende Grafik (Abb. 23) zeigt die finanziellen Ausgaben im HIV/AIDS-Sektor und die Bedeutsamkeit der internationalen Geldgeber sowie die Schwerpunkte in den jeweiligen Kostenstellen und deren Entwicklung. Die größte finanzielle Unterstützung erhielt der Bereich Betreuung und Behandlung, der die kostenlose Versorgung der Patienten mit ART beinhaltet. Der zweitgrößte Kostenpunkt betrifft die Präventionsmaßnahmen, die hauptsächlich von internationalen Geldgebern getragen werden. Ebenso verhält es sich mit dem Managementbereich

(Koordination und Organisation von Projekten) und der Unterstützung von Waisen und anderen „betroffenen“ Kindern (OVC – *Orphans and Vulnerable Children*).

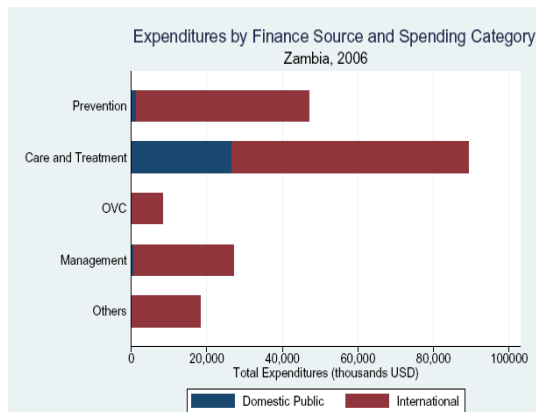


Abb. 23 Grafik Ausgaben nat./internat. Geldgeber
Quelle: WHO 2006

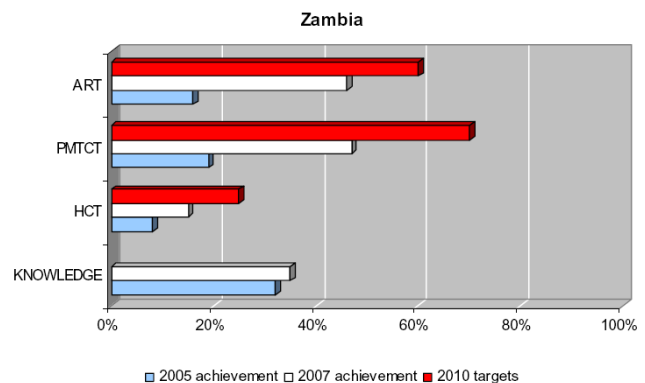


Abb. 24 Grafik Universal Access Campaign
Quelle: UNGASS 2007

Ende 2009 soll laut des von der Regierung aufgelegten Programms ART in allen sambischen Krankenhäusern und Gesundheitszentren für die Mehrheit der Betroffenen zur Verfügung stehen. Die Abbildung 24 von UNGASS (*United Nations General Assembly Special Session*) zeigt deutlich, welche Fortschritte in der Ausgabe von ART, PMTCT (*Prevention of mother-to-child transmission*) und HCT (*HIV Counselling and Testing Services*) von 2005 bis 2007 gemacht wurden und in wie weit man sich den Zielen für 2010 angenähert hat. Bereits 2007 hatten fast 55 Prozent der Männer und Frauen, die antiretrovirale Behandlung benötigten, Zugang zu den Medikamenten. Die Behandlung von Schwangeren mit PMTCT, um die Übertragung des Virus auf das Neugeborene zu verhindern, hat sich im Laufe von zwei Jahren verdoppelt. Auch konnten 2007 über die Hälfte der Ziele für 2010 bei der Einrichtung von Testzentren erreicht werden.

2.1.3 MEDIZINISCHES PERSONAL UND MEDIKAMENTE

Ein Heilmittel gibt es für HIV-Patienten bisher noch nicht. Die Forschung hat aber mit der Entwicklung von ART (virushemmenden Medikamenten) enorme Fortschritte gemacht. Für die medikamentöse Versorgung von HIV-Patienten empfiehlt die WHO die am weitesten verbreitete Therapie: eine Medikamentenkombination bestehend aus Lamivudine, Stavudine und Nevirapine. Kostenpunkt pro Patienten: 160 US-Dollar/ jährlich. Sambia hat in den letzten Jahren eine ähnliche Kombination bestehend aus Zidovine, Stavidine und Nevirapine verwendet. 2007 wurde eine neue Kombination durch die Präparate Tenofovir, Emitricitabine und Nevirapine ersetzt. Stavidine, auch als Lavidine bekannt, hatte eine Vielzahl von Nebenwirkungen und einen hohen Grad an Unverträglichkeit. All diejenigen, bei denen die erste Medikamentenkombination nicht gewirkt hatte oder zu viele Nebenwirkungen auslöste, können nun von der neuen Kombinationstherapie profitieren (WHO 2009a).



Abb. 25 ART Medikamente
Quelle: NZP+/ZBCA/CHAZ/ZNAN 2004

Common ARV drugs which are taken in combination in Zambia:	
Nevirapine (NVP)	Abacavir (ABC)
Efavirenz (EFV)	Saquinavir (SQV)
Stavudine (d4T)	Ritonavir (r)
Lamivudine (3TC)	Indinavir (IDV)
Didanosine (ddl)	Nelfinavir (NFV)

Abb. 26 Liste ART Medikamente
Quelle: NZP+/ZBCA/CHAZ/ZNAN 2004

Schwangere HIV-positive Frauen werden abhängig vom Wohnort unterschiedlich behandelt. In den ländlichen Regionen ist die Versorgung der Bevölkerung mit ART noch nicht flächendeckend gegeben, daher greift man hier bei der PMTCT auf eine Einzeldosis Nevirapine zurück. In den Städten versorgt man im Optimalfall die Schwangeren ab der 36. Woche mit der antiretroviralen Droge Zidovudine (AZT). Nevirapine wird der Mutter auch nach der Entbindung weitergegeben, und auch das Neugeborene wird in den ersten Wochen mit dem Medikament versorgt.

Für Kinder werden ART-Medikamente seit Ende 2007 in Tablettenform ausgegeben. Es handelt sich dabei um Pedimune Baby und Pedimune Junior von der Firma Cipla. Die Tabletten haben eine Mantelverkleidung, die eine vereinfachte Einnahme ermöglicht. Derzeit müssen noch viele Mütter verschiedene Fläschchen mit Medikamenten für ihre Kinder mit sich herumtragen, was wiederum häufig zu einer öffentlichen Ausgrenzung führt. Die neuen Tabletten sind handlich und können praktisch in einer kleinen Tasche verstaut werden. Finanziert wurde dieses Projekt von der *Unit Aid*, einer Kampagne der Bill und Melinda Gates Organisation sowie der Clinton Foundation (National HIV/AIDS/STI/TB Council 2007a).

Die Patienten werden mit Medikamenten abhängig von ihren Helferzellenwerten und der dadurch bedingten Virenlast in bestimmten zeitlichen Abständen versorgt. Die CD4- Helferzellenwerte geben Aufschluss über den Zustand des Immunsystems und ermöglichen eine gezielte Dosierung von ART. Ein normaler CD4-Wert liegt bei >500 CD4-Zellen (Normwert zwischen 450 und 1000). Bei einem Wert unter 200 Zellen wird in der Regel mit ART begonnen. Ohne Therapie entwickeln 80 Prozent der Patienten mit CD4 unter 200 Zellen innerhalb von drei Jahren AIDS (WHO 2009a: 12, WHO 2009b: 2). Die Möglichkeit, diese Werte zu bestimmen, haben nicht alle Einrichtungen in Sambia. Insbesondere in ländlichen Regionen gibt es kaum Testmöglichkeiten. Die Medikamente können nur die Vermehrung von HI-Viren im Körper aufhalten und eine symptomfreie Zeit verlängern. Neben den teilweise gravierenden Nebenwirkungen von ART treten immer häufiger resistente Virusvariationen auf.

Der weitere Ausbau des Zugangs zu ART hat für die sambische Regierung derzeit Priorität. Besonders problematisch erweist sich dabei der nicht ausreichend vorhandene Gesundheitsapparat Sambias: zu viele Patienten, kaum Infrastruktur und zu wenig Mitarbeiter.

Im Operationssaal gibt es für den besten Techniker kaum noch etwas zu tun. Die meisten Geräte stammen aus den 1960er Jahren; von der OP-Bahre ist der Bezug aufgeplatzt, gelber Schaumstoff quillt heraus. Keimfrei ist hier gar nichts, der Sterilisator sieht aus wie ein schmutziges Aquarium. (Krücken in KSTA am 6. Juni 2007)

Im Jahr 2006 gab es für die fast 12 Millionen Einwohner Sambias nur 646 Ärzte. Neben dem gravierenden Personalmangel und unzureichender Infrastruktur kommen mit HIV/AIDS auf die Ärzte und das Pflegepersonal immer mehr Aufgaben und ein höheres zeitliches Arbeitsvolumen hinzu. In manchen Einrichtungen hat sich die Zahl der Patienten um 50 Prozent erhöht (Schatz 2008: 638). Die wachsende Zahl von Patienten und die Finanzierung der Behandlung und Infrastruktur ist bereits ohne ART eine Herausforderung. ART kostet zusätzliches Geld: Bestimmte Behandlungsschemata müssen eingehalten, C4-Helferzellenwerte regelmäßig überprüft und Nebenwirkungen überwacht werden. Dafür sind zusätzliche Arbeitskräfte und Qualifikationen notwendig. Um ART zu ermöglichen, müsste Sambia sein ohnehin nicht ausreichendes Gesundheitspersonal bis zu 20 Prozent aufstocken. Häufig sind auch Laborausstattungen überhaupt nicht vorhanden. Das Defizit an qualifizierten Arbeitskräften im Gesundheitssektor wird durch die Abwanderung von Personal noch unterstützt. In Sambia gehen viele ausgebildete Ärzte nach dem Studium oder während ihres Studiums nach Großbritannien. Nur vereinzelt kehren ausgebildete Ärzte nach Sambia zurück und stoßen bei den vorhandenen mangelhaften Zuständen an ihre persönlichen Grenzen.

Am Ende seiner ersten Schicht, am Tag seiner Rückkehr aus England, saß Doktor Mwamba auf einer Holzbank vor dem Operationssaal und weinte. Mehr als 40 Patienten waren in den vergangenen Stunden gestorben. Weil Medikamente fehlten und viele seiner Ärztekollegen in einen Streik getreten waren, aus Protest gegen fehlende Medikamente und den Verfall der Krankenhäuser von Sambia. (Krücken in KSTA am 6. Juni 2007)

Insbesondere in ländlichen Regionen ist es schwierig, Personal zu finden. Die Arbeitsbedingungen in urbanen Regionen sind besser: zumeist ist die Lebensqualität höher, es gibt Schulen für die Kinder und Freizeitgestaltungsmöglichkeiten (Kornahrens 2005). Die Lücken in der Personaldecke versucht man mit so genannten *Volunteers* zu füllen, welche nach einer Fortbildung in den Gesundheitszentren eingesetzt werden. Für ein geringes monatliches Entgelt übernehmen sie Aufgaben bei der Betreuung von HIV-Patienten wie die Ausgabe der Medikamente, Beratung bei Testergebnissen und Auswertung der Helferzellenwerte. Der Koordinator für ART im Gesundheitsministerium, Albert Mwango, fasst die Situation der gegenseitigen Abhängigkeit folgendermaßen zusammen:

The health system and donors have discovered that these volunteers are a very useful resource to plug the chronic staff shortages we have in our national health system. Just as the volunteers get dependant on their small monthly stipend, so local health staff end up depending on volunteers. But when they burn out or leave because there is another better paid volunteering job somewhere else, the system suffers. (Global Health Reporting 2008)

2.2 MEDIALISIERUNG VON HIV/AIDS IN SAMBIA

Medien spielen bei der Vermittlung von Präventionsprogrammen und Informationen zu HIV/AIDS eine zentrale Rolle. Medien können in kurzer Zeit eine Vielzahl von Menschen erreichen und mit einer informativen, hilfreichen und „richtigen“ Berichterstattung die Effizienz von AIDS-Kampagnen erhöhen und damit einen Beitrag zur weiteren Eindämmung der Epidemie leisten. Mit dieser Aufgabe tragen Medienproduzenten eine große Verantwortung, derer sie sich bewusst sein sollten, da sich anderenfalls ihr Einfluss auf die Bevölkerung negativ auswirken könnte.

Der folgende Teil der Arbeit soll einen Überblick über die sambische Medienlandschaft geben und aufzeigen, wie mit dem Thema HIV/AIDS in den Medien umgegangen wird. Bei der Darstellung der Entwicklung und der Vielfalt der Medien zu HIV/AIDS sollen der Wechsel in der Verwendung bestimmter Medien, die sich ändernden Medieninhalte und die damit einhergehende unterschiedliche Darstellungsweise vorrangig betrachtet werden. Die Komplexität dieses Themas lässt aber nur einige exemplarische Einblicke in die Entwicklung zu und ist nicht als lückenlose Darstellung aufzufassen.

2.2.1 ÜBERBLICK ÜBER DIE SAMBISCHE MEDIENLANDSCHAFT

Die sambische Medienlandschaft zeichnet sich durch Vielfalt aus: Es gibt private und staatliche Fernsehsender (MUVI TV, Zambia National Broadcast Corporation – ZNBC, Cable and Satellite Television – CASAT und die Trinity Broadcasting Corporation), verschiedene Radiostationen wie Radio 4, Radio Phoenix, Radio QFM, Radio 5FM, Radio Yatsani und Radio Christian Voice und eine Auswahl von täglichen und wöchentlichen Zeitungen (Zambia Daily Mail, Times of Zambia, The Post, Sunday Times of Zambia, Sunday Mail). Das Fernsehen als ein hauptsächlich urbanes Medium wird von der staatseigenen ZNBC dominiert. Die Reichweite des Sendesignals ist national, und es werden Nachrichtenprogramme in Englisch und sieben lokalen Sprachen angeboten. Die Hauptsendungen werden aber nach wie vor auf Englisch übertragen. In den letzten Jahren sind einige Privatsender hinzugekommen. Dazu zählt MUVI TV, das in Zusammenarbeit mit niederländischen und südafrikanischen Partnern regional eingeschränkt in und um Lusaka sendet, der Pay TV-Sender CASAT mit Abonnenten in ganz Sambia und der christliche Sender Trinity Broadcasting Corporation, der in US-amerikanischem Besitz ist (Phalloides 2006).

Zeitungen sind zwar in einer Vielzahl vorhanden, haben aber nur eine geringe Auflage und Zirkulation. Nach Aussage des *African Media Barometer* für Sambia aus dem Jahre 2007 haben Zeitungen insgesamt nur eine Auflage von weniger als 70.000 Ausgaben. Eine Zeitungsausgabe kostet 3.000 Kwacha, umgerechnet circa 0,65US\$. Denselben Betrag bezahlt man derzeit für ein Laib Brot. Da die meisten Einwohner Sambias weniger als einen US-Dollar am Tag zur Verfügung haben, können sich nur die wenigsten eine Zeitung leisten. Mittlerweile versuchen die drei Tageszeitungen auch eine limitierte Anzahl von Ausgaben in den ländlichen Regionen zu vertreiben, um ihre Reichweite zu erhöhen. Darüber hinaus gibt es Bestrebungen, Zeitungen demnächst für einen bestimmten Zeitraum (einige Minuten) zu „verleihen“ (MISA & Friedrich-Ebert Stiftung 2008).

Das Radio ist sicherlich das am weitesten verbreitete Medium in Sambia, und bereits in den 1990ern konnten über 57 Prozent der nationalen Haushalte und über 60 Prozent der Bevölkerung über Radio erreicht werden (Spitulnik 2002). Die erste Radiostation wurde noch in der Kolonialzeit in Lusaka 1941 errichtet. Sie hatte die Aufgabe, nicht nur die Menschen in Sambia (zu dieser Zeit Northern Rhodesia), sondern auch in Simbabwe (Southern Rhodesia) und Malawi (Nyasaland) zu erreichen. Im Jahr 1964 wurde Sambia unabhängig und das „Kolonialradio“ wurde durch ein unabhängiges postkoloniales Radio ersetzt (Kasoma 2002). Erst im Jahr 1993 wurde die Radiolandschaft liberalisiert. Während das staatliche Radio nahezu landesweit zu hören ist, sind die meisten freien Radiosender nur lokal zu empfangen. Derzeit gibt es rund 30 Radiostationen.

Nach wie vor sind aber die meisten Medien in staatlichem Besitz, und es gibt immer wieder Versuche seitens der Regierung, die Presse- und Redefreiheiten einzuschränken. Auch wenn es relativ einfach ist, einen Sender oder eine Zeitung zu gründen, wird die Vergabe von staatlichen Lizenzen stark restriktiv gehandhabt. Bei den Neuwahlen Ende 2008 wurde diese Tendenz erneut deutlich, als zur Empörung der gesamten privaten Medienlandschaft Sambias Politiker ein staatliches übergeordnetes Organ zur Kontrolle der Medien im Land forderte (MISA & Friedrich-Ebert-Stiftung 2008). Die Verfassung Sambias garantiert zwar Rede- und Pressefreiheit, räumt aber in einem ergänzenden Absatz die Möglichkeit ein, diese „in Übereinstimmung mit den Grundgesetzen einer demokratischen Gesellschaft einzuschränken“.

Auch neue Kommunikationsmedien wie das Internet sind in Sambia nutzbar. Der Zugang ist jedoch zumeist nur in den Städten möglich. Die Kosten für eine Minute Internet belaufen sich auf 50 bis 100 Kwacha pro Minute (in den Städten) und auf 400 bis 500 Kwacha in ländlichen Regionen. Damit ist Internet relativ preisgünstig, es wird jedoch nach wie vor hauptsächlich von Geschäftsleuten und finanziell besser Situierten genutzt (MISA & Friedrich-Ebert Stiftung 2008). Jugendlichen und Studenten wird häufig an Instituten oder anderen Einrichtungen ein kostenloser Zugang ins Netz ermöglicht.

Neben den professionellen Einrichtungen *Media Institute of Southern Africa* – MISA Zambia), *The Press Association of Zambia* (PAZA) und *The Zambia Media Women's*

Association (ZAMWA) arbeiten auch universitäre Einrichtungen wie das *Institute of Mass Communication* (ZAMCOM) und das *Department of Mass Communication* an der University of Zambia zum Thema Medien.

2.2.2 ENTWICKLUNG UND VIELFALT DER HIV/AIDS-MEDIALISIERUNG

In der frühen Phase der AIDS-Epidemie Mitte der 1980er blieben Informationen außerhalb der Regierungskreise zumeist geheim. Es gab nur vereinzelt Aufklärungskampagnen, und auch die Presse berichtete zu diesem Zeitpunkt noch nicht über AIDS (Van Rossem & Meekers 2007). Eine Ausnahme stellt die Ansprache des damaligen Präsidenten Kenneth Kaunda (reg. von 1964 bis 1991) im Jahr 1987 dar. In dieser Ansprache sprach er darüber, dass sein Sohn an AIDS gestorben sei und man sich öffentlich zu diesem Thema „bekennen“ müsse. Aber erst während der 1990er Jahre mit ihren extrem steigenden HIV-Infizierten-Zahlen und auf Druck der WHO schien das Problem von der sambischen Regierung wahrgenommen worden zu sein. 1999 publizierte die *Post* folgende Stellungnahme:

We feel [there] has been very poor approach to the HIV/AIDS problem by our government – especially cabinet ministers, including President Chiluba. A look at what our government has allocated to the AIDS/HIV fight in this year's budget clearly reveals this irresponsibility. (Zaccagnini & Noble 2008).

Die Mehrheit der frühen Kampagnen Ende der 1980er Jahre informierte hauptsächlich durch Poster und Broschüren und erreichte auf diese Weise nur eine Minderheit der Einwohner. Diese ersten Botschaften dienten mit Aussagen wie „*Sex thrills, but AIDS kills*“ (Abb. 27) und „*If Aids gets you ...there is no turning back*“ (Abb. 28) der Abschreckung. Gewarnt wurde vor einem „lasterhaften“ Leben, welches ein tödliches Ende nehmen könnte. Monogamie und Treue gehörten zu den Kernthemen, die vermittelt werden sollten. Neben den beängstigenden Inhalten wurde das Thema durch die bildliche Darstellung (gezeichnete Szenen von Beerdigungen oder Menschen, die von überdimensionalen Greifvögeln weggetragen werden) in seiner Dramatik unterstützt. Diese Form der Präventionsarbeit spiegelt die inhaltliche Konzeption von westlichen Aufklärungskampagnen wider. Denn die gleiche drastische Darstellung und Hinweise auf die tödlichen Gefahren von AIDS finden sich auch in den westlichen Kampagnen jener Zeit wieder.

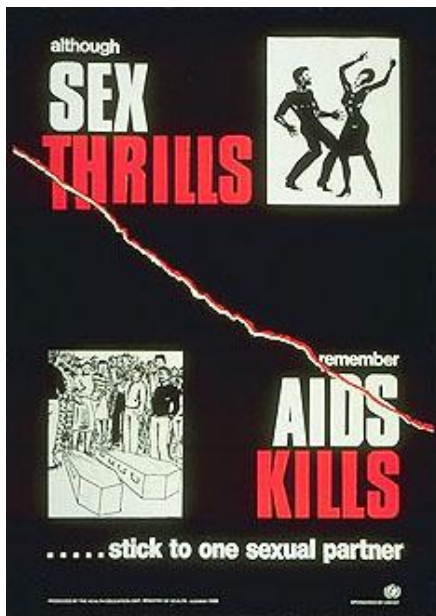


Abb. 27 Poster ‚Sex Thrills – AIDS Kills‘

Poster aus dem Jahr 1988

Sprache: Englisch

Darstellung: Im oberen Teil des Plakats tanzen ein Mann und eine Frau miteinander, beide westliche gekleidet, einen westlichen Tanz. Für afrikanische Verhältnisse hat die Frau einen sehr kurzen Rock an.

Im unteren Teil des Plakats sind zwei Särge abgebildet.

Quelle: Zambia Ministry of Health, Health Education Unit 1988



Abb. 28 Poster ‚If AIDS Gets You ... there is no turning back‘

Poster aus dem Jahr 1988

Sprache: Englisch

Darstellung: zwei Geier auf deren Köpfen das Wort AIDS in roter Farbe geschrieben steht, greifen sich einen gutgekleideten Mann und eine Frau und tragen diese weg.

Quelle: Zambia Ministry of Health, Health Education Unit 1988

In den folgenden Jahren fokussierte man sich bei der AIDS-Prävention auf das im Westen propagierte Thema Kondome. *Safer sex* als ein wesentliches Konzept zum Schutz vor dem HI-Virus entstammt ursprünglich den homosexuellen Gemeinschaften der USA und wurde von fast allen Ländern weltweit in deren Aufklärungsprogramme und Interventionsmaßnahmen integriert (vgl. Dilger 2003: 178f). Auf die Schwierigkeiten, ein für eine homosexuelle Zielgruppe erstelltes Modell auf eine andere Gruppe aus einem anderen kulturellen Kontext zu übertragen, soll in Kapitel 4.2 noch ausführlich eingegangen werden. 1992 wurde das *Zambia Social Marketing Program* (ZSMP) ins Leben gerufen und von der *Society for Family Health* (SFH) implementiert – mit dem Ziel, in großem Umfang Kondome der Marke *Maximum* zu verteilen und diese über die Medien, hauptsächlich über das Fernsehen oder das Radio (vgl. Van Rossem/Meekers 2007: 2) zu bewerben. Inhaltlich ging es jetzt weniger um eine Abschreckung oder Thematisie-

rung der tödlichen Gefahren von AIDS, sondern man strebte Kondomnutzung als sexuelle Verhaltensänderung an. Die bildliche Darstellung änderte sich kaum: nach wie vor wurde rot-schwarzer Text verwendet und auf gezeichnete Illustrationen zurückgegriffen.



Abb. 29 Poster ‚Mwkwata Ubucetekelo‘

Poster aus dem Jahr 1994

Sprache: Nyanja

Darstellung: ein Mann und eine Frau überlegen, wie sie jeweils dem anderen beibringen können, dass sie ein Kondom verwenden wollen.

Quelle: Zambia Ministry of Health, Health Education Unit 1994

Die wirtschaftlichen Probleme des Landes wurden Mitte der 1990er immer gravierender. Sie manifestierten sich in hoher Arbeitslosigkeit, steigender Armut und einem Verfall des Gesundheitssystems. Viele Menschen starben an AIDS. Es schien, als ob eine ganze Generation dem Virus „zum Opfer fiel“, und zwar die produktive Generation, welche die Wirtschaft Sambias am Leben hielt. Viele waren aufgrund der opportunistischen Krankheiten, die mit AIDS einhergehen, nicht mehr in der Lage weiterzuarbeiten oder aufgrund der dramatischen Ausmaße von AIDS mehr zu Beerdigungen unterwegs als am Arbeitsplatz. Die Präventionsarbeit konzentrierte sich daher auf die noch produktive Bevölkerung. Die nach wie vor in der Primärprävention dominierenden Themen Treue, Abstinenz und Kondomgebrauch wurden daher auf den Arbeitsplatz übertragen mit einer klaren Zielgruppenvorgabe – die arbeitende Bevölkerung.

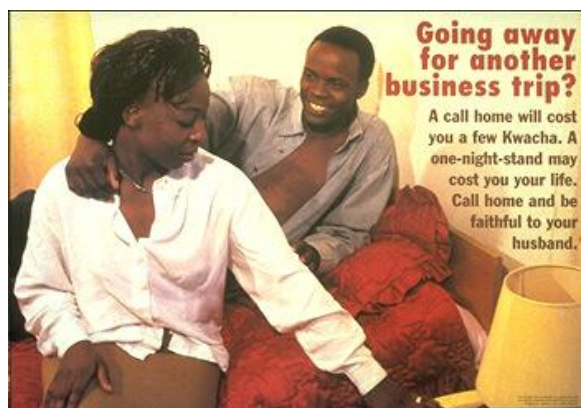


Abb. 30 Poster ‚Going away for another business trip?‘

Poster aus dem Jahr 1996

Sprache: Englisch

Darstellung: eine Geschäftsfrau sitzt auf dem Bett ihres Hotelzimmers und greift nach dem Telefonhörer. Hinter ihr liegt ein möglicher One-night-stand und legt ihr eine Hand auf die Schulter.

Quelle: Zambia National AIDS/STD/TB and Leprosy Program (NASTL) / USAID 1996



Abb. 31 Poster ‚Going away for another business trip?’ (2)

Poster aus dem Jahr 1996

Sprache: Englisch

Darstellung: ein Geschäftsmann steht an einem Telefonhäuschen und telefoniert. Daneben stehen zwei attraktive Kolleginnen.

Quelle: Zambia National AIDS/STD/TB and Leprosy Program (NASTL) / USAID 1996

Die Darstellungsweise der Kampagnen änderte sich. Man versuchte möglichst realistische Szenen mit Identifikationsfiguren darzustellen und der „Versuchung“ ein Gesicht zu geben. Attraktive und gut gekleidete Menschen sollten von nun an auf die Gefahren treulosen Handelns aufmerksam machen und für einen eigenverantwortlichen Umgang mit HIV-Infektionsrisiken werben.

In the early days, so little was known about AIDS that fear was deployed across the board as a potent weapon to control human actions. [...] But in some cases terror seems to have outstripped good sense so that many posters have now begun to tell us what is not dangerous. (Barley 2002: 48)

In den folgenden Jahren wurden weitere Medien wie Zeitung, Radio und Fernsehen immer stärker in die Präventionsarbeit einbezogen und eine weitere Zielgruppe fokussiert: die Jugend. Bereits 1998 gab es eine Initiative seitens der sambischen Regierung in enger Zusammenarbeit mit USAID und ZIHP, gemeinsam mit jungen Menschen Aufklärungskampagnen zu HIV/AIDS auszuarbeiten. Unterstützt wurde das Projekt von dem *Central Board of Health* (CBOH) und dem NAC. Auf diese Weise entstand *Helping Each other Act Responsibly Together* (HEART), ein Programm von Jugendlichen für Jugendliche, das in erster Linie auf Abstinenz abzielte und, falls dies nicht möglich sei, die Verwendung von Kondomen propagierte. Bisher sind sechs Fernsehspots und verschiedene Poster von HEART erschienen, die sich insbesondere durch ihr direktes Aussprechen von Themen rund um HIV/AIDS auszeichnen und damit zur Enttabuisierung der Krankheit beitragen. Die Themen sind vielfältig und reichen von der Aufforderung zu abstinentem Leben und Respektieren von Jungfräulichkeit über Vertrauen im Freundeskreis bis hin zur Nutzung von Kondomen (PSI 2003). Die Betonung liegt darauf, dass unabhängig vom

Fokus auf Abstinenz oder Kondomgebrauch, die Entscheidung des Einzelnen oder der Gruppe etwas Cooles, Nachahmenswertes ist (*it's cool = ile che* auf Bemba).

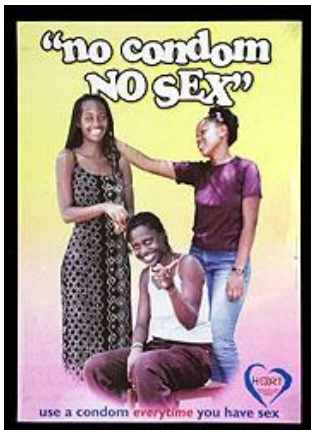


Abb. 32

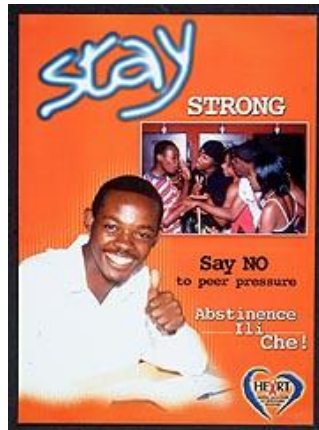


Abb. 33

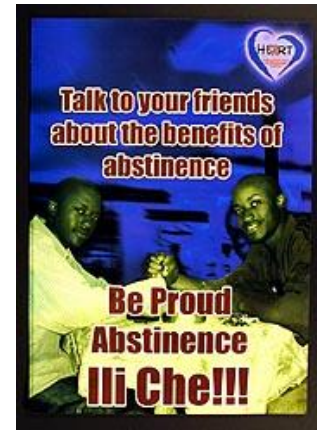


Abb. 34

Abb. 32 Poster ‚No condom No Sex – use a condom everytime you have sex.‘
Quelle: ZIHP/ John Hopkins Bloomberg School of Public Health, HEART Program 2000

Abb.33 Poster ‚Stay strong. Say no to peer pressure. Abstinence – Ile che!‘
Quelle: ZIHP/ John Hopkins Bloomberg School of Public Health, HEART Program 2000

Abb.34 Poster ‚Talk to your friends about the benefits of abstinence. Be Proud – Abstinence. Ile Che!!!‘
Quelle: Youth Media/ HEART Program 2002

Im August 2000 wurden bei einer Studie 533 junge Männer und 656 junge Frauen interviewt, um den Erfolg des Programms zu evaluieren. Dabei gaben 64 Prozent der städtischen Interviewten, jedoch nur 14 Prozent der Jugendlichen auf dem Land, an, einige der Fernsehspots gesehen zu haben. Aufgrund des hohen Anteils städtischer Bevölkerung an der gesamt Sambias und deren einfacheren Zugang zu Fernsehen im urbanen Raum, haben dort besonders viele Jugendliche die HEART Fernsehkampagne gesehen (Underwood, Selemitsos & Bharath 2001). Im Jahr 2004 wurde das Programm auf das Radio verlagert, um noch mehr Jugendliche erreichen zu können.

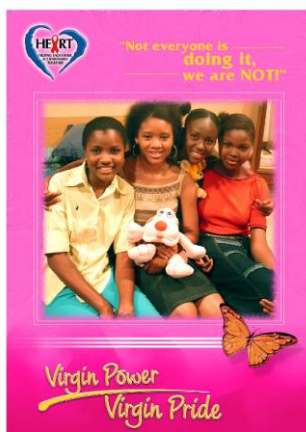


Abb. 35



Abb. 36

Abb. 35 Poster ‚Not everyone is doing it, we are NOT‘, Virgin Power – Virgin Pride‘
Quelle: HEART 2002

Abb. 36 Poster ‚tell your friends that trust alone is not enough‘
Quelle: HEART 2002

Auch das SFH produzierte einige TV- und Radiointerviews, u. a. mit dem ehemaligen Präsidenten Dr. Kenneth Kaunda, zu Treue, Stigma, Kondomgebrauch und Testmöglichkeiten. Ebenso verhielt es sich beim *Zambia Integrated Health Programme* (ZIHP). Eine ihrer wichtigsten Dokumentationsserien *Your Health Matters* wird noch heute über das ZNBC Radio One und Two sowie über das Fernsehen ausgestrahlt. Die Sendung berichtet, wie Jugendliche mit HIV/AIDS umgehen und wie Eltern und Lehrer ihnen bei ihren Entscheidungen helfen können. *Our Neighbourhood* und *Lifeline Zambia* sind weitere Radioprogramme, die sich des Themas HIV/AIDS annehmen. Ersteres betont die Einbindung der lokalen Gemeinschaft bei der Gesundheitsaufklärung. *Lifeline Zambia* arbeitet autobiografisch und gibt Menschen, die mit dem Virus leben, eine Plattform, ihre Geschichten und Erfahrungen zu erzählen. Das ZIHP arbeitet auch mit nationalen und internationalen Musikern zusammen und vereint diese in der TV-Show *X-plosion*, um durch sie HIV/AIDS-Aufklärung zu betreiben. Neben den eigenen sambischen Produktionen wird auch die berühmte südafrikanische Soap *Soul City* in Radio und Fernsehen²⁰ ausgestrahlt (vgl. Van Rossem/Meekers 2007:3). Filme mit Themenschwerpunkt HIV/AIDS werden zumeist in Kooperation mit der *Health Communication Partnership Zambia*, dem Gesundheitsministerium und dem NAC produziert und von internationalen Geldgebern finanziert. So wurde zum Beispiel der von USAID und PEPFAR finanzierte Film *Our Family, our Choice* über die Möglichkeiten der Familienplanung für Paare, die mit dem Virus leben, 2007 vorgestellt. Auf Englisch und in sieben weiteren Sprachen produziert, soll er landesweit in Gesundheitszentren und Treffen von Therapiegruppen, aber auch im Fernsehen über ZNBC und MUVI TV gezeigt werden (US Embassy Zambia 2007). Gleichermäßen verhielt es sich bei der Dokumentation *Road to Hope* über das tägliche Leben von HIV-Positiven in Sambia, die bei der *2007 New York Festivals International Film & Video Competition* eine Silbermedaille gewann (Presseerklärung HCPartnership 15. Februar 2007).

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Bandbreite der Botschaften und die der verwendeten Medien erweitert. Es gab zahlreiche unterschiedliche Ansätze, das Thema HIV/AIDS in den Medien präsenter zu machen. Viele sambische Gesundheitskampagnen nutzen Medien (insbesondere Radio, Film und Fernsehen), um ihre Botschaften der Öffentlichkeit zu vermitteln. Neben diesen Vermittlungsformen findet sich die Thematik aber auch weiterhin in Printmedien, in Musikproduktionen und bei Tanz- und Theatergruppen. Thematisch wird mittlerweile ein breites Feld abgedeckt, das den Wandel von AIDS von einer tödlichen zu einer schweren, aber behandelbaren chronischen Krankheit widerspiegelt: von der Verwendung von Kondomen und sichererem sexuellen Verhalten über den Abbau von Stigmata bis hin zu Informationen zu Testzentren und zur Betreuung und Pflege von Menschen, die mit dem Virus le-

²⁰ Das Soul City Institute for Health and Development Communication (SC IHDC) wurde 1992 in der Republik Südafrika gegründet. Es handelt sich um eine Nicht-Regierungsorganisation, die Gesundheitsthemen in Soap-Format verpackt und diese über Radio und TV verbreitet. Mehr Informationen bei Goldstein, Perlman & Smith 2008 oder unter www.soulcity.org.zm.

ben. Mit authentischen Botschaften von HIV-Positiven wird aktuell der Versuch unternommen, die Menschen besser zu erreichen. Die Programme stellen HIV als etwas dar, das jeden „treffen“ kann, und unabhängig von der Ursache geht es den Programmen nun darum, gemeinsam wirksame Schutzstrategien zu entwickeln und den Menschen zu zeigen, dass die antiretrovirale Therapie nicht nur die derzeit einzige Behandlungsform darstellt, sondern „positives“ Leben ermöglicht.

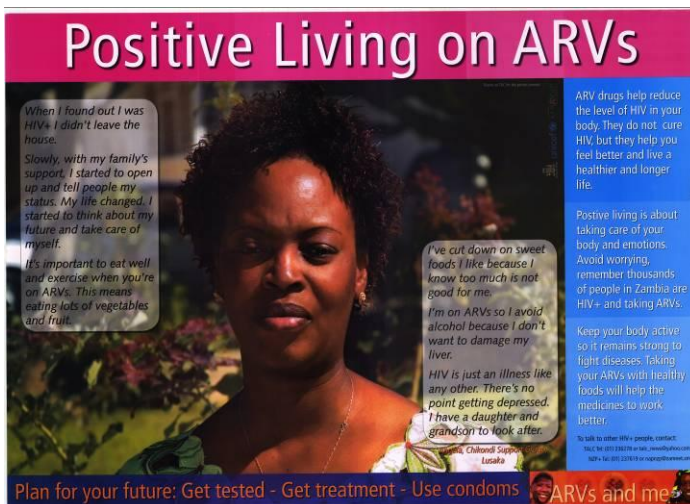


Abb. 37 Poster ‚Positive Living on ARVs‘
Poster aus dem Jahr 2008
Sprache: Englisch
Darstellung: eine Frau spricht über ihren positiven Status.
Quelle: Zambia Ministry of Health/ UNICEF 2008

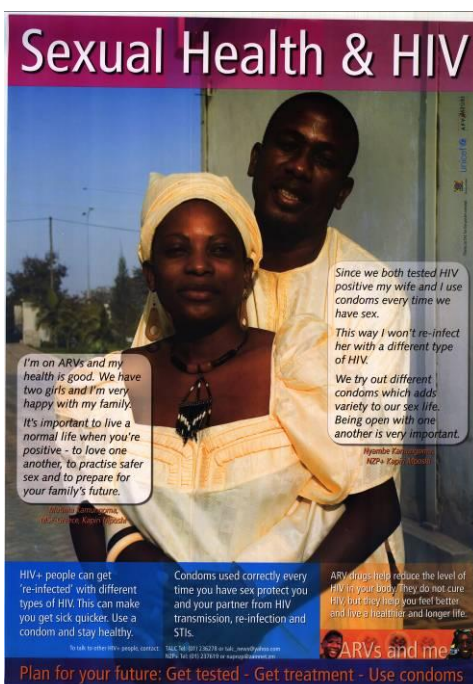


Abb. 38 Poster ‚Sexual Health & HIV‘
Poster aus dem Jahr 2008
Sprache: Englisch
Darstellung: ein Ehepaar spricht über seinen positiven Status.
Quelle: Zambia Ministry of Health/ UNICEF 2008

2.2.3 AKTEURE

Sambia gehört zu den Ländern, in denen der Großteil der Präventions- und Informationskampagnen zu HIV/AIDS-Themen von internationalen Geldgebern finanziert wird. Es gibt eine Unmenge von Akteuren, die auf unterschiedlichen Ebenen – von lokal bis international – agieren und sich an den Kampagnen beteiligen. An jeder Informationskampagne sind viele unterschied-

liche Akteure beteiligt. Erstens gibt es die Produzenten, diejenigen, die bestimmen, welche Inhalte auf welche Weise und mit welcher Intention vermittelt werden. Zweitens werden diese Botschaften von sogenannten Vermittlern kommuniziert. Dies kann beispielsweise über Moderatoren im Radio geschehen, welche als Angestellte etwa einer kirchlichen Radiostation bestimmten Vorstellungen und Kodexen folgen. Drittens ist eine erfolgreiche Kommunikation wiederum nur möglich, wenn es auch einen Empfänger gibt, d.h. die durch das Medium vermittelte Botschaft soll ein Publikum erreichen und von diesem rezipiert und verstanden werden. Der folgende Abschnitt soll die jeweiligen Akteursgruppen differenzierter darstellen und einen Einblick in die Verstrickung von politischen, ökonomischen und religiösen Aspekten ermöglichen.

2.2.3.1 PRODUZENTENSEITE

Medien werden häufig dazu genutzt, bestimmte Meinungen und Ansichten einer großen Anzahl von Menschen zu vermitteln. Welche Meinungen und Ansichten vertreten werden, bestimmt zumeist der Geldgeber, der die Produktion überhaupt erst möglich macht. Zu den wichtigsten Auftraggebern von Präventions- und Informationskampagnen im Gesundheitsbereich gehören die jeweiligen Regierungen und ihre Behörden, gemeinnützige Stiftungen und Vereine und (religiös-)karitative Organisationen (Bonfadelli & Friemel 2006: 20). In Sambia arbeiten staatliche und nichtstaatliche Medienorganisationen und Institutionen zusammen, um das Virus zu „bekämpfen“, wobei die meisten Geldgeber aus dem Ausland kommen. Diese kooperieren mit der sambischen Regierung und der NAC. Dennoch werden bereits in anderen Ländern vorhandene Präventionskampagnen oftmals unverändert auf Sambia übertragen.

Die Regierung Sambias arbeitet seit Ende der 1990er eng mit USAID zusammen. Hauptsächlich wird diese Zusammenarbeit durch das *Central Board of Health* (CBOH) und NAC unterstützt. Die konkrete Ausarbeitung von Kampagnen hat USAID an die *John Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs* (CCP) weitergeleitet. Mittels der sogenannten *Health Communication Partnership* (HCP) unterstützt die CCP Entwicklungsländer bei Public-Health-Programmen, indem sie bestimmte regionale oder landesweite Programme durchführt. Neben der MISA berichten auch weitere große Medieneinrichtungen (Fernseh- und Radiosender sowie Zeitungsverlage) abhängig von ihrem staatlichen, privaten oder religiösen Hintergrund über HIV/AIDS.

Welche Verstrickungen es bei der Koordination von internationalen, nationalen und kirchlichen Interessen gibt, verdeutlicht die hier beispielhaft verkürzt dargestellte Debatte zu Kondomverwendung und Abstinenz.²¹ Die Verwendung von Kondomen ist im überwiegend christlichen Sambia über lange Zeit hinweg diskutiert worden und findet auch noch heute eine große Anzahl von Befürwortern und Gegnern. Ende 2000/ Anfang 2001 erwog eine einflussreichen Fraktion aus kirchlichen Institutionen und führenden Politikern eine Sperrung von

²¹ Weiterführende Informationen zu diesem Thema finden sich in Kapitel 4.2.

Kondomwerbung im öffentlichen Raum. Man nahm an, dass die Verwendung von Verhütungsmitteln und insbesondere von Kondomen erst recht Promiskuität fördern würde und dass das von der *Zambia National Broadcasting Corporation* (ZNBC) ausgestrahlte Anti-Aids-Kampagnenmaterial unmoralisch sei.

I am making a personal call to all Zambians to refrain from casual sex. Do not even use a condom, because it is a sign of weak morals in the part of a user. (Chiluba in *Panafrican News Agency* 2000)

Die internationalen Kooperationspartner der sambischen Regierung und Geldgeber wie UNAIDS, USAID und Weltbank betonten hingegen neben der Befürwortung von Abstinenz und Treueprogrammen die Bedeutsamkeit von Kondomen und wollten vom Gesundheitsminister Enoch Kavindele konkrete Aussagen über die möglichen Veränderungen in der HIV-Präventionsarbeit haben. Im Jahr 2002 gaben darüber hinaus die drei führenden Kirchen Sambias eine Resolution heraus: Kondome dürfen ausschließlich von miteinander verheirateten Paaren verwendet werden, um bei einer festgestellten Infizierung eines Ehepartners, eine HIV-Übertragung auf den anderen zu verhindern (www.avert.org/aids-zambia.htm). In allen anderen Fällen wird Abstinenz empfohlen. Der Einfluss der Kirchen auf die Politik wird an diesem Beispiel besonders deutlich.

Im folgenden Fall spielt auch die religiöse Einbettung eine prominente Rolle, hier geht aber die Einflussnahme vom internationalen Geldgeber und nicht von lokalen bzw. nationalen Einrichtungen aus. Unter der Regierung von George W. Bush wurde das PEPFAR-Programm für die HIV/AIDS-Hilfe für 15 Länder in Afrika, der Karibik und Vietnam initiiert: 15 Milliarden US-Dollar, über einen Zeitraum von fünf Jahren verteilt. Begonnen hat das Programm im Jahr 2006. Drei Milliarden sollen dabei in die Präventionsarbeit einfließen, ein Drittel davon (eine Milliarde) in die sogenannten *abstinence-only-until-marriage*-Programme (IRIN 2006b, Gordon & Mwale 2006). In den letzten Jahrzehnten hat sich in den Vereinigten Staaten eine Lobby von fundamentalistisch-christlichen Rechten gebildet, welche Verhütungsmittel ablehnen und sich für die sexuelle Abstinenz einsetzen. Dieser religiös motivierten Gruppe ist auch George W. Bush zugehörig. Mittlerweile wird an fast einem Drittel der US-amerikanischen Schulen keine Sexualaufklärung mehr unterrichtet, sondern eine „Lehre der Keuschheit“ (Schimmeck 2004). Gelder werden hauptsächlich für Abstinenzbotschaften ausgegeben und die notwendigen Ausgaben für Einkauf, Bewerbung und Distribution von Kondomen eingespart. Auf diese Weise wird der Zugang zu Verhütungsmitteln weiter erschwert. Verschärft wurde die Situation bereits durch die 2001 erlassene „Mexiko-City-Politik“, von Kritikern auch als *Global Gag Rule* bezeichnet. Sie untersagt die Unterstützung von Hilfsorganisationen mit US-Geldern, wenn sie mit Abtreibungen in Beziehung gebracht werden. Bereits die Beratung zum Thema Schwangerschaftsabbruch ist hierbei untersagt (Population Action International 2004). Die beiden Beispiele betonen den en-

gen Zusammenhang zwischen vorhandenen Ideologien und Zielsetzungen der jeweiligen Produzenten und den HIV/AIDS-Botschaften.

2.2.3.2 MEDIATORENSEITE

Die Produzentenseite benötigt für die Vermittlung der Inhalte so genannte Mediatoren, welche die Themen über bestimmte Kanäle dem Zielpublikum überbringen sollen. Dazu zählen Radio- und TV-Moderatoren und Journalisten, aber auch „AIDS-Botschafter“ wie Politiker, Sportgrößen, Sänger und Schauspieler. Eines der Kernprobleme bei der Vermittlung von Botschaften zu HIV/AIDS liegt in der Diskrepanz zwischen der Sensations- und der Informationsberichterstattung. Journalisten sollen häufig die Leserschaft durch plakative und „reizvolle“ Headlines neugierig machen und zum Kauf der Zeitung locken. Durch eine solche Art der Berichterstattung sind Missverständnisse vorhersehbar. Die richtige Vermittlung des Themas durch eine neutrale und wahrheitsgemäße (nicht übertriebene) Darstellung von Informationen bei Reportagen, Zeitungsartikeln und Diskussionsrunden muss gefunden werden. Dies setzt das Interesse der Journalisten voraus, sich aktiv mit dem Thema auseinanderzusetzen und Einfühlungsvermögen zu beweisen. In einer groß angelegten Schulung, unterstützt von PEPFAR und der US-Botschaft und in enger Zusammenarbeit mit dem *Zambia Institute of Mass Communication Educational Trust* (ZAMCOM) wurden 2005 und 2006 Mitarbeiter der Printmedien und des Fernseh-/Radiobereichs ausführlich zum Thema HIV/AIDS geschult (Malindima & Himanje 2006, Malindima & Nkalamo 2006). Die Schulung sollte die Journalisten bekräftigen, selbst ein Vorbild abzugeben und nicht nur über Testmöglichkeiten zu schreiben, sondern sich auch selbst testen zu lassen. Das MISA (*Media Institute of Southern Africa*) machte Ende 2007 den Vorschlag, alle Journalisten sollten einen HIV-Test absolvieren, um sich für diesen Themenbereich verantwortlicher zu fühlen.

The challenge for journalists is to report truthfully, ethically and responsibly to avoid falling prey to people claiming to have discovered a cure for HIV/AIDS when their main motivation might be making money. [...] Journalists should not merely cover issues of HIV/AIDS as 'just another story', but should go further and advocate for the availability of counselling, testing, treatment and care on the ground. They should encourage discussion and debate on HIV/AIDS and its impact on society. Journalists should be instrumental in breaking the silence that surrounds the disease and in creating an environment that encourages discussion on how individuals can protect themselves and change their behaviour if necessary. (Birke 2007: 35)

Um dem Thema noch mehr Aufmerksamkeit zu widmen und auch über die ethische Verantwortung hinaus einen finanziellen Anreiz für die Journalisten zu bieten, werden jährlich die *Media Awards for best coverage on HIV/AIDS issues* vergeben. In verschiedenen Kategorien wie Stigma und Diskriminierung, Anregung von öffentlichen Diskussionen zu HIV/AIDS oder der Notwendigkeit sich testen zu lassen, wird jeweils die beste Reportage gesucht und mit zwei

Millionen Kwacha vergütet. Am 13. Februar 2009 fanden die Awards zum siebten Mal statt. Für die beste Zeitungsreportage zu HIV/AIDS erhielt der Journalist Masuzyo Chakwe von *The Post* die Auszeichnung zum zweiten Mal in Folge (News MISA Zambia). Ziel der derzeitigen Berichterstattung ist nicht nur, mit dem Thema sensibel umzugehen, sondern auch weiterhin attraktiv und anregend über HIV/AIDS zu schreiben und damit die Aufmerksamkeit nicht sinken zu lassen.

Die Vermittlung des Themas wird von Prominenten tatkräftig unterstützt. Der berühmteste sambische Einsatz seitens der Politik kommt von Dr. Kenneth Kaunda, dem ehemaligen und ersten Präsidenten Sambias. In den späten 1980er Jahren starb einer von Kaundas Söhnen an den Folgen von AIDS. Anstatt über das Thema Stillschweigen zu bewahren, sprach er offen über das Virus und seine tödlichen Folgen. Er gründete die *Kenneth Kaunda Children of Africa Foundation*, welche AIDS-Waisen Nahrung, medizinische Versorgung und Schulausbildung ermöglicht. Als erstes afrikanisches Staatsoberhaupt sprach er über die tödlichen Auswirkungen von HIV/AIDS auf seine Familie und begründete damit sein starkes Engagement.

I tell you, if we are to win the battle, we must confront this problem openly. (Kaunda 2003).

In der zweiten Projektphase der Kaunda-Kampagne lag der Schwerpunkt auf der Reduzierung von Stigmata, denen Menschen, die mit dem Virus leben, und ihre Angehörigen ausgesetzt sind. Neben dem damaligen Präsidenten wurden nun auch weitere sambische Berühmtheiten aus Politik, der Musikszene, Film und Fernsehen involviert. Zum einen wurden der Gesundheitsminister und traditionelle *Chiefs* gezeigt, aber auch Musikstars, Schauspieler und HIV-Positive. Wie weit die Kampagnen reichen, zeigt eindrücklich der *Post*-Zeitungsartikel über die Miss Zambia Fotomodelle. Gerade die junge, sexuell aktive Generation ist besonders von dem Virus betroffen und aus diesem Grund ist es von besonderem Interesse, alle am Finale teilnehmenden Modells als HIV-/AIDS-Aufklärer zu trainieren.



Abb. 39 Zeitungsausschnitt 'Miss Zambia finalists train as HIV/AIDS peer educators' aus *The Post*

Zeitungsartikel aus dem Jahr 2008

Sprache: Englisch

Darstellung: Miss Zambia Finalistinnen.

Quelle: *The Post* 2008

Neben den Prominenten aus Politik und Entertainment gibt es auch eine Reihe von Botschafterinnen, die aufgrund ihres vorbildlichen Umgangs mit dem Virus berühmt geworden sind. Zu ihnen zählen Memory Phiri und Princess Zulu. Immer häufiger fungieren in Sambia auch Menschen, die mit dem Virus leben, als Botschafter, die als Identifikationsfiguren für die Allgemeingesellschaft dem „positiven Leben“ ein Gesicht geben. Die Geschichte von Memory Phiri ist den meisten Sambiern bekannt. Als Aidsweise und mit dem HI-Virus lebender Teenager ermutigt sie heute andere Positive, sich zu ihrem Status zu bekennen und sich mit ART behandeln zu lassen (VSO 2005). Nach dem Tod der Eltern wurden sie und ihre Brüder auf diverse Waisenhäuser verteilt. Bereits in der Schule wurde sie öffentlich ausgegrenzt. Memory Phiri entschloss sich, nicht über ihren Status zu schweigen und begann in kleinen Gruppen anderen Mädchen von ihrem Schicksal zu berichten: von ihrem Dasein als AIDS-Waise, als Vergewaltigungsopfer, als jemand, der sich nicht für seinen Zustand schämen braucht. Als AIDS-Aktivistin reist sie nicht nur durch ganz Afrika, um anderen Jugendlichen von ihrem Leben zu berichten, sondern sprach erst kürzlich vor der UN in New York über den sexuellen Missbrauch von jungen Frauen und Mädchen in Sambia. Ihr Engagement findet weltweit Anerkennung und wird von nationalen und internationalen Politikern honoriert. Heute arbeitet sie als AIDS-Botschafterin für die Organisation *Regional AIDS Initiative for Southern Africa* (RAISA), eine Partnerorganisation der *Voluntary Service Overseas* (VSO).

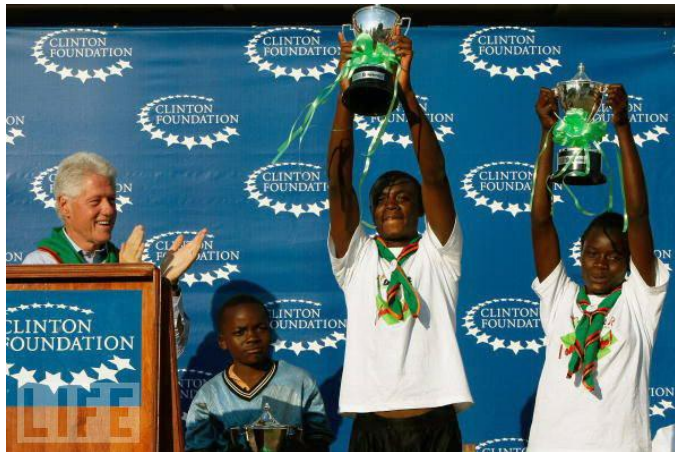


Abb. 40 Memory Phiri und Bill Clinton
Foto aus dem Jahr 2007
Darstellung: Memory Phiri mit dem ehemaligen US-Präsidenten Bill Clinton während seines Sambiabesuchs.
Quelle: Mackson Wasamunu/ Reuters 2007

Princess Kasune Zulu ist ebenfalls eine Aidsweise und heiratete im Alter von 15 Jahren einen älteren Mann, um sich und ihre Geschwister versorgen zu können. Aus dieser Beziehung gingen zwei Töchter hervor. Nach einigen Ehejahren erfuhren die Ehepartner, dass sie HIV-positiv waren. Princess Zulu wollte nicht über ihren Status schweigen, sondern wandte sich an die Öffentlichkeit. Eine Zeit lang trampete sie im südlichen Afrika, um persönlich LKW-Fahrer über die Ansteckungsgefahren aufzuklären. Heute arbeitet Princess Zulu für die *World Vision's Hope Initiative* und hat eine eigene Radiosendung *Positive Living*, die auf dem staatlichen Sender ZNBC Radio national ausgestrahlt wird (www.princesszulu.com).



Abb. 41 Princess Zulu mit George W. Bush
Foto aus dem Jahr 2003
Darstellung: Princess Zulu mit dem ehemaligen US-Präsidenten
George W. Bush im Weißen Haus
Foto: Kevin Lamarque/ Reuters 2003

Mit der Darstellung ihrer eigenen Krankheitsgeschichten haben Memory Phiri und Princess Zulu die Möglichkeit, die Menschen direkter und verbindlicher anzusprechen. Die Empfänger ihrer Botschaften sollen angeregt werden, sich einerseits Gedanken über das eigene Verhalten zu machen und andererseits aus diesen Berichten von Betroffenen (*Testimonials*) Motivation und Hoffnung für das eigene Leben zu schöpfen.

Natürlich gibt es auch eine Vielzahl von Sportlern und Musikern, die sich im „Kampf“ gegen das Virus engagieren. Sie fungieren als Vorbilder und nehmen entweder selbst an Programmen wie dem VCT teil oder übernehmen die Rolle des „Aufklärers“, indem sie in ihren Liedern das Thema AIDS ansprechen (vgl. Kröger, Heppekausen & Ebenhoch 2002: 22).



Abb. 42 Plakattafel Musikerehepaar Maiko Zulu (ehemals St. Michael) und Ehefrau Sister D
Quelle: USAID/ Kenneth Kaunda Children Africa Foundation 2004

Darüber hinaus finden regelmäßig Benefizkonzerte in Livingstone statt, auf denen sambische Musikgrößen wie Amayenge, Rare Roses, Winston, Haamoba und Matthew Ngosa auftreten. Livingstone ist die sambische Tourismushochburg und hat mit die höchste HIV-Prävalenz Sambias. Die Konzertbesucher haben während des Konzerts die Möglichkeit, sich über HIV zu informieren und sich kostenlos testen zu lassen. Gesponsert werden diese Konzerte hauptsächlich von PEPFAR, aber auch von der *Southern Province Provincial AIDS Task Force* (PATF), den *Livingstone* und *Kazungula District AIDS Task Forces* (DATFs) und anderen Sponsoren

wie *Plan International*, *Barclays Bank* und *Southern Water* (US Embassy Press Release November 10, 2007).



Abb. 43 Poster, *The HIV & AIDS Benefit Concert – One4One*

Darstellung: Poster Konzertankündigung *The HIV & AIDS Benefit Concert* Sun Hotels, Livingstone im Juni 2007.
Quelle: ZNBC, Sun International 2007

Einer der berühmtesten Sänger Sambias ist derzeit Danny (auf dem Konzertplakat der zweite von links). In seinem vierten Album artikuliert er im Titel *Kaya* auf leicht satirische Weise den Umgang mit dem Virus:

Are you sure of watching the 2010 World Cup in South Africa? Well, that depends on what you have done with the likes of Gwen, Jane and Peggy! Just in case you are not sure, why not try voluntary counselling and testing? Not an easy choice! (Übersetzung Njanya Textauszug aus *Kaya*, *Kaya* Album von Danny 2005)

Die Bedeutung von einer angemessenen Berichterstattung und Präsentation von HIV/AIDS soll das folgende Beispiel aus einem Leserbrief an die Post mit dem Titel *Is it right for anyone to aspire to be HIV+?* vom 14. Oktober 2007 verdeutlichen. Einige Jugendliche äußern hier den Wunsch HIV-positiv zu sein, um auf gleiche Art wie ihre Vorbilder Princess Kasune Zulu und Memory Phiri in die Öffentlichkeit zu kommen. Diese Vorbilder seien berühmt, reisen durch die ganze Welt und träfen wichtige politische Persönlichkeiten. Princess Zulu antwortete auf diesen Leserbrief eine Woche darauf mit folgender Erklärung:

I have HIV but HIV does not have me. I have refused to allow the virus to take over my life. My life is just continuous challenges and struggles, but I refuse to become a victim, but a victor. Do not be deceived, it is a hard life. As I said, if I could have a choice, I would choose to be HIV negative. I have suffered severe stigma and discrimination. I am now a pastor but I was once excommunicated by my church in Zambia for going public about being HIV positive. I have been

discriminated and delayed in visa applications because of my status. I have been deserted by men who could have loved me. Like you I will die one day. But when I die, I hope to die happy and know I made a difference and left a better world, and my children will remember me as a woman of faith. (Zulu, Princess in *The Post* am 21. Oktober 2007)

Dieses Beispiel ist in seiner Aussage erschreckend. Junge Menschen, die ihre Vorbilder nachahmen wollen und von deren Botschaften offensichtlich nicht erreicht wurden. Die Vorstellung, berühmt zu sein, erscheint für viele so verlockend, dass man sogar eine nicht heilbare Krankheit in Kauf nehmen würde. Solche Einstellungen waren im Rahmen der Studie für Kanyama nicht präsent. Grundsätzlich erweist sich die Arbeit mit Vorbildern im „Kampf“ gegen das Virus als schwierig. Die Art und Weise, die für eine Berichterstattung gewählt wird, ist ausschlaggebend für die Art der Rezeption. Missverständnisse und falsche Informationen können äußerst negative Auswirkungen für Infizierte und „Betroffene“ wie zum Beispiel Vergrößerung von Stigmata haben. Mediatoren müssen sich ihrer verantwortungsvollen Rolle und den aus ihrem Handeln heraus entstehenden möglichen Implikationen für die Rezipientengruppe bewusst sein (Lowicki-Zucca, Spiegel & Ciantia 2005: 5f). Die in Sambia bekannten Mediatoren wie Memory Phiri sind in meiner Feldforschungszeit nicht im Kanyama Health Centre präsent gewesen. Auch nach Rückfrage sind dort keine „offiziellen“ Mediatoren „aufgetreten“, um persönlich das Thema zu vermitteln. Allerdings war deren Präsenz im Ausland oder auf Treffen mit internationalen Gästen aus den Zeitungsmeldungen zu entnehmen.

2.2.3.3 REZIPIENTENSEITE

Zentraler Bezugspunkt der Kampagnen sind die Rezipienten, die Empfänger der Botschaften. Präventionskampagnen haben die Aufgabe zu informieren und aufzuklären sowie Emotionen und Stimmungen wiederzugeben. Primär soll dabei die gesunde Bevölkerung angesprochen werden und vor möglichen Gefahren geschützt werden. In der Gesundheitsförderung wird mit dem Konzept der Zielgruppeorientierung gearbeitet, um konkrete Themen zu propagieren und dabei gleichzeitig möglichst viele Menschen zu erreichen. Die Voraussetzung für eine Zielgruppenorientierung ist die Existenz einer einigermaßen homogenen Gruppe, die bestimmte Merkmale besitzt, die nicht nur für Gesundheitsförderung praktisch verwendbar, sondern auch für die Gruppenmitglieder von Relevanz sind (Bonfadelli 2004).²² Diese explizite Zielgruppenorientierung wird in den westlichen Ländern erfolgreich angewendet. So finden sich beispielsweise Kampagnen explizit für die homosexuelle Szene, für Prostituierte und Stricher und für Drogenkonsumenten. Massenmediale Kommunikation richtet sich zumeist an eine große Zielgruppe in

²² Jede identifizierte Zielgruppe muss einer natürlichen Gruppierung von Menschen entsprechen, damit gesundheitsfördernde Arbeit möglich und wirksam wird (Lefebvre & Rochlin 1997, Pasick 1997). Bei der Arbeit mit sogenannten Zielgruppen muss dem Verwender immer klar sein, dass es sich dabei um ein Konstrukt nach bestimmten Vorgaben handelt. Die von der Kampagne anvisierte Zielgruppe muss nicht den tatsächlich erreichten Personen entsprechen (vgl. Bonfadelli 2004: 118).

der Allgemeinbevölkerung des jeweiligen Landes (Bonfadelli und Friemel 2006: 18f). Im Gegensatz zu den westlichen Staaten (USA und Europa), in denen das HI-Virus hauptsächlich über homosexuelle Kontakte übertragen wird, basiert der Hauptübertragungsweg in Sambia auf heterosexuellen Kontakten. Aufklärungskampagnen nach dieser Zielgruppenvorlage müssten in Sambia auf die größte „Risikogruppe“ übertragen werden, das hieße auf die gesamte sexuell aktive Bevölkerung. Dies zeigt schon die ersten Schwierigkeiten des Zielgruppenansatzes. Wie soll genau die Gruppe herausdifferenziert werden, welche das größte Infektionsrisiko hat? Dies muss nicht zwangsläufig die größte Gruppe sein. Darüber hinaus erschwert die Vielzahl der ethnischen Gruppen und Sprachen eine konkrete Eingrenzung. Da der Hauptübertragungsweg von HIV über sexuelle Kontakte verläuft, ist dieses Thema in vielen Gesellschaften und auch in Sambia mit Tabus belegt. Über Sexualität wird nicht öffentlich und innerhalb der Familie nur äußerst restriktiv gesprochen. Diese Tatsache verdeutlicht die Schwierigkeit, das Thema HIV öffentlich zu präsentieren und zu diskutieren. Kulturspezifische Angebote werden häufig bei der Zielgruppenerfassung ignoriert.

Wie in allen Ländern weltweit wurde auch in Sambia nach Schuldigen für die Epidemie gesucht. In der Annahme, dass sich das Virus durch unmoralisches Handeln verbreite, sind auch hier sogenannte Risikogruppen wie Drogenbenutzer und Prostituierte schnell in Verruf geraten. Prostituierte wurden auch in Sambia stark stigmatisiert. Präventionskampagnen für diese Gruppenangehörigen wurden aber nur in kleinen Einzelprojekten verwirklicht. Die Arbeit verlagerte sich von der Zielgruppe der „Schuldigen“ (Prostituierten und Drogenbenutzern) zu den „Opfern“ dieser Zielgruppe (Truckfahrer, Polizisten, Militärangehörige und Arbeitsmigranten). So wurde zum Beispiel auf den Hauptverkehrsstraßen in Sambia eine Kampagne zur Aufklärung und Verteilung von Kondomen von der *Zambian Association of Truck Drivers* durchgeführt (www.panos.org.zm). Wie bereits im Kapitel 2.2.2 beschrieben, änderten sich in den Kampagnen die Zielgruppen-Schwerpunkte: Zuerst fokussierte man auf die sexuell Aktiven und „unmoralisch Lebenden“, dann Berufstätige und Jugendliche und mittlerweile insbesondere Frauen und junge Mädchen. Durch zielgruppenspezifische Initiativen können bestimmte Faktoren wie der erschwerte Zugang zu ART aufgrund von schlechter Infrastruktur, mangelnden Gesundheitseinrichtungen oder aber auch aufgrund von genderspezifischen Problemen nicht geändert werden. Der Zugang zu ART bleibt insbesondere den Menschen aus den ländlichen Regionen nach wie vor verwehrt. Aufklärungs- und Informationsprogramme sind ebenfalls nur sporadisch vertreten. Da häufig die großen Medien wie Zeitung, Radio und Fernsehen die Menschen kaum erreichen, werden aus diesem Grund gerne Musikgruppen, Chöre und Theatergruppen eingesetzt – eine direkte Ansprache, um Wissen über das Virus zu vermitteln. Dennoch ermöglicht diese Ansprache keinen besseren Zugang zu Testmöglichkeiten, Medikamenten und Therapie. Auch in Kanyama traten immer wieder Theatergruppen auf, finanziert von Hilfsorganisationen und staatlichen Einrichtungen. Das Personal im Kanyama Health Centre

war von dieser Art der Vermittlung nicht nur angetan, sondern auch von deren Wirkungsgehalt überzeugt.

2.3 HIV/AIDS IN DEN SAMBISCHEN PRINTMEDIEN

Die sambische Medienlandschaft hat sich in den letzten Jahren verstärkt mit einer besseren und verantwortlicheren Darstellung von HIV/AIDS-bezogenen Themen auseinandergesetzt. Die Schwierigkeit liegt darin, eine informativ richtige und zugleich ansprechende Reportage zu machen, welche das Interesse der Zielgruppe weckt und diese einbezieht. Anderenfalls reagierten, so die Analyse, die Menschen nicht mehr auf diese Botschaften, da sie sich nicht von ihnen angesprochen fühlten bzw. diese ausblendeten. Aus diesem Grund sei ein kreativerer Umgang bei der Berichterstattung über die Epidemie angebracht.

People won't read [the story] if it is just another headline with HIV/AIDS and death in the title.
(Panos Southern Africa 2005)

Die Gestaltung von Berichten oder Artikeln zu HIV/AIDS ist eine sehr individuelle Entscheidung einzelner Radiostationen und Zeitungen. Für kleinere Medieneinrichtungen sind eigene Reportagen zu HIV/AIDS nur mit finanzieller Unterstützung von Sponsoren möglich. Trotz der Tragweite der Epidemie in Sambia ist die Sponsorensuche schwieriger als angenommen, und die Unterstützung bleibt eher gering. Die großen Tageszeitungen *The Times of Zambia* und *The Post* sind beide sehr engagiert in ihrer Berichterstattung, wobei die *Post* sogar eine Grundsatzerklärung abgegeben hat, jeden Tag einen Bericht zum Thema HIV/AIDS in ihrer Zeitung zu bringen (Panos 2005).

Journalisten haben durch die *National AIDS Council Bill* von 2002 die Möglichkeit, Zugang zu Informationen über HIV/AIDS von staatlicher Seite (*National AIDS Council*) zu erhalten – dies war zuvor nicht möglich. Die mittlerweile für die Journalisten zugänglichen staatlichen Quellen und Informationen über HIV/AIDS werden häufig genutzt und teilweise unverändert in die eigenen Artikel übertragen. Kritische Stimmen sehen darin eine Vernachlässigung der journalistischen Aufgaben, eigenständig und eigenverantwortlich zu arbeiten. Gerade in Bezug auf kontroverse Themen ist es für viele Journalisten einfacher und sicherer, sich der staatlichen Quellen zu bedienen als selbst zu recherchieren und vielleicht eine offiziell nicht abgesicherte Perspektive einzunehmen (Panos 2005).

Die Einbeziehung von Printmedien und deren Analyse ist für eine Betrachtung der Medialisierung von HIV/AIDS in Lusaka unabdingbar. Im Gegensatz zu Gesundheitskampagnen kann im redaktionellen Teil mit Gesundheitsthemen anders umgegangen werden. Hierbei muss nicht eine homogene Zielgruppe angesprochen oder eine uniforme Botschaft vermittelt werden.

2.3.1 SAMBISCHE PRINTMEDIENSITUATION ZUM THEMA HIV/AIDS SEIT BEGINN DER AIDS-EPIDEMIE

Die sambischen Printmedien sind hinsichtlich ihrer Berichterstattung zum Thema HIV/AIDS immer wieder in den Fokus von Analysen geraten. Die erste Studie *The Zambian press and the AIDS crisis* entstand 1990/91 und bezog sich auf Daten aus der *Times of Zambia* und der *Zambia Daily Mail* von 1986 und 1989. Durchgeführt wurde die Analyse von dem 2003 verstorbenen Universitätsprofessor am *Department of Mass Communication*, Prof. Francis Peter Kasoma.²³ Die beiden zeitlichen Schwerpunkte erklären sich folgendermaßen: 1986 wurde von der sambischen Regierung die Präsenz des HI-Virus in Sambia offiziell anerkannt, und 1989 wurde von Kasoma angenommen, dass das Virus mittlerweile einen landesweiten Bekanntheitsgrad hätte. Die Analyse beider Zeitungen in den beiden oben genannten Jahren ergab, dass über 60 Prozent der zum Thema HIV/AIDS gedruckten Artikel keinen lokalen oder nationalen, sondern internationalen Schwerpunkt hatten, es insgesamt nur acht Prozent Titelgeschichten gab und der thematische Schwerpunkt auf AIDS-Testen, AIDS-Toten und der Verbreitung des Virus lag (Kasoma 1990/91, Kasoma 2000). Die Daten für eine zweite Studie wurden ebenfalls von Francis Kasoma 1993 erhoben und 1996 publiziert. Bei dieser Studie wurden nicht nur die Printmedien (*The Times*, *The Mail*, *The Post*), sondern auch Radio- und Fernsehprogramme der ZNBC untersucht. Im Gegensatz zu der Studie aus den 1980er Jahren stellte sich heraus, dass die Mehrheit der Berichte einen lokalen Bezug hatte. Nach wie vor gab es aber kaum Titelgeschichten, und auch thematisch hielt man an dem Schwerpunkt Krankheit und Tod fest. Keiner der Berichte enthielt sogenannte *Mobilizing Information* (MI) (Kasoma 1996, Kasoma 2000). Die Verwendung von *Mobilizing Information* (MI) in der Berichterstattung war ein Hauptaugenmerk in Kasomas Analyse. Unter MI versteht man Zusatzinformationen, die in diesem Fall an den Leser weitergegeben werden, um diesen nicht nur zu informieren, sondern aktiv werden zu lassen. Das Basiswissen ist beim Leser vorhanden und mit der MI wird dem Leser eine Handlungsmöglichkeit gegeben, dabei werden beispielsweise konkrete Informationen über Beratungszentren und anonyme Telefonnummern weitergegeben. Kasomas dritte Analyse bezieht sich auf Daten, die 1997/1998 erhoben und im Jahr 2000 in dem Artikel *The Zambian Newspapers and AIDS* in der von der UNESCO initiierten Publikation *Media and HIV/AIDS in East and Southern Africa* veröffentlicht wurden. Untersuchungsgegenstand dieser Analyse waren die drei Tageszeitungen *The Times*, *The Mail* und *The Post*. Ursprünglich war auch hier eine Untersuchung der Radio- und Fernsehprogramme geplant, aber seitens der ZNBC standen hierfür keine Aufnahmen mehr zur Verfügung.²⁴ Gerade diese Analyse von 1997/1998 soll in diesem Kapitel näher ausgeführt werden, da sie zum einem über einen ähnli-

²³ Francis Peter Kasoma war 1969 bis 1976 Reporter bei der *Times of Zambia* und baute in den folgenden Jahren den Studiengang Journalismus an der Universität von Sambia auf.

²⁴ Kasoma wurde mitgeteilt, dass es keine Aufnahmen gäbe, da die Bänder aufgrund finanzieller Engpässe immer wieder überspielt worden seien (vgl. Kasoma 2000: 122).

chen Zeitraum von einem Jahr genau zehn Jahre vor meiner Erhebung vorgenommen wurde, und zum anderen, da die von Kasoma untersuchten Zeitungsartikel zum Großteil in der Online-Datenbank der *University of Zambia, School of Medicine, Medical Library* archiviert und nachlesbar sind.²⁵ Kasoma bildet für seine Analyse ein bestimmtes Kategorienmuster: Heilung/Heilmittel (*cure*), Verbreitung und Prävention (*widespreadness and prevention*), HIV-Test, Kinder und Waisen (*children and orphans*) und Behandlung (*treatment*).

In der Kategorie **Heilung/Heilmittel** liegt der Schwerpunkt der Berichterstattung auf möglichen Heilmitteln für AIDS. Neben einer Bandbreite von lokalen traditionellen Heilmitteln (Herbiron Tisaniferon²⁶, Jaroots Herbal Formula²⁷) und „exotischen“ Variationen aus China und Südafrika (Fesol²⁸, Virodene²⁹) sowie einer Bandbreite von Medikamenten wie Azidothymidin³⁰ und einem Impfstoff von Pasteur Merieux³¹, die in Afrika (hier in Sambia und Uganda) verwen-

²⁵ Die zur Analyse zusätzlich herangezogenen Artikel stammen von der Health-L-Datenbank. Bei Health-L handelt es sich um ein elektronisches Netzwerk. Mit Hilfe dieser *Zambian Electronic Mailing list on Health issues* wurden von 1997 bis 2002 Zeitungsartikel zum Thema HIV/AIDS von den Webseiten der jeweiligen Verlage und Institutionen (*Zambia Today, Times of Zambia, The Daily Mail, The Post, dem Reproductive Health Newsletter* und *Afro-Nets*) herausgefiltert und archiviert.

²⁶ Mulenga Lukwesa, der Besitzer von MLN Laboratory, behauptete, ein Heilmittel für AIDS gefunden zu haben: **Herbiron Tisaniferon**. Das *Medical Council of Zambia* (MCZ) und die Regierung ließen das Mittel nicht zu, bis es ausreichend wissenschaftlich überprüft sei. Testergebnisse wurden in diesem Fall nicht vorgelegt, da der Überprüfungscommission für eine adäquate Überprüfung nicht ausreichend Gelder zur Verfügung standen. Lukwesa beschwerte sich über diesen Vorfall und löste eine parlamentarische Debatte aus. Lukwesa hatte viele Sympathisanten unter den Parlamentsmitgliedern, und so unterstützten sogar die beiden staatlichen Zeitungen *The Mail* und *The Times* Lukwesas Forderung, das Heilmittel auf dem Markt zu zulassen. In ihren Leitartikeln sprachen sie sich gegen eine Entmutigung von traditionellen Heilern und anderen Menschen aus, die ein Heilmittel gefunden hätten. Doch die Regierung blieb nachgiebig und ließ das Medikament nur als traditionelle Medizin zu.

²⁷ Bei der **Jaroots Herbal Formula** handelt es sich um eine Mischung von Wurzeln und Hölzern aus lokalem Bestand, welche HIV-Patienten komplementär verabreicht wird, um Nebenwirkungen der Erkrankung und/oder der HAART-Therapie zu behandeln. Die Problematik liegt hier in der Nicht-Verifizierung des Medikaments durch die Schulmedizin und deren teilweise abwehrende Haltung gegenüber traditionellen Heilmitteln.

²⁸ **Fesol** ist ein traditionelles chinesisches Medikament, welches in der AIDS-Behandlung verwendet wird. Fesol ist ein Akronym für Fluit Extract of Spring of Life.

²⁹ **Virodene** wurde in Südafrika entwickelt und spaltete auf ähnliche Art wie Herbiron Tisaniferon die südafrikanischen Autoritäten. Die Medizintechnikerin Michelle Olga Patricia Visser entdeckte am Pretoria Hospital die anti-bakteriellen Eigenschaften von Dimethylformamid (DMF), eines organischen Lösungsmittels, und versuchte dessen Wirksamkeit bei HIV-Patienten zu beweisen. Politisch wurde sie in ihrer Arbeit von dem ehemaligen Präsidenten Thabo Mbeki unterstützt. 1999 wurde veröffentlicht, dass enge Vertraute von Mbeki viel Geld in Virodene-Firmen investiert hatten. Die Aussage, dass Frau Visser Professorin am Departement of New Technologies in Medicine an der Moderna Universität in Lissabon, Portugal wäre, wurde seitens der Universität dementiert und auch die Existenz eines solchen Departements verneint.

³⁰ **Azidothymidin (AZT)** wurde ursprünglich in der Krebstherapie verwandt und findet mittlerweile Verwendung in der HIV-Therapie. Es wird heute unter dem Handelsnamen Retrovin® oder Retrovis® der Firma GlaxoSmithKline vertrieben. Anfänglich wurde AZT in zu hoher Dosierung verabreicht, was aufgrund der Toxizität der Substanz zu extremen Nebenwirkungen führte. Mittlerweile ist die Dosierung niedriger und damit weniger toxisch. In der HIV-Therapie wird es mit anderen Medikamenten kombiniert, um einer Mutation des Virus in eine AZT-resistente Form entgegenzuwirken. AZT stand anfangs selbst in Verdacht, Auslöser für AIDS zu sein.

³¹ In Uganda begann 2002 die erste Testreihe eines menschlichen AIDS-Impfstoffes in Afrika. Die Studie testete einen Impfstoff des französischen Unternehmens **Pasteur Merieux**, der einen Kanarien-Pocken-Virus mit 3 HIV-Genen trägt. Dieses Virus kann keine Erkrankungen beim Menschen hervorrufen und

det wurden, werden in den Artikeln auch mögliche AIDS-Heiler vorgestellt. In der *Zambia Daily Mail* erschien beispielsweise am 4. September 1997 der Artikel *AIDS Cure in Kapiri?* über eine traditionelle Heilerin, Dr. Chrisha, die in dem Dorf Musangu eine Klinik für AIDS-Erkrankte eröffnen will und vorgibt, diese mit Hilfe von Injektionen heilen zu können. Die Berichterstattung lässt eindeutig Zweifel an der Legitimität von Dr. Chrisha aufkommen. Die „Heilmethoden“ werden von keinem anderen Arzt authentifiziert, und auch der damalige Präsident Chiluba ließ eine Befürwortung dieser Therapie seinerseits dementieren.

The 49 year-old ‚doctor‘, a Dr Chrisha who hails from Lusaka, has told Kapiri residents that she can cure AIDS among other ailments and that her mission has the blessing of the President, who has allegedly instructed her to go and set up a clinic in his home village. [...] The doctor who claims to be a holder of four degrees in science, medicine, pharmacology and medical virology which she ‚hid‘ from the Daily Mail team which was in the Central Province town on Sunday to find out from her if she had a permit to practice and whether her license authorised her to conduct such operations from a hotel. (Mbewe & Sitwala 1997)

Die Kategorie **Verbreitung und Prävention** in Kasomas Analyse beinhaltet „Risikofaktoren“ wie bestimmte kulturelle Praktiken (u. a. Witwenreinigungsrituale), Risikogruppen (Lkw-Fahrer und Prostituierte), das Kondom als populärste Präventionsform und die allgemeine Verbreitung des Virus auf nationaler Ebene. Für Kasoma überraschend bringen die Zeitungen keine Berichte über die Verbindung von kulturellen Praktiken und erhöhten Ansteckungsmöglichkeiten mit dem HI-Virus, sondern äußern sich ausschließlich positiv über kulturelle Normen und Werte. Zum Beispiel erscheint ein Artikel in der *Times of Zambia* am 21. November 2007 über Witwen, von deren Ehemännern man annimmt, dass sie an AIDS gestorben seien. Es wird zwar darüber berichtet, dass diese Witwen sexuell „rücksichtslos“ wären und auf diese Art das Virus weiter verbreiten würden, aber eine Verbindung zu dem so genannten Witwenreinigungsritual, in welchem die Witwe von einem Verwandten des Verstorbenen vom Geist des verstorbenen Ehemannes sexuell gereinigt werden muss und welches von Kasoma als Risikofaktor einer Übertragung gedeutet wird, wird nicht hergestellt.

A clergywoman has criticised widows who become sexually irresponsible after the deaths of their husbands thus contributing to the rising number of AIDS cases in Zambia. ‚Some even know that their spouses could have died of AIDS but they still go ahead and spread it to others recklessly,‘ she said. She called on women to lead decent lives after being widowed if their respect in society was to be maintained. (*Times of Zambia*, 21. November 1997, *They Become Reckless After Deaths of Some AIDS Afflicted Husbands*)

auch die HIV-Gene selbst sind nicht infektiös. Ähnlich wie beim AZT wurde hier eine vorsätzliche Infizierung mit HI-Viren vermutet.

Darüber hinaus schildern viele Artikel die Übertragungsgefahr des Virus bei bestimmten Risikogruppen. Gerade Lkw-Fahrer würden aufgrund ihrer vielen Beziehungen an ihren Routenwegen das Virus weiter verbreiten. Auch Prostitution, *Sugar Daddies* und das Thema Inzest spielen bei der Berichterstattung über die Verbreitung des Virus eine wichtige Rolle. Die Kontroverse über die Nützlichkeit und Bedeutung des Kondoms bei der Verhinderung von weiteren Übertragungen des Virus findet sich in allen Zeitungen wieder. Es gibt Fürsprecher genauso wie Gegner der Kondomverwendung und Postulate für Abstinenz, die in allen Tageszeitungen eine Plattform finden. Neben der moralischen und religiösen Debatte um den Gebrauch von Kondomen wird immer wieder deren Sicherheit angezweifelt. Es wird vermutet, dass Kondome Löcher hätten, welche das Virus ungehindert durchlassen würden, und auch grundsätzlich würden diese schnell reißen. So sei kein sicherer Schutz geboten. Viele der publizierten Artikel übernehmen bei diesem Thema eine Aufklärungsfunktion, in dem sie offizielle Stellungnahmen des sambischen Gesundheitsministeriums und anderer Hilfsorganisationen zu diesem Thema abdrucken.

Fortunately, there is evidence from investigations in both laboratory and field situations in the US and Europe, that condoms can prevent transmission of HIV and other STDs. Laboratory studies have shown that the HIV virus cannot pass through the thin membrane of the condom (even air and water cannot pass through the condom and these molecules are even smaller than the HIV virus). (ZAMCAM 1997)

Eine eigene Kategorie bildet das Thema **HIV-Test**. Die meiste Aufmerksamkeit bekam das Thema seitens der Zeitungen, wenn es darum ging, wie groß die Angst der Menschen sei, sich einem Test zu unterziehen. Insbesondere wurde dabei auf die Risikogruppe der Prostituierten fokussiert. Nur wenige Artikel äußerten sich positiv über das Testen. HIV-Tests seien notwendig, um die Ausbreitung der Epidemie einzugrenzen. In einem Artikel aus der *Times of Zambia* vom 25. August 1997 spricht sich ein japanischer Mediziner vom *University Teaching Hospital* (UTH) in Lusaka gegen die Verwendung von Anti-Body-based Testmethoden aus, sondern propagiert molekular virologische Techniken wie das derzeit am UTH implizierte Testverfahren *Polymerase Chain Reaction* (PCR). Tituliert wird der Beitrag „AIDS Test Unreliable“. Dies zeigt deutlich, wie bestimmte Aussagen herausgefiltert werden und wie die Aufmachung des gesamten Artikels eine verfälschende Aussage hervorrufen kann. Die Intention des Mediziners Numazaki Yoshio war, darüber aufzuklären, dass es bessere Methoden beim Testen von HI-Viren gibt und dass diese Modelle übernommen werden sollten. Die Wahl des Titels birgt allerdings die Gefahr, dass beim Leser nicht diese Kernbotschaft hängen bleibt, sondern, dass die bisherigen Tests anscheinend nicht zuverlässig waren.

Das Thema **Kinder und Waisen** wurde in den Tageszeitungen *The Times* and *The Mail* behandelt. In *The Post* findet sich kein einziger Artikel zu diesem Thema. In den meisten Artikeln wurde über die verzweifelte Lage von AIDS-Waisen berichtet, welche Unterstützung man

ihnen und denen sie aufnehmenden Familien zukommen lassen könnte und mit welchem Anstieg an AIDS-Waisen man in den nächsten Jahren zu rechnen hätte. Die Artikel bleiben sehr allgemein, geben jedoch einen Eindruck von den dramatischen Auswirkungen der AIDS-Epidemie auf die Hinterbliebenen, so auch in dem Artikel *Orphan Numbers to Swell, Warns Minister* aus der *Times of Zambia* vom 13. Dezember 1997.

The number of orphans in Zambia will leap to 600,000 by the year 2000 if the AIDS epidemic continues to ravage the population at the current rate. [...] Chingola district director of health Silvia Chila challenged guardians of orphans to provide proper guidance. 'We have people who adopt children at a distance. They say they would be providing money for education and food but children need more than that. They need guidance and care,' Dr Chila said. (Anonymous1 1997)

Die letzte Kategorie **Behandlung** von HIV/AIDS-Erkrankten umfasst eine Reihe von Artikeln zu *Positive Living* und über öffentliche Bekenntnisse zu einem positiven HIV-Status. Die Tatsache, dass sich einige HIV-Positive öffentlich zu ihrem Status bekennen, wird von einigen Artikeln eher negativ gesehen. Diese Menschen hätten dies nur getan, da sie eine Menge Geld dafür bekommen hätten. Im Gegensatz zu dieser negativen Erfahrung artikulieren viele Artikel, dass es immer mehr Organisationen und Einrichtungen von und für HIV-Erkrankte und deren Angehörige gibt. Insbesondere das *Commonwealth Youth Programme* an der Universität von Sambia in Lusaka wird dabei hervorgehoben. Es bildet sogenannte AIDS-Botschafter aus, welche landesweit über das Virus aufklären, über ihren positiven Status berichten und sich für einen „normaleren“ Umgang mit der Infektion aussprechen.

Ever heard of the Commonwealth young positive living ambassadors? They are an army of young men and women in Africa, infected with the virus that causes AIDS. [...] The positive living ambassadors who have been globe-trotting, have been powerful megaphones, beaming messages on HIV/AIDS. They have been telling their peers and the world at large one thing: Despite living with the virus that causes AIDS, the world has not come to an end. One can still lead a useful and productive life. (Nondo 1997)

Insgesamt gesehen publizierte *The Mail* die meisten Berichte zu HIV/AIDS und *The Post* die wenigsten. Jedoch hatten die wenigen Berichte der *Post* eine größere Aktualität und wurden häufig als Leitartikel eingesetzt. Im Gegensatz zur *Mail* verbreitete *The Post* Neuigkeiten zum Thema und nicht Altbekanntes. Thematisch war auch hier die Unterteilung *Test, widespreadness, sickness, deaths* am häufigsten und *Cause and prevention* am wenigsten vertreten. Kasoma erklärt diese thematische Verteilung folgendermaßen:

These statistics mean that the areas of 'test, widespreadness, sickness and deaths' and 'cure, vaccine' received the most attention from the three newspapers, strongly suggesting that the

general public in Zambia, wanted to know how widespread HIV/AIDS was and what was being done to arrest its spread. The area of ‚cause and prevention‘ of HIV/AIDS got the least attention after ‚origin‘. The interpretation is that editors knew that the cause and prevention of HIV/AIDS were common knowledge in Zambia and required very little publicity, if any. (Kasoma 2000: 125)

Neben diesen drei von Francis Kasoma vorgenommenen Analysen zur Medialisierung von HIV/AIDS in den sambischen Printmedien wurde 2004 eine weitere Medienanalyse vorgenommen. Dabei wurden die drei Tageszeitungen (*Times of Zambia*, *Zambia Daily Mail*, *The Post*), der Radiosender *Radio Phoenix* (Nachrichtenprogramme) und ZNBC (Radio- und Fernsehsender) untersucht. Die Analyse wurde von *Panos Southern Africa* in Zusammenarbeit mit USAID durchgeführt. Neben dem Thema HIV/AIDS wurden aber auch noch andere Schwerpunkte (u. a. Medieninhalte zu Politik, Geschlecht und Menschenrechten) untersucht. Aus diesem Grund nimmt die Analyse zu HIV/AIDS nur einen kleinen Teil der Gesamtanalyse ein. Man kam grundsätzlich zu dem Ergebnis, dass gerade die Landbevölkerung nicht ausreichend über die Epidemie informiert sei und stärker informiert werden müsste. Auch zeigte sich, dass insbesondere Autoritäten aus Politik und Medizin sich zum Thema AIDS äußern würden, aber der Durchschnittsverbraucher nur kaum in den Artikeln zu Wort käme. Ähnlich kritische Anmerkungen gab es bereits in einer Studie von Peter Ubomba-Jaswa zu Massenmedien und AIDS in Botswana aus dem Jahre 1993, d.h. über zehn Jahre vor der Panos-Analyse. Nach der Panos-Analyse basiert die Mehrzahl der Berichte (84 Prozent) auf Informationen von Pressekonferenzen, Workshops und Seminaren. Die Reportagen seien auch nicht innovativ genug, um das Interesse des Lesers immer wieder von neuem zu wecken. Man würde sich des Themas wie eines Gesundheitsproblems unter vielen annehmen und nicht als eines Problems, welches enorme Auswirkungen auf das Leben vieler Menschen hat. Zweck der Analyse war aber nicht nur eine Beschreibung der Lage, sondern auch das Aussprechen von Handlungsempfehlungen: Es wäre besonders wichtig, die betroffenen Menschen in den Reportagen zu berücksichtigen, ihnen eine Plattform zu geben, auf der sie sich zu bestimmten Themen äußern können.

The media should put a human face to the coverage of HIV/AIDS which tends to be abstract. (Panos Southern Africa 2004: 24)

Basiswissen muss in gewissen Abständen erneut publiziert werden, um dieses Wissen auch in den jüngeren Generationen zu erhalten. Darüber hinaus verlangte man eine bessere und ausführlichere Auseinandersetzung mit und Informationen zu ART. Neben den kritischen Anmerkungen ist man aber über den Anstieg der Berichterstattung zu HIV/AIDS erfreut und über die Versuche, insbesondere bei der *The Post*, eine innovativere Form für diese zu wählen.

2.3.2 MEDIENANALYSE ZU HIV/AIDS 2007/2008 IN DEN SAMBISCHEN TAGESZEITUNGEN *THE POST* UND *ZAMBIA DAILY MAIL*

The Post ist die einzige politisch unabhängige Tageszeitung in Sambia. Sie wurde 1990 von Fred M'membe (heutiger Direktor und Chefredakteur), Ronald Penza und Hon. Enock Kavindele unter dem Namen *Weekly Post* gegründet und positionierte sich in ihrer politischen Ausrichtung eindeutig gegen die UNIP³² (Banda, Fackson 2004). Als Wegbereiter für unabhängigen Journalismus in Sambia und für ihre mutige Berichterstattung wurde die Zeitung international bekannt und ausgezeichnet. In der sogenannten Krisenzeit zwischen 1998 und 2000³³ wurden der unter der Regierung Chilubas in Ungnade gefallenen *The Post* Informationen von offizieller Seite verwehrt, sie wurde der Steuerhinterziehung bezichtigt, willkürliche Verhaftungen von Journalisten und Durchsuchungen der Redaktionsräume waren an der Tagesordnung. Dies führte dazu, dass die Abonnentenzahlen immer mehr sanken und auch keine Anzeigen mehr geschaltet wurden. Die Angst, von der Regierung bezichtigt zu werden, mit der *The Post* zu kooperieren, war für viele zu groß. Dennoch hat *The Post* es geschafft, die Regierungszeit von Chiluba zu überstehen. Das Thema Pressefreiheit nimmt nach wie vor einen hohen Stellenwert in Sambia ein. Immer wieder müssen Journalisten gegen Einschränkungen seitens der Regierung kämpfen und ihre hart erworbene Freiheit zur Meinungsäußerung verteidigen. Im Jahre 2004 musste Roy Clarke, ein Kolumnist der *The Post*, nach der Veröffentlichung seines Artikels *Mfuwe*³⁴ untertauchen, um der Deportation als *threat to peace and good order* zu entgehen. Der Artikel erschien in seiner wöchentlichen Kolumne *Spectator*, in welcher Roy Clarke auf satirische Weise über politisches Geschehen referierte (vgl. M'membe 2004: ix). Heute ist die *The Post Newspaper Ltd.* ein Großunternehmen und steht finanziell und machtpolitisch auf stabileren Beinen. 2004 zog die Zeitung in einen finanziell aufwendigen Neubau um, erstand eine neue Druckerpresse und baute ein eigenes Internetportal auf.

Die *Zambia Daily Mail* erscheint werktäglich auf Englisch. Gegründet wurde sie in den späten 1950er Jahren, damals noch unter dem Titel *African Mail*. In den 1960ern änderte sie ihren Namen in *Central African Mail* und wurde unter Dr. Alexander Scott privat geführt. Nach der Unabhängigkeit Sambias wurde die Zeitung von der sambischen Regierung aufgekauft. Erst in den 1970er Jahren wurde die *Zambia Daily Mail* zur Tageszeitung, die vor allem von nationalen Ereignissen berichtet. Die Zeitung wird zum großen Teil von Seiten der Regierung finanziert

³² Die *United National Independence Party* (UNIP) trat 2006 dem Bündnis *United Democratic Alliance* (UDA) bei.

³³ Die Situation eskalierte, als die *The Post* am 9. März hohe Offiziere der sambischen Armee folgendermaßen zitierte: „Sambia kann einem Militärangriff durch Angola nicht standhalten.“ Staatspräsident Chiluba war über diese Aussage so brüskiert, dass er die für diesen Artikel verantwortlichen Journalisten verhaften und wegen Spionage vor Gericht stellen ließ. Der Herausgeber der Zeitung, M'membe, forderte die Freilassung seines Redakteurs und bot stattdessen seine eigene Inhaftierung an (vgl. Berger 1999: 12-13).

³⁴ In diesem Beitrag werden Minister und der Ministerpräsident als Tiere dargestellt. Der Präsident fühlte sich durch die Darstellung als übergewichtiger und inkompetenter Elefant beleidigt. Für den Mfuwe-Text und die dazugehörige Illustration von Yuss siehe Anhang.

und ist aus diesem Grund nur äußerst eingeschränkt bis gar nicht in der Lage, regierungskritisch und unabhängig zu berichten (Panos Southern Africa 2004).

2.3.2.1 GESTALTUNG DER MEDIENANALYSE

Die Auswahl von geeigneten Printmedien fiel relativ leicht. Meine Wahl fiel auf die Tageszeitungen *The Post* und *Zambia Daily Mail*, wobei der Schwerpunkt eindeutig auf den Artikeln aus der *Post* liegt. Ich konzentrierte mich auf die *The Post*, da sie einerseits als unabhängige Zeitung nicht unreflektiert die politische Meinung der Regierung vertritt, sondern Themen selbst recherchiert und Quellen evaluiert, und zum anderen sich zur Aufgabe gemacht hat, täglich über HIV/AIDS zu berichten und damit einen geeigneten Korpus für eine Inhaltsanalyse bietet.³⁵ Die Analyse deckt den Zeitraum von Oktober 2007 bis September 2008 ab und berücksichtigt 109 Zeitungsartikel, die in diesem Zeitraum erschienen sind. Während der Feldforschung habe ich die Ausgaben der *The Post* und der *Zambia Daily Mail* regelmäßig gekauft und die außerhalb des Feldforschungszeitraums erschienenen Ausgaben nachträglich über deren Online-Archive gesichtet. Die folgende tabellarische Darstellung der Ergebnisse soll einen bessern Überblick über die Muster und Schlüsselthemen der HIV/AIDS-Berichterstattung geben. Ähnlich der Analyse, die Mwanasa Chanda (2008) zur Darstellung von HIV/AIDS in der namibischen Medienlandschaft unternommen hat, wird auch hier eine Kategorisierung vorgenommen, und Themen werden zu Schlagwörtern gebündelt. Die von Mwanasa Chanda verwendeten Themenschwerpunkte: „Gründe für eine Infektion, Bewusstsein, Behandlung, Prävalenz, Beratung, Test, Stigma, PLWHA, Risikogruppen und Diverses“ reichen für diese Analyse nicht aus bzw. stimmen mit den Themenschwerpunkten der sambischen Medienlandschaft zu HIV/AIDS in dem vorgegebenen Untersuchungszeitraum nicht überein. Aus diesem Grund wurden folgende Kategorien ausgewählt: Verwendung von Kondomen, Risikogruppen, Kinder – Jugendliche – Familie, Gender, Gesundheitswesen, Medien und AIDS, Medizinische Informationen, Test und Behandlung, allg. regionale und nationale Situation, Hilfe durch internationale Geldgeber, Gründe für HIV-Infektionen und Diverses. Viele Zeitungsartikel berühren in ihrem Ansatz auch mehrere Kategorien, sind aber dann nach jeweiligem Themenschwerpunkt einer konkreten Kategorie untergeordnet worden.

2.3.2.2 INHALTSANALYSE THE POST UND ZAMBIA DAILY MAIL

Die Inhaltsanalyse dient einem besseren Verständnis über die Muster der HIV/AIDS-Präsentationen in der sambischen Medienlandschaft. Die folgende Tabelle gibt darüber Auskunft, welche Themen von den Medien aufgegriffen und welche Schwerpunkte gesetzt wurden. Die Kategorie Allg. regionale und nationale Situation, Hilfe durch internationale Geldgeber

³⁵ *The Post* publiziert eindeutig die meisten Artikel zum Thema HIV/AIDS. Dennoch wird die Prämisse, jeden Tag über die Epidemie zu berichten, nicht immer eingehalten, es sei denn, man zählt Stellenanzeigen von Seiten der Regierung und unzähligen Hilfsorganisationen sowie Ausschreibungen für HIV relevantes Material dazu und spricht nicht von einer täglichen Berichterstattung sondern Nennung.

schließt ein Viertel aller untersuchten Artikel ein. Das Thema Verwendung von Kondomen folgt mit fast 20 Prozent, im Anschluss die Kategorie Kinder – Jugendliche – Familie mit 15 Prozent, Medien und AIDS mit 9 Prozent und Medizinische Informationen, Test und Behandlung mit 8 Prozent. Mit jeweils 6 Prozent zu Risikogruppen und Diverses und 4 Prozent zu Gender spielen diese Themen in der sambischen Medienlandschaft eine weit weniger wichtige Rolle und die Themen Gesundheitswesen mit 3 Prozent und Gründe für eine Infektion mit 2 Prozent werden nur marginal erwähnt.

Inhalt der Artikel	Anzahl	Prozentual
Verwendung von Kondomen	21	19,27
Risikogruppen	6	5,50
Kinder – Jugendliche – Familie	17	15,60
Gender	5	4,59
Gesundheitswesen	4	3,67
Medien und AIDS	10	9,17
Medizinische Informationen, Test und Behandlung	9	8,26
Allg. regionale und nationale Situation, Hilfe durch internationale Geldgeber	28	25,69
Gründe für HIV-Infektionen	3	2,75
Diverses	6	5,50
Insgesamt	109	100 Prozent

Abb. 44 Tabelle Häufigkeit von spezifischen HIV-Themen in *The Post* und *Zambia Daily Mail*
Quelle: Annabelle Springer 2009

Auch die Erscheinungstermine sind bei dieser Analyse von besonderem Interesse. Manche Themen sind in bestimmten Zeiträumen deutlicher artikuliert worden als in anderen. In der Zeit um den Welt-Aids-Tag am 1. Dezember verdichtet sich die Berichterstattung zu HIV/AIDS deutlich. Im Frühjahr (Januar bis März) werden die Beiträge seltener und allgemeiner. Andere Themen wie Überschwemmungen, Nahrungsknappheit und Choleraausbrüche beherrschen in dieser Zeit die sambischen Medien und das Interesse an HIV/AIDS-Beiträgen steigt erst wieder mit der anbrechenden Trockenzeit im April/Mai.

Inhalt der Artikel	Anzahl	2007 (2. Halbjahr)	2008 (1. Halbjahr)	2008 (2. Halbjahr)
Verwendung von Kondomen	21	5	11	5
Risikogruppen	6	2	2	2
Kinder – Jugendliche – Familie	17	4	12	1
Gender	5	1	3	1
Gesundheitswesen	4	-	4	-
Medien und AIDS	10	4	3	3
Medizinische Informationen, Test und Behandlung	9	3	4	2
Allg. regionale und nationale Situation, Hilfe durch internatio- nale Geldgeber	28	10	12	6
Gründe für HIV-Infektionen	3	1	2	-
Diverses	6	2	3	1
Insgesamt	109	32	56	21

Abb. 45 Tabelle Erscheinungsjahr von spezifischen HIV-Themen in *The Post* und *Zambia Daily Mail*
Quelle: Annabelle Springer 2009

Das Thema **Verwendung von Kondomen** nimmt ein Sechstel der thematischen Ausrichtung der untersuchten Medien ein. Eine Reihe von Artikeln sprechen sich für die Verwendung von Kondomen und für das Praktizieren von *Safer Sex* aus, andere sind hingegen konträr ausgerichtet. Politiker, Ärzte, Journalisten, Leser und religiöse Führer geben in diesen Artikeln einen Einblick in die kontroverse Debatte um die Kondomdistribution und -verwendung – ein Thema, welches über den gesamten Zeitraum hinweg immer wieder zu öffentlichen Diskussionen führte. Für große Aufregung in dieser Debatte sorgte die Aussage des ehemaligen Präsidenten Frederick Chiluba im Mai 2008, dass diejenigen, welche für die Verwendung und Bewerbung von Kondomen seien, das Wachstum der sambischen Bevölkerung verhindern würden. Kondome seien nicht sicher und würden falsche Hoffnungen wecken. Die einzige Sicherheit läge in der Abstinenz. Die Reaktion auf diese Äußerung spiegelte sich in empörten Antworten seitens der *Society for Family Health* (SFH), Ärzten und Leserbriefen insbesondere in *The Post* wider, die sich über negative Auswirkungen von Chilubas Präventionsarbeit beschwerten und dafür deutliche Worte fanden:

As for Mr. Chiluba, of course he is entitled to his own personal opinion on issues – including condoms. But as a highly quoted and possibly still influential Zambian leader, he has absolutely no right to poison the young minds of children with untruths and personal dogma. He failed to posi-

tively influence the course of the Zambian AIDS epidemic when he was in power; let him not undo others' efforts in his retirement. (Phiri, 11. Mai 2008)

Für weitere Aufregung sorgte im August 2008 ein Artikel der *The Post*, in welchem der Präsident der *Zambia National Union of Teachers* (ZNUT), Henry Kapenda, sich für eine stärkere Verteilung von Kondomen an Schulen aussprach mit der Begründung: „*it would be disastrous to pretend that pupils were not sexually active*“ (Anonymous2 2008). Viele Leserbriefe gingen bei der Redaktion ein und monierten die Verteilung von Kondomen an Schulen. Dies würde doch gerade erst die Schüler auf sexuelle Gedanken bringen und die Arbeit der auf dem Gedanken der Abstinenz aufbauenden Organisationen zunichte machen (Purley 2008).

Ein Artikel in *The Post* betonte die notwendige Verteilung von Kondomen auch am Arbeitsplatz, da es nach wie vor häufig zu ungeschütztem sexuellen Verkehr zwischen Arbeitskollegen käme (Musenga 2008, Sinyangwe 2008). Auch von politischer Seite wurde dieses Unterfangen unterstützt. Natürlich bliebe das Thema aus moralischer Sicht zweifelhaft, aber an der medizinischen Wirksamkeit von Kondomen bestünde kein Zweifel, äußerte Informationsminister Mike Mulongoti im Mai 2008.

I am not a pretender. Well, from a moral position, the use of condoms might be an issue but the medical experts have advised that condoms are effective in preventing the spread of HIV and AIDS. And if we're to look at things from a moral perspective, society would finish. (Sinyangwe 2008)

Ein sehr kritischer Artikel über die Rolle der Kirche in der Verhütungsthematik erschien in *The Post* am 24. Juli 2008. Es wäre an der Zeit sich selbst zu gestehen, dass auch Christen unüberlegt unerlaubten Sex hätten. Das Thema Kondome spiele beim Schutz vor einer Übertragung des Virus eine wichtige Rolle.

An important lesson could be learnt from this development; Christians are active participants in transmitting and acquiring HIV/AIDS. The promotion of abstinence in the Church is well-intended but remains a deadly myth. Condoms do not promote promiscuity. They merely prevent the transmission of diseases and unwanted pregnancies. Where promiscuity already exists, the fight against HIV/AIDS will never be won if we assume that all Christians adhere to biblical principles. It's time the Church of Zambia got real about the use of condoms. (Zulu 2008)

Viele der zum Thema Kondomgebrauch veröffentlichten Artikel thematisieren gleichzeitig Abstinenz. Abstinenz sei der Schlüssel für die Vermeidung einer Infektion und nur im Falle, dass abstinentes Handeln nicht möglich sei, solle man Kondome gebrauchen. Aber es gibt auch Leserbriefe, welche die Position einnehmen, dass nur die Abstinenz als Lösung für die weitere

Verbreitung des Virus in Frage kommt. Die Verwendung von Kondomen „*opens a road of conjugal infidelity and causes a general lowering of morality*“ (Kokoski 2008).

Das Thema Verhütungsmittel beinhaltet natürlich auch den Genderaspekt. Frauen und junge Mädchen haben häufig nicht die Möglichkeit, das Thema Kondomverwendung in ihren Beziehungen zu kommunizieren. Viele fürchten als Prostituierte verkannt und der Promiskuität beschuldigt zu werden (Anonymous3 2008). Nur ein Artikel artikuliert die Verwendung von *Female Condoms* als effektiven Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten, ungewollten Schwangerschaften und der Übertragung des HI-Virus. Dieser Artikel der *Zambia Daily Mail* vom Februar 2008 bewirbt nahezu die Nutzung dieses Verhütungsmittels als ultimatives „Instrument“ im „Kampf“ gegen das Virus. Frauen könnten auf diese Weise selbst die Kontrolle übernehmen, und eine bessere Finanzierung dieses Verhütungsmittels seitens des privaten und öffentlichen Sektors wird gefordert.

The female condom is a key technology in the fight against HIV/AIDS that awaits the full support of the global community. Developing greater political, social support for the female condom at local, national and international level is the solution. (Anonymous4 2008)

Ein Artikel aus dieser Kategorie weicht deutlich von der oben erläuterten Diskussion ab, beinhaltet aber dennoch das Thema Verhütungsmittel und HIV. Es geht um ein Verhütungsmittel für Frauen, welches mit einer Spritze injiziert wird und das unter dem Verdacht steht, HI-Viren zu beinhalten. Dieses Mittel wurde von der *USAID* in Sambia zur Verfügung gestellt. Es handelt sich um ein Produkt einer US-Pharmafirma. Obwohl das Produkt von den USA auf HI-Viren überprüft wurde und eine „Kontaminierung“ mit HI-Viren ausgeschlossen werden konnte, wurde es von der sambischen Regierung vom Markt genommen, um es erneut zu prüfen. Diese Form von indirekten „Anschuldigungen“, der Westen wolle die afrikanische Gesellschaft vorsätzlich mit dem HI-Virus infizieren, gehören den so genannten Verschwörungstheorien an, die schon seit geraumer Zeit in Afrika kursieren. Der Verdacht, dass nun ein weit verbreitetes Verhütungsmittel für Frauen, welches auch im Westen verwendet wird, mit HI-Viren „verseucht“ sei, und dass dieser Verdacht von der Regierung Sambias ernst genommen wird, zeigt, wie weit diese Verschwörungstheorien Verbreitung finden.

Die sogenannten **Risikogruppen**³⁶ bei beiden Zeitungen werden kaum thematisiert. Insgesamt sind nur sechs Artikel auf jeweils eine spezifische Gruppe ausgerichtet – Fernfahrer, Straßenkinder, Gefängnisinsassen, Lehrer, Taubstumme und Alkoholabhängige. Die in anderen

³⁶ Es gibt eine Debatte um die sogenannte Risikogruppenpolitik. Auf verschiedenen Kontinenten arbeitet man mit diesem Model als wirksamstes Instrument im Public Health Bereich. In vielen Ländern hat dieser Ansatz auch bereits Erfolge erzielt, dennoch gibt es kritische Stimmen, die diesen Ansatz in Bezug auf Gesellschaften südlich der Sahara nicht befürworten. Hier wird das Virus nicht von eng eingrenzenden Gruppen übertragen, sondern von einer sexuell aktiven „Heterogesellschaft“. Aus diesem Grund sei es nicht förderlich, ausschließlich mit Risikogruppen zu arbeiten, da man auf diese Weise den „Hauptübertragungsweg“ außer Acht lasse.

Ländern häufig in den Fokus von Risikogruppenprävention kommenden Gruppen wie Prostituierte, Stricher, Homosexuelle und Drogenabhängige³⁷ bleiben hier unerwähnt. Bei dem Bericht über die Gruppe der Fernfahrer handelt es sich um einen allgemeinen Report über die Initiative der UN, in Afrika entlang der Transportkorridore die HIV-Epidemie unter Kontrolle zu bringen (Anonymous5 2008). Der Artikel ist sehr allgemein gehalten und nimmt nicht Bezug auf die Situation in Sambia. Der Bericht über die Straßenkinder hingegen hat einen lokalen Bezug (Anonymous6 2008), da es um konkrete Camps – Auffanglager für Straßenkinder – in Kitwe und Chiwoko geht. Diese Einrichtungen scheinen nicht erfolgreich zu sein, da viele Kinder nach ihrer Ausbildung in den Camps wieder auf der Straße landen oder bereits vorher „ausbrechen“. Die Reportage ist eher kritisch, zeigt aber auch keine Perspektive auf. Deutlich positiver ist der Artikel über die Betreuung von HIV-infizierten Häftlingen (Nawa 2007). Gefängnisinsassen sollen die Möglichkeit haben, sich auf HIV testen zu lassen, und Zugang zu ART bekommen. Die ersten Schritte in diese Richtung sind bereits gemacht, und Gefängnisinsassen und Wachpersonal werden bereits als *Peer Educator* ausgebildet. Auch die Berufsgruppe der Lehrer war und ist davon betroffen (Mpundu 2007). Ende der 1990er starben jährlich über 1000 Lehrer an AIDS-definierten Erkrankungen (opportunistischen Infektionen). Das Bildungsministerium fördert eine Lehrinitiative, die *Anti-Aids-Teachers Association of Zambia* (AATAZ), welche nicht nur die Aufgabe hat, über das Virus aufzuklären und Kolleginnen und Kollegen zum VCT zu animieren, sondern sich auch um Infizierte zu kümmern und gemeinsame Hilfsstrategien auszuarbeiten. Eine dieser Strategien sind die so genannten Gemeinschaftsgärten, in denen Lehrerinnen und Lehrer Gemüse und Kräuter anpflanzen, um mit deren Hilfe das Immunsystem zu stärken und die Nebenwirkungen von opportunistischen Erkrankungen oder Medikamenten zu behandeln: ein ausgesprochen informativer Beitrag aus der *The Post* vom 7. Oktober 2007, der nicht nur informiert und motiviert, sondern auch direkt Kontaktdaten zur Verfügung stellt und konkret Hilfe anbietet.

Für die Gruppe der Taubstummen gibt es nur wenige aufklärende Kampagnen. Es handelt sich dabei um eine sehr marginalisierte Gruppe, die nicht im Fokus von Kampagnen steht. Jedoch gerade taube bzw. taub-stumme Menschen sind aufgrund ihrer Behinderung besonders vulnerabel und erfahren häufig Diskriminierung (Musukwa 2008). Die meisten von ihnen haben keine Schulbildung und auch nicht die Zeichensprache erlernt. Informationen über HIV/AIDS werden aber zumeist auf Englisch produziert und aus diesem Grund von ihnen nicht verstanden. Das Medium Radio entfällt aufgrund ihrer Behinderung komplett, und das Fernsehen hat noch keine Programme in der Zeichensprache entwickelt. Menschen mit Behinderungen sind bisher immer von Kampagnen ausgeschlossen gewesen. Man ging sogar eine Zeit lang davon

³⁷ Unter Drogenabhängigen verstehe ich hier Abhängige von Drogen wie Heroin, Morphin, Crack und Amphetamin, die schnell zu körperlicher und/oder physischer Abhängigkeit führen. Zumeist werden diese Drogen über Spritzen injiziert. Alkohol und Kokain gehören auch zu den Drogen, werden aber nicht injiziert und sind aus diesem Grund für eine mögliche Übertragung des HI-Virus zum Beispiel durch nicht-sterile Spritzen nicht relevant.

aus, dass diese Gruppe sexuell nicht aktiv sei und aus diesem Grund nicht von dem Virus betroffen wäre. Aber gerade ihre Behinderung macht sie besonders verletzlich gegenüber Missbrauch, da sie sich häufig nicht hörbar zur Wehr setzen können und nicht in der Lage sind, den Missbrauch anzuzeigen. Die Zahl der HIV-Infizierten unter den Taubstummen steigt nach wie vor, der Grund für einige Organisationen diese „Minderheit“ in der Präventionsarbeit deutlicher zu berücksichtigen und teilweise sogar einen Schwerpunkt auf eine besser verständlichere Vermittlung der HIV-Thematik zu legen (STARZ 2009).

Der Artikel über Alkoholmissbrauch basiert auf einem regionalen Fallbeispiel in Mazabuka (ZANIS 2008). Eine lokale nicht-staatliche Regierungsorganisation hatte HIV-Patienten, welche ART bekommen, zusätzliche Unterstützung zum Beispiel in Form von Nahrungsmitteln, verweigert, wenn sie nicht mit dem Missbrauch von Alkohol (in diesem Fall von Bier) aufhören würden. Die NGO begründet ihre Entscheidung mit dem Argument, dass Bier teurer als Lebensmittel sei und diese HIV-Patienten daher offensichtlich nicht auf die Unterstützung angewiesen seien. Dieser Artikel verdeutlicht, dass Alkoholiker nicht als eine Risikogruppe gesehen werden, denen geholfen werden muss und die eine besondere Therapie benötigen, sondern dass sie im Gegenteil aufgrund ihrer Abhängigkeit „bestraft“ und weiter ausgegrenzt werden. Eine Reflektion über die Situation von Alkoholabhängigen und mögliche Hilfestellungen findet nicht statt.

Die Kategorie **Kinder – Jugendliche – Familie** kann in zwei weitere Unterkategorien unterteilt werden: Kinder/Jugendliche/Bildung und Familie/Ehe. Zwölf von den insgesamt 17 Artikeln in dieser Kategorie schreiben über die Bedeutung von Bildung für Jugendliche und Aufklärung von Jugendlichen, einem eindeutigen Schwerpunkt in der nationalen HIV-Prävention. Neben allgemeinen Artikeln zum Bildungsthema wie in *Education is the key to development* (Akuffo 2007), *Recreation, HIV/AIDS* (GMM 2008), *Money is nothing without education* (Mungala 2008) und *Youth urged to fight HIV/AIDS* (Mwansa 2007) werden gerne erfolgreiche Jugendprojekte wie das *Chibombo Youth Project* (Präventionsarbeit von Jugendlichen für Jugendliche) vorgestellt (Mungala 2007). Neben der Aufklärung und dem Zugang zu Gesundheitseinrichtungen (VCT, ART) ist eine adäquate Freizeitgestaltung für die Jugendlichen von besonderer Bedeutung. Jugendliche, die sich langweilen und keine Beschäftigung haben, könnten schnell auf „dumme Gedanken“ kommen, meint Francis Phiri, einer der Mitgründer des Jugendprojekts.

When we analysed the situation we realised that the irresponsible sexual behaviour was linked to lack of information on HIV/AIDS and also lack of recreation facilities. Because youths have nothing to do the only activity they end up doing is engaging in illicit sex. (Mungala 2007)

Auch die Form der Vermittlung ist hier besonders wichtig. *The Post* hat in der Samstagsausgabe einen Teil der Zeitung explizit auf Jugendliche ausgerichtet (*Educational Post*) und diesen

mit modernen Illustrationen, Comics, Farbfotos, anderen Schriftarten und einem „lockeren“ Sprachgebrauch ausgestattet. Diese modernere Gestaltung des Zeitungsteils soll gerade die jungen Leser zum Lesen der wichtigen Artikel zu HIV/AIDS motivieren.



Abb. 46 Auntie Gertrud in der *Educational Post*
Quelle: *The Post* 2008



Abb. 47



Abb. 48

Abb. 47 Illustration eines weiblichen Teenagers in der
Educational Post
Quelle: *The Post* 2008

Abb. 48 Illustration eines männlichen Teenagers in
der *Educational Post*
Quelle: *The Post* 2008

Die restlichen fünf Artikel in dieser Kategorie sind dem Thema Familie/Ehe gewidmet. Sie thematisieren die hohe Infektionsgefahr in Ehen und die Bedeutung von Familienverbänden und deren Verantwortung in Zeiten von AIDS. Zwei Zeitungsartikel berichten von dem stark erhöhten Infektionsrisiko innerhalb der Ehe (Anonymous7 2008, Phiri 29. Juni 2008). Die meisten Neuinfektionen sind bei jungen Frauen zwischen 20 und 30 Jahren zu finden, von denen viele erst einen Sexualpartner (zumeist ihren Ehemann) hatten. Das hohe Risiko wird zum einem damit begründet, dass viele sich immer noch nicht haben testen lassen und aus diesem Grund ihren Status nicht kennen. Zum anderen seien die vielen außerehelichen Beziehungen, die einem traditionellen Verständnis von Männlichkeit entspringen würden, Grund für das erhöhte Risiko.

Most African traditions are biased towards men, in most cases men are considered to be superior to women as a result it is considered to be normal for a man to have more than one woman. In

some traditions, when a man has more than one wife they are regarded as well to do and highly respected in society. This has been passed on from one generation to the other. In the wake of HIV/AIDS, sayings such as 'ubuchende bwamwaume tabutoba nganda' means a man's promiscuity can not lead to divorce. (Anonymous7 2008)

Die anderen drei Artikel beschreiben die Schwierigkeiten, welche Familienverbände in Zeiten von AIDS bewältigen müssen. Viele Kinder haben ein Elternteil oder auch beide verloren und/oder sind selbst infiziert und müssen versuchen, sich selbst zu versorgen (Chanda 2008, *Editor The Post* 2008). Die Familienangehörigen sind zumeist mit der Pflege der Erkrankten und mit dem eigenen Überleben überlastet, und aus diesem Grund landen immer häufiger Kinder auf der Straße. Insbesondere die Rolle der Väter bei der Kindererziehung soll wichtiger werden: Sie müssen mehr Verantwortung übernehmen und zum Wohle ihrer Kinder sich mehr an deren Leben beteiligen. Die Kindererziehung sollte nicht alleine von Frauen übernommen werden, sondern eine gemeinschaftliche Angelegenheit sein (Chakwe 2008).

Die fünf folgenden Artikel, die unter die Kategorie **Gender** fallen, widmen sich alle dem Thema in Kombination mit Vulnerabilität und Gewalt. Insbesondere verheiratete Frauen hätten ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko, da sie mit ihren Ehemännern bei Gesundheitsfragen wie einer Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung aber auch einem HIV-Test Rücksprache halten müssten (Kapekele & Mbulo 2008). Das Thema Gender tritt immer mehr in den Vordergrund, nicht nur aufgrund der grundsätzlich höheren Prävalenz von HIV bei jungen Frauen, sondern auch in Bezug auf Gewalt, Missbrauch und Vergewaltigungen (Banda, Pauline 2007, Mwansa 2008). Es besteht die Notwendigkeit, die Rechte von Frauen in Bezug auf ihren Körper zu festigen und den Missbrauch dieser Rechte deutlicher zu bestrafen. Der Gründer von *Men's Network*, Horraine Chilando, kommentiert, dass der „Kampf“ gegen das Virus nur gewonnen werden könne, wenn das Thema Gender und Gewalt adressiert würde.

We must strengthen our response to HIV/AIDS by safeguarding women's rights. It is also important to ensure equitable access to antiretroviral therapy (ART) and empower women to address gender-based abuses as part of the treatment. We also need to put in place legislation on sexual and gender-based violence. (Mwansa 2008)

Der Zugang zu ART bleibt vielen Frauen verwehrt. Viele, die sich heimlich haben testen lassen, verbergen ihren Status vor ihren Ehemännern und anderen Familienmitgliedern und fürchten, bei der Einnahme ihrer ART-Medikamente überrascht zu werden (Ali 2008, Sibanda 2008). Eine Enthüllung ihres positiven Status könnte gravierende Folgen haben: Sie könnten der Prostitution oder der Promiskuität beschuldigt, geschlagen, verlassen und emotional und finanziell von der Familie isoliert werden. Zwei der fünf Artikel (Ali 2008, Sibanda 2008) arbeiten mit Fallbeispielen und nehmen aus diesem Grund eine deutlich emotionale Position zu der Thematik ein.

Der Leser kann auf diese Weise den physischen, psychischen und verbalen Missbrauch an den HIV-positiven Frauen verinnerlichen und wird von deren Situation berührt.

‚I fear to tell my husband,‘ said Maria (not her real name), a 45-year old woman fearful of disclosing her HIV status at home. ‚He can shout and divorce me. He uses bad language with me.‘ She told me that she hides her antiretroviral medicine. When she takes her pills, she said ‚I have to make sure that he is outside. That is why I forgot to take medicine.‘ (Ali 2008)

Die Kategorie **Gesundheitswesen** beinhaltet vier Artikel, die alle im Zeitraum von Mitte Mai 2008 bis Anfang Juni 2008 erschienen sind. In den Zeiträumen davor und danach wird das Thema nicht mehr aufgegriffen. Grundsätzlich thematisieren die Artikel die ungleiche Behandlung von „normalen“ Bürgern und Personen des öffentlichen Lebens, die mangelhafte Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen und das Fehlen geschulten Personals. Insbesondere das Abwandern von ausgebildetem Personal ins Ausland (zumeist nach Großbritannien) oder das Fernbleiben von bereits im Ausland Ausgebildeten, die aufgrund der mangelhaften klinischen Zustände und der Einkommensunsicherheit nicht nach Sambia zurückkehren, werden thematisiert. Diese Tendenz müsse unterbunden und den „Ausgewanderten“ bessere Konditionen für eine Rückkehr in die Heimat versprochen werden. Während drei Artikel aus *The Post* (Editor *The Post* 2008a, Chakwe 2008a und b) das marode sambische Gesundheitssystem und die in dieser Hinsicht nicht ausreichende Regierungsarbeit von Seiten der *Zambia Medical Association* (ZMA) kritisieren, sieht der Kommentar zu diesem Thema in der staatseigenen *Zambia Daily Mail* ganz anders aus. Das Thema wird zwar aufgegriffen, aber bezieht sich nicht auf das Gesundheitssystem im Allgemeinen (Editor *Zambia Daily Mail* 2008). Der zu beobachtende *Brain Drain* bei medizinischem Personal wird nur in einem Nebensatz erwähnt und nur als einer von vielen Gründen mit einbezogen. Schwerpunkt des Artikels ist die Vorstellung eines Projektes der Regierung, welches die Gesundheit von sambischem medizinischem Personal fördern soll, in Form von sogenannten *Wellness for Health Workers Centres*. Die Regierung wird hier als aktiv gegen die Missstände im Gesundheitswesen vorgehend dargestellt.

Lack of check ups among medical workers could also be a contributing factor to poor health service delivery apart from the brain drain to other countries that offer them better conditions of service. As a continent that has a high disease burden, African countries like Zambia that have and intend to establish Wellness Centres for medical personnel are likely to improve service delivery to the general public. [...] The few patriotic medical personnel that have decided to remain in Zambia and have access to the newly established Wellness Centre stand to benefit, as they will be able to go for check ups regularly. (Editor *Zambia Daily Mail* 2008)

Der redaktionelle Beitrag fokussiert auf die Einrichtung von so genannten *Wellness* Zentren für das Gesundheitspersonal, in denen es untersucht und behandelt werden kann und setzt sich in

keinster Weise kritisch mit dem Abwanderungsproblem von medizinischem Personal auseinander. Missstände im Gesundheitswesen werden nicht artikuliert und sind auch laut dem Artikel nicht der Grund für die Abwanderungstendenzen des medizinischen Personals, sondern mangelnder Patriotismus.

Der Rolle der Medien und ihrem Umgang mit dem Thema HIV/AIDS wird viel Raum in den untersuchten Berichterstattungen zugestanden. Beide Zeitungen, staatlich wie unabhängig, stimmen darin überein, dass die Verbindung von **Medien und AIDS** weiter ausgebaut werden und dabei immer neue Aspekte berücksichtigen muss. Thematisiert wird hauptsächlich die bereits in Kapitel 2 angesprochene Involvierung und Sensibilisierung von Journalisten bei der Berichterstattung über HIV/AIDS-Themen. Während die *Zambia Daily Mail* eher allgemein auf die Notwendigkeit und die Macht von Informationen eingeht (Mwinga 2008), konkretisiert *The Post* die Thematik. Auf vielfältige Weise stimuliert sie nicht nur das Engagement von Journalisten, sondern setzt dieses bereits in ihren Artikeln und Darstellungen um (Chakwe 22. Juni 2008). Berichte über Journalisten, die sich bereits haben testen lassen und sich öffentlich zu ihrem Status bekennen, werden gedruckt. Die authentische Darstellung von den Schwierigkeiten und Ängsten dieser Journalisten überzeugt und stellt einen offenen Umgang mit der Epidemie dar. Auch der von der MISA gestartete Vorschlag, alle Journalisten sollten als Vorreiter sich testen lassen, wird aufgegriffen, reflektiert und durch Bewerbung von MISA-Aktionen wie den *Media Awards for Best Coverage of HIV/AIDS issues* unterstützt (Chakwe 2007). Des Weiteren finden sich eine Reihe von Leserbriefen und Reflektionen über AIDS in *The Post* unter der Rubrik Lifestyle, die von Princess Kasune Zulu und Dr. Mannasseh Phiri beantwortet werden (Phiri 2007, Phiri & Zulu 2007).



Princess Kasune

Zulu's reply

Abb. 49 Princess Kasune Zulu in *The Post*
Quelle: *The Post* 2007



Reflecting on AIDS

with Dr Mannasseh Phiri

Abb. 50 Dr. Mannasseh Phiri Kolumne in *The Post*
Quelle: *The Post* 2007

Der letzte Artikel, der in diesem Rahmen erwähnt werden soll, handelt von der Benennung von AIDS als Todesursache im Totenschein (Phiri 10. August 2008). Es handelt sich hierbei um

einen Konflikt zwischen Ärzten und Journalisten. Die Journalisten beklagen, dass die meisten Ärzte nicht AIDS als Todesursache in den Totenschein schreiben würden, sondern eine opportunistische Krankheit³⁸ – mit der Begründung, die Nennung von AIDS würde nur zu weiteren Stigmata und Ausgrenzungen führen und dadurch keine Hilfe für eine „Normalisierung“ der Situation darstellen. Diese Tatsache erschwere aber wiederum den Journalisten, AIDS mit dem Ableben prominenter Persönlichkeiten in Verbindung zu bringen. Die Ärzte hingegen kritisieren, dass die Journalisten nur sehr selten AIDS als Todesursache abdrucken würden, insbesondere wenn es um eine wichtige Persönlichkeit ginge. Auf diese Weise würde der Eindruck entstehen, dass bedeutende Persönlichkeiten AIDS gegenüber „immun“ seien.

It is difficult to name five important people who have been known publicly to have died of AIDS-related causes since the epidemic started. The only one that immediately springs to mind is the first president's son Masuzyo. No Cabinet minister, no deputy minister, and no member of parliament. (Phiri 10. August 2008)

Darüber moniert Dr. Mannasseh Phiri in seinem Artikel, dass in den Zeitungen häufig von einer langen Krankheit berichtet wird, anstatt konkret die Todesursache AIDS anzugeben. Seines Erachtens sollte jeder, ob Journalist oder Arzt, sein Bestes tun, um weiter über die Epidemie aufzuklären und zu zeigen, dass AIDS alle Sambier – auch Politiker und bedeutende Persönlichkeiten – betrifft.

Diverse Themen aus dem medizinischen Kontext sind unter der Kategorie **Medizinische Informationen, Test und Behandlung** zusammengefasst worden. Bei einem Artikel geht es um die adäquate Versorgung von HIV-Patienten mit ART in überschwemmten Gebieten, in denen die Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen noch stärker als üblich eingeschränkt ist (Chisunka 2008). Ein anderer artikuliert die Bedeutung von VCT bei schwangeren Frauen und Kleinkindern. Mit Hilfe der Vorsorgeuntersuchung und der Statusaufklärung kann die Übertragung des Virus von der Mutter auf das Kind rechtzeitig verhindert und eine Behandlung mit ART eingeleitet werden (Nchimbi 2008). Ein weiterer berichtet über die Aufgaben und besondere Rolle von *Home Based Care* in der Versorgung von Tuberkulose- und/oder AIDS-Erkrankten, die zumeist keinen Zugang zu ART haben. Ohne diese zumeist ehrenamtlich arbeitenden Freiwilligen wären viele Erkrankte auf sich allein gestellt und könnten nicht für sich sorgen. Die Ehrenamtlichen besuchen die Erkrankten, bringen ihnen Nahrung und Medikamente und übernehmen in gewisser Form auch deren psychische Betreuung (Anonymous8 2008). In der Rubrik *Health Matters* antwortet Dr. George Magwende von der St. George Clinic auf Leserbriefe

³⁸ Einen Totenschein mit dem Vermerk AIDS als konkrete Todesursache auszufüllen ist nicht möglich. Normalerweise füllt der Arzt, der als erster beim Toten ist, den Totenschein aus. Menschen sterben aber nicht an AIDS, sondern an einer opportunistischen Krankheit aufgrund ihrer AIDS-Erkrankung. Zum Beispiel ein Mensch hört auf zu atmen, da er eine von einer TB-Erkrankung zerstörte Lunge hat. Die TB kann eine Folge der HIV-Erkrankung sein, muss es aber nicht. Ein Arzt kann daher nicht mit Sicherheit von HIV oder AIDS als Todesursache ausgehen.

(Magwende 2008a). Neben grundsätzlichen Fragen zur Behandlung von HIV/AIDS und „Heilungschancen“ gibt es auch ganz konkrete Anfragen zu einzelnen Krankheitsbildern, die im Verlauf einer HIV-Infektion vorkommen können. Dr. Magwende beantwortet die gestellten Fragen ausführlich, fundiert und äußerst persönlich. Die Höflichkeit wird bei allen Leserbriefen bewahrt und zeigt, wie wichtig ein persönlicher und respektvoller Umgang bei dieser sensiblen Thematik ist.

Dear GS, I am very thankful for your encouraging sentiments. [...]

Dear JC, I am doing fairly well, thank you. [...]

Dear GG, My Family and I are very well, thank you. What would we do without our sisters, always acting and caring for their brothers so very much. [...]

[...] I can only wish you a good time with your family this weekend. Dr. M.

[...] I am sure that your brother will be there as his children start going to college. Pass my warmest regards to him and his children. Have a blessed day. Dr. M.

[...] I wish you a warm and sunny Saturday. Enjoy your weekend. Dr. M.

(Leserbriefe *Health Matters Saturday Post* 31. Mai 2008)

Neben den populären Themen wie Stillen und Blutkonserven (Michelo & Chakwe 2007, Mulenga 2007) findet sich noch ein ausführlicher Artikel von der *Zambia Daily Mail* von Februar 2008, in welchem ein Interview mit dem umstrittenen kanadisch-britischen Professor und Buchautor Harald Foster³⁹ abgedruckt ist (Mukula 2008). Professor Foster hat 2002 ein Buch mit dem Titel *What really causes AIDS* verfasst. Als Vertreter der medizinischen Geographie stellt er die These auf,⁴⁰ dass es in Ländern, in denen der Selenanteil im Boden höher sei, weniger HIV-Infektionen gäbe. Die HIV-Erkrankung entzieht dem Körper Selen und drei Aminosäuren (Cystein, Typtophan und Glutamin). Foster zieht daraus den Schluss, dass AIDS durch die Ergänzung von bestimmten Nährstoffen gestoppt und die Mangelerscheinungen aufgehoben werden könnten. Diese Hypothese findet im wissenschaftlichen Diskurs eine Menge Befürworter, aber auch Kritiker, welche die Position vertreten, dass HIV viele Effekte auf das Immunsystem habe und es sich hierbei nur um ein einzelnes Phänomen handele oder sogar, dass Viren keine Nährstoffarmut verursachen könnten. Der Bezug zu Sambia besteht darin, dass an lokalen Kliniken (im Rahmen eines Projektes) die Nährstoffergänzungstherapien wie sie von Prof. Foster empfohlen wurden, „mit Erfolg“⁴¹ getestet werden. Der Artikel ist kompliziert formuliert und in seiner Thematik äußerst komplex. Aus diesem Grund kann er sich nur an eine sehr eingeschränkte Leserschaft richten. Es bleibt spekulativ, ob es sich dabei um einen Versuch der Re-

³⁹ Harry Foster ist Professor am Department of Geography an der Universität von Victoria in Kanada.

⁴⁰ Die These von Prof. Foster ist äußerst komplex und wird in dieser Arbeit äußerst verkürzt und simplifiziert dargestellt.

⁴¹ „Mit Erfolg“ steht hier in Anführungszeichen, da die Erfolgsaussagen nicht überprüfbar sind und nur auf Aussagen von Prof. Foster beruhen.

gierung handelt, auf diese Weise sämtliche Optionen im „Kampf“ gegen das Virus nachzuverfolgen oder die Hypothese von Prof. Foster wie zum Beispiel „Therapien müssen nicht teuer und komplex sein“ oder „Promiskuität ist nicht die Ursache für die schnelle und übergreifende Verbreitung von HIV in Afrika südlich der Sahara“ zu unterstützen.

Die Kategorie **Allg. regionale/ nationale Situation und Hilfe durch internationale Geldgeber** ist mit Abstand die größte Kategorie. Eine Vielzahl von Artikeln beschreibt die Infektionsrate auf nationaler und regionaler Ebene und die Ausmaße, welche die Epidemie in den letzten Jahrzehnten angenommen hat. Die Journalisten stützen sich in ihren Artikeln hauptsächlich auf offizielle Daten und Statistiken sowie Interviews mit Ärzten und Politikern. Man findet in diesen Artikeln typische Formulierungen wie „the high HIV infection rate in Zambia is unacceptable“ (Musonga & Mulenga 2008), „intensify HIV fight“ (Simwaka 2008), „we need to continue to talk about the dangers of AIDS“ (Museka 2008) und „more still needs to be done to further reduce the HIV/AIDS prevalence“ (Chakwe 2008b). Diese Berichterstattung schildert die HIV/AIDS-Situation in Sambia als bei weitem noch nicht beruhigt bzw. unter Kontrolle und so, dass noch weitere intensivere Anstrengungen unternommen werden müssten, um das Virus zu „bekämpfen“ und „besiegen“.

We must work hard to ensure that treatment is widely available and accessible to all who need it. It is now a challenge to reach many people, especially the poor and those in rural areas. We must ensure that programmes to promote the health of a mother and child, in the face of HIV and AIDS, reach many in need. (Kaunda 2008)

Kritische Töne äußert *The Post* in Bezug auf unregelmäßige Zahlungen seitens der NAC an die jeweiligen Distrikte. Die AIDS-Kommission in Livingstone moniert Mitte Mai 2008, dass die ansonsten vierteljährlich eintreffenden Gelder bisher noch nicht überwiesen worden seien (Kapekele 2008). Solche kritischen Töne findet man in der *Zambia Daily Mail* nicht.

Die finanzielle Unterstützung durch internationale Geldgeber spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Zum einen gibt es Artikel über sambische Politiker, u. a. auch dem damaligen Präsidenten Sambias Levy Mwanawasa, welche von der Weltgemeinschaft mehr Engagement und finanzielle Unterstützung für die afrikanischen Länder im „Kampf“ gegen das Virus fordern (Musonga & Mulenga 2008). Zum anderen wird die Perspektive der internationalen Geldgeber geschildert, welche von der sambischen Regierung einen intensiveren Einsatz verlangen und sich gleichzeitig erhoffen, dass Sambia eines Tages finanziell von ihnen unabhängig wird. Zum Beispiel der Artikel in *The Post* vom 29. Mai 2008, in welchem die damalige US-Botschafterin Sambias, Carmen Martinez, folgendermaßen zitiert wird:

‘It is great to work here and it shall be my happiest day for me when we will stop assisting you.’ Ambassador Martinez said requests for aid must diminish every year just like people graduate from institutions of learning. ‘You have to graduate’, she said. (Kasungami 2008)

Zu dieser Thematik findet sich auch eine passende Illustration von Choklet (Künstlernamen) aus dem *Educational Teil* der Post von Juli 2007, in welchem die populäre Figur Mr. Zimandola sich über das angeblich gefundene Heilmittel nicht freuen kann, da nun die Finanzierungen wegfallen.

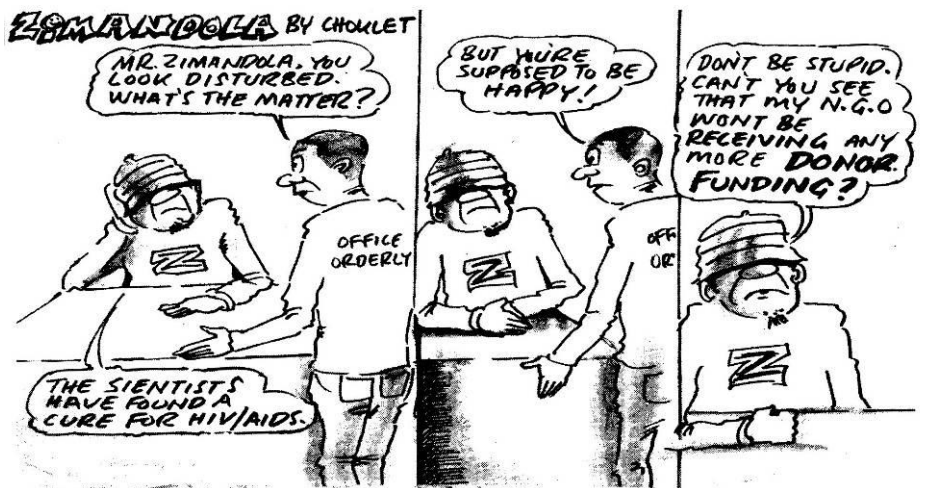


Abb. 51 Comic von Choklet in der *Post Educational*
Quelle: *The Post* 7. Juli 2007

Darüber hinaus loben viele Artikel, insbesondere in der *Zambia Daily Mail*, das Engagement der sambischen Regierung und deren „gelungene“ Kooperationen mit ausländischen Geldgebern. Eigenes Engagement und Führungsqualitäten sind die Kernthemen, die auf politischer Ebene diskutiert werden.

Cabinet Committee of Ministers on HIV/AIDS gathered at Chisamba for a two day retreat resolved to be leaders in the fight against HIV/AIDS as Violet Mengo who attended the retreats now writes. The magnitude of the problem of HIV/AIDS requires magnanimous leadership and political will. (Anonymous2 2007)

Die **Gründe für HIV-Infektionen** wurden als eine eigenständige Kategorie erwogen, da es drei Artikel gibt, welche das Thema direkt, zumeist bereits in ihren Überschriften ansprechen wie zum Beispiel bei *Hunger worsen HIV pandemic in Mkushi* in der *Zambia Daily Mail* (Mengo 2008). Hunger stellt eine besondere Herausforderung in der „Bekämpfung“ der HIV-Epidemie dar. Menschen, die an einer Therapie teilnehmen, müssen regelmäßig und darüber hinaus noch ausgewogen Nahrung zu sich nehmen. Die Nebenwirkungen der Medikamente sind groß und die Magenschleimhaut kann die Medikamentenkombination nur zusammen mit Nahrung absorbieren. Darüber hinaus erzeugt die Vitaminkomponente in den Medikamenten ein Hungergefühl, das bei Nahrungsknappheit nicht gestillt werden kann. Aus der Not heraus prostituieren sich viele Mädchen und junge Frauen, um Nahrungsmittel anzuschaffen. Dieses risikoreiche Verhalten erhöht die Gefahr einer Erstinfektion durch bereits infizierte Freier oder überträgt bei bereits HIV-infizierten Frauen das Virus auf die Freier. Auch ein erhöhter Alkoholkonsum ist ein

Risikofaktor für eine HIV-Infektion (Ng'uni 2007, Editor *The Post* 2008). Alkoholisierte Menschen sind häufig nicht mehr in der Lage, rational Entscheidungen zu treffen wie zum Beispiel Verhütungsmittel zum Schutz vor einer Infektion zu gebrauchen. Minderjährigen ist der Zutritt zu Bars verboten, jedoch wird sich zumeist nicht an diese Regelung gehalten. Deshalb möchte die Regierung in dieser Hinsicht konkreter vorgehen und mit Hilfe der Polizei Kontrollen durchführen. In wie weit die Polizei diesen Bereich kontrollieren kann bzw. ob auch die vielen illegalen Trinkhallen kontrolliert werden sollen, geht aus dem Artikel leider nicht hervor.

Unter der Rubrik **Diverses** finden sich sämtliche Artikel, die sich nicht in eine der anderen Kategorien integrieren ließen und/oder nicht ausreichend vertreten waren, um eine eigene Kategorie zu bilden. Dennoch sind sie nicht weniger erwähnenswert. So kritisiert ein Artikel die Existenz von „falschen“ Heilern, welche die Ängste und Nöte der Erkrankten ausnutzen und diese auf HIV behandeln würden (Muleya 2007). Ein anderer Artikel handelt von der als Schutz vor der Ansteckung mit dem HI-Virus immer populärer werdenden Beschneidung und deren öffentlicher „Bewerbung“ (Phiri 2008b, Magwende 2008b).⁴² Ein weiterer Artikel moniert die schlechte Bezahlung von Angestellten, die schwierigen Arbeitsbedingungen und die schlechte Gesundheitsversorgung insbesondere hinsichtlich HIV/AIDS (Banda, Gabriel 2008). Eine bessere Versorgung der Angestellten im gesundheitlichen und gleichermaßen im finanziellen Bereich würde zu einer besseren Arbeitsmoral und damit einer größeren Produktivität führen und damit allen Vorteile bringen. Der hier zuletzt zu erwähnende Artikel (Kalaluka 2008) beschäftigt sich mit einer der Folgen der hohen AIDS-Sterberate: Es gibt nicht genügend Raum, um die Menschen zu bestatten. Die drei großen Friedhöfe Lusakas sind überfüllt und neue Friedhöfe müssen erst geschaffen werden. Die Reportage zeigt zum einen die Schwierigkeiten auf, den Tod in die Nähe der Lebenden zu bringen, zu entmystifizieren und damit bestimmte kulturelle Tabus zu brechen.⁴³ Zum anderen schildert der Artikel, wie stark sich im Laufe der Zeit die Einstellungen zum Thema Tod gewandelt haben. Diese Tendenz manifestiert sich im *Mutumbi Cemetry and Remembrance Park*, einem Friedhof inmitten einer Park- und Gartenanlage mit „Entspann- und Wohlfühlcharakter für die gesamte Familie“, ausgebaut nach internationalem Standard mit ausreichenden Parkmöglichkeiten, einem Freizeitprogramm und 24 Stunden Sicherheitservice.

⁴² Der sambische BBC Korrespondent Kennedy Gondwe wurde am 22. November 2007 am *Male Circumcision Centre* am YWCA beschnitten. Die Beschneidung wurde für das *BBC World Service Radio* aufgenommen und eine Woche später weltweit übertragen. In Sambia löste die Beschneidung ebenfalls eine Diskussion aus, die durch die Berichterstattung *The Foreskin Files* von Edem Djokotoe in der Rubrik *Soul 2 Soul* in der *Post* am 21. Dezember 2007 erneut angeheizt wurde. Die meisten kritischen Stimmen kommentierten die Anwendung von Beschneidungen als „unsambisch“.

⁴³ Der Tod wird häufig mit bösen, auf Rache ausgerichteten Geistern in Verbindung gebracht. Noch in den späten 1980ern und den frühen 1990ern durften Kinder und Witwen nicht mit auf die Friedhöfe gehen. Und auch heute gibt es noch Gemeinschaften, in denen alleine das Wissen über die Bestattungstätte des verstorbenen Ehemannes ein Tabu darstellt.

2.3.2.3 BILDICHE DARSTELLUNGEN ZU HIV/AIDS IN *THE POST* UND *ZAMBIA DAILY MAIL*

Von Anfang an fällt bei den Berichterstattungen zu HIV/AIDS auf, dass diese äußerst unauffällig in die Zeitungen integriert sind. Zumeist gibt es überhaupt keine Fotos oder Abbildungen, sondern nur Schriftbeiträge mit einer fett gedruckten und vergrößerten Schlagzeile. Falls Fotos abgedruckt sind, zeigen sie zumeist nur die jeweiligen Kommentatoren aus Politik und Wissenschaft oder bedeutsame Persönlichkeiten bei karitativen Anlässen. So auch in der Abbildung 52, auf der man den ehemaligen Präsidenten Dr. Kenneth Kaunda sieht, wie er in seinem Büro in Kabulonga, Lusaka, Getränke an Waisenkinder aus Chunga austeilte. Diese Aufnahme entstand im Rahmen einer Spendenveranstaltung, während der Kaunda dem Waisenhaus einen Scheck über 15 Millionen Kwacha übergab.

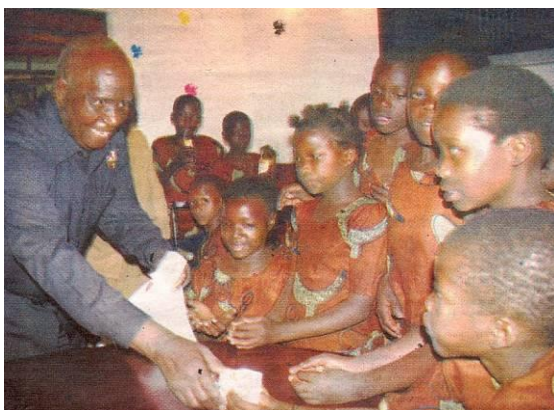


Abb. 52 Zeitungsausschnitt ‚Dr. Kenneth Kaunda überreicht Geschenke‘ in *Saturday Post*
Quelle: Angela Ntentabunga in *The Post* 10. Mai 2008

Beide Zeitungen haben auch spezielle Kolumnen, die sich mit dem Thema Gesundheit im Allgemeinen oder aber auch HIV/AIDS im Besonderen auseinandersetzen. Hier werden Leserbriefe abgedruckt und zumeist medizinische Fragen zum Thema beantwortet. Die Mehrzahl der Kolumnen findet sich in der *The Post*, zum Beispiel in der *Saturday Post Health Matters with Dr. George Magwende* von der St. George Klinik, Lusaka, in der *Saturday Educational Post Share your problems with Auntie Gertrud* und in der *Sunday Post LIFESTYLE Reflecting on AIDS with Dr. Mannasseh Phiri*. Die Antworten werden von Ärzten und/oder psychologischen Fachkräften gegeben. Das Porträt des jeweiligen Ratgebers ist immer in der Headline als Referenz integriert. Die Verbindung von einem Gesicht mit einer Fragestellung ist bei dieser Thematik von besonderer Bedeutung, da es den Menschen ein Gefühl von Nähe und persönlichem Gespräch verschafft. Die Thematik HIV/AIDS mit Fotos zu erfassen, scheint schwierig zu sein und wird von den jeweiligen Zeitungen nur selten vorgenommen.

Neben den Gesundheitskolumnen vermitteln viele Artikel einen Eindruck von der Allgemeinsituation oder geben ein Interview von politischen und offiziellen Persönlichkeiten wieder. In diesen Fällen scheint es besonders beliebt zu sein, nicht das Thema zu visualisieren, sondern die sich jeweilig äussernde Persönlichkeit abzudrucken. Nur vereinzelt finden sich thematische Visualisierungen. Diese Fotos zeigen zumeist die auf Hilfe angewiesenen und besonders

Vulnerablen der Gesellschaft wie Frauen und Kinder. Die untere Abbildung aus der *Zambia Daily Mail* vom 16. Oktober 2007 präsentiert zum Thema *Tackling HIV infections in children* eine westliche Ärztin, die ein Baby untersucht. Die Bildunterschrift informiert den Leser darüber, dass es sich bei der Patientin um eine Witwe namens Neema und ihren Sohn Atonas handelt, die beide HIV-infiziert sind. Eine Anmerkung, dass die Namen der Patienten verändert wurden, gibt es nicht. Daher muss man davon ausgehen, dass es sich um die richtigen Namen handelt. In wie weit der Patientin bewusst ist, dass ihr Foto mit namentlicher Nennung in der Zeitung abgedruckt wurde, ist nicht nachvollziehbar und daher rein spekulativ.



Abb. 53 Zeitungsausschnitt *Zambia Daily Mail*
Quelle: USPG/ *Zambia Daily Mail*
16. Oktober 2007

Besonders viele Abbildungen stellen Kinder dar: Sie zeigen Kinder, die bereits Hilfe erhalten haben, Kinder, die schulische Bildung bekommen, Kinder, die ein neues Zuhause erhalten haben. Zum Artikel über *Children's movement prays against defilement*, der im Oktober 2007 in der *Zambia Daily Mail* erschien, sehen wir „glückliche“ Kinder, die ordentlich gekleidet sind und sogar Rucksäcke mit Lernmaterialien auf den Rücken tragen. Die Bildunterschrift betont den Vorzeigecharakter dieses Fotos mit folgenden Worten *IT IS every child's dream to live in an environment where they would feel protected.*

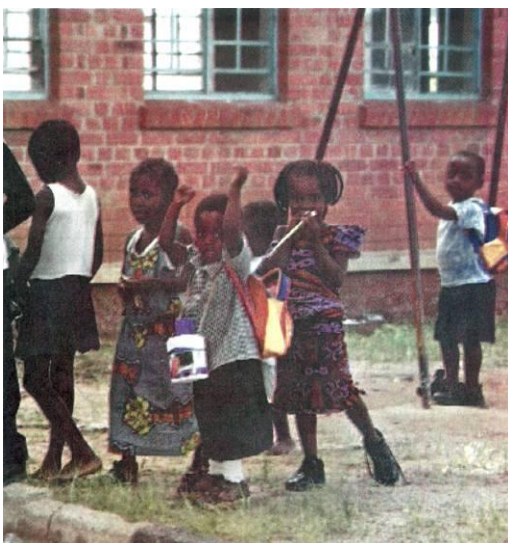


Abb. 54 Ausschnitt *Zambia Daily Mail*
Quelle: *Zambia Daily Mail* 16. Oktober 2007

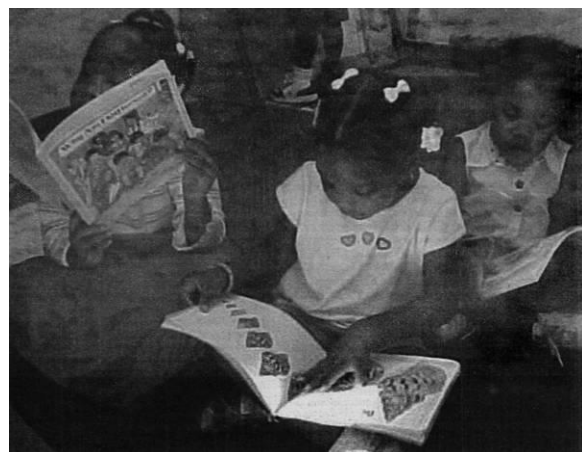


Abb. 55 Ausschnitt *The Post*
Quelle: *The Post* 14. Oktober 2007

Die Fotos, die in den Zeitungen abgebildet werden, stellen hauptsächlich die Auswirkungen der Epidemie auf die sambische Gesellschaft dar. Die großen Themen Kinder-Jugendliche-Ehe sowie Bildung bieten sich in diesem Kontext für eine „unverfängliche“ Visualisierung an. Themen wie Übertragung des Virus und die Verwendung von Kondomen, die ebenfalls mit vielen Berichterstattungen vertreten sind, sind zumeist überhaupt nicht bebildert. Nur ein Foto zum Thema Verwendung von Kondomen (Abb.56) begleitet einen Artikel aus *The Post* vom 14. Oktober 2007 über eine Umfrage in einem Vorort von Lusaka zur Kondomverwendung bei Männern. Der Bericht ist äußerst lebendig geschrieben und beinhaltet die Interviews der Befragten, zu denen auch eine Frau zählt. Die Befragten sind alle mit Foto abgebildet. Bei dieser Form der Darstellung kann sich der Leser einen besseren Eindruck von den Menschen und ihren Einstellungen machen. Es wird dadurch ein direkterer Bezug zum Zielpublikum geschaffen. Es ist eines der wenigen Beispiele, in denen nicht eine bedeutende Persönlichkeit aus Politik und Wissenschaft zu Wort kommt, sondern die „Stimme des Volkes“ zu hören ist.

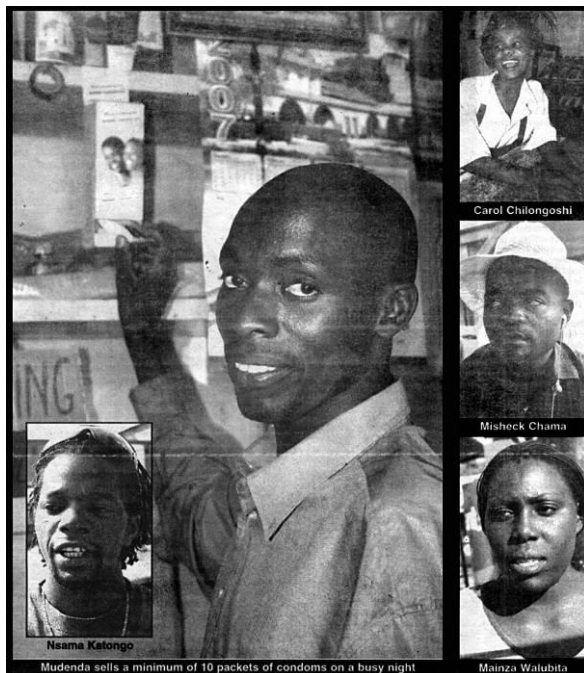


Abb. 56 Zeitungsausschnitt *The Post*
Quelle: *The Post* 14. Oktober 2007



Abb. 57 Zeitungsausschnitt *The Post*
Quelle: *The Post* 14. Oktober 2007

Einen Versuch, innovativer mit dem Thema AIDS in der fotografischen Darstellung umzugehen, zeigt die folgende schwarz/weiß-Abbildung 57 aus *The Post* vom 14. Oktober 2007 über die Gemeinschaftsgarteninitiative der *Anti-Aids-Teachers Association of Zambia*. Man sieht einen Mann von der Seite, der gerade in einem Gemüse-/Kräutergarten arbeitet. Die Abbildung nimmt fast eine halbe Seite ein (fast DIN A4)⁴⁴ und dominiert damit den ganzen Artikel.

⁴⁴ Zeitungsformate variieren sehr stark. Das Format der *Daily Mail* gehört mit 580mm x 420mm zu den so genannten Großformaten und die *Post* mit 420mm x 280mm zu den so genannten Kleinformaten. Das Kleinformat der *Post* entspricht fast einem DIN A3-Format (420mm x 297mm).

Die Überschrift ist an den Rand gedrängt und der Text muss sich dem bildlichen Layout unterordnen. Das explizit verwendete Foto ist nicht besonders aussagekräftig, das Motiv kaum erkennbar. Es steht im klaren Kontrast zum inhaltlich lebendig und interessant geschriebenen Artikel.

Im *Educational*-Teil der Samstagsausgabe von *The Post* wird deutlich, wie aufklärende Texte mit einem modernen Layout in Einklang gebracht werden können und somit die Aufmerksamkeit einer Zielgruppe erreicht werden kann (Abb.58 und Abb.59). Die Zielgruppe ist in diesem Fall die junge pubertierende Generation, Jugendliche zwischen 12 und 20 Jahren. Das Layout ist viel farbenfroher. Es werden verschiedene Schriftarten ausprobiert, Anfangsbuchstaben farblich unterschiedlich unterlegt, Konturen weicher gemacht und es wird mit Sprechblasen gearbeitet. Die Fotografien, die nicht nur Personen, sondern Handlungen zeigen, sind nicht statisch, sondern dynamisch. Die Bilder stechen dem Betrachter ins Auge und sollen zum Lesen der Artikel motivieren.



Abb. 58 und Abb. 59 Zeitungsausschnitte ‚Chibombo youths unite against HIV/AIDS‘ in *The Post*
Quelle: *The Post* 27. Oktober 2007

Eine modernere, in diesem Fall jugendlichere Aufmachung des Seitenlayouts kann dazu führen, dass Artikel nicht als langweilig abgetan, sondern als lesenswert empfunden werden. Natürlich muss bei dieser Betrachtung immer bedacht werden, dass die technischen Druckvoraussetzungen der jeweiligen Verlage nicht immer optimal sind. Ein farbiger Druck ist nicht nur kostenaufwendiger als ein schwarz/weiß-Druck, sondern setzt auch eine spezifische Druckerpresse voraus. Diese technischen Anforderungen können nur wenige Verlage erfüllen.

2.3.3 ZUSAMMENFASSUNG

Insgesamt zeigt diese Analyse deutlich, dass eine positive Weiterentwicklung der Darstellung der HIV/AIDS-Thematik in den sambischen Printmedien stattgefunden hat. Die in den 1980er

Jahren noch stark auf internationale Beiträge ausgerichtete Presse hat sich im Laufe der Jahre immer stärker am nationalen und lokalen Geschehen orientiert. Diese Tendenz war bereits in der Analyse von Francis Kasoma Ende der 1990er Jahre zu erkennen und hat sich in den letzten zehn Jahren noch stärker ausgeprägt. Es wird deutlich, dass das Thema HIV/AIDS nicht mehr als ein „Problem“ anderer Staaten gesehen wird, sondern dass die Epidemie mit ihren drastischen Auswirkungen in Sambia angekommen ist und alle davon betroffen sind. Die Berichterstattung ist deutlich stärker geworden und beschäftigt sich mit einer Vielzahl von differenzierten Themenbereichen im Kontext von HIV/AIDS. Häufig spiegelt sich in der Berichterstattung die Meinung der Regierung wider, nur selten wird sie hinterfragt. Die eigene Vorstellung von Moral beim Schreiben von Artikeln mit einzubringen, sollten Journalisten vermeiden, empfiehlt Kasoma. Ihre Berichterstattung sollte möglichst neutral und nicht wertend sein. Einige der von Francis Kasoma bemängelten Kritikpunkte wurden im Laufe der Zeit geändert, einige hilfreiche Empfehlungen umgesetzt. Dazu zählt die angemerkte und dringend notwendige Schulung von Journalisten. In den letzten zehn Jahren ist in dieser Hinsicht verstärkt gearbeitet worden. Eine Vielzahl von Schulungen zum sensibleren Umgang mit der Thematik, zur Ansprache des Themas und zur Darstellung hat erfolgreich stattgefunden. Auch die Anregung, Kolumnen für Gesundheitsfragen einzurichten, fand Berücksichtigung. In der Analyse von 2007/2008 wurde auf die vielen Kolumnen zu HIV/AIDS intensiv eingegangen. Dennoch bleiben weiterhin einige, bereits in den 1990er beanstandete Kritikpunkte offen. Beispielsweise werden bis heute nicht ausreichend *Mobilizing Information* (MI) verwendet. Nur wenige Reportagen geben unterstützende Informationen. Hauptsächlich informieren die Zeitungen über allgemeine Daten und Fakten zur Epidemie und ignorieren die Notwendigkeit, ausreichend Informationen für die Leser bereit zu stellen, um Hilfestellung leisten zu können. Diese könnte in der Form von Adressen von HIV/AIDS-Einrichtungen und Telefonnummern von HIV-Hotlines oder Kontaktpersonen geschehen. Auch ist die Berichterstattung nach wie vor nicht besonders innovativ. Zumeist werden Interviews mit Regierungsmitgliedern abgedruckt. Nur selten werden diese Bekanntmachungen und Auskünfte hinterfragt oder kommentiert. Leitartikel sind äußerst selten und zumeist nur in *The Post* und *The Times of Zambia* zu finden.

Bei einer näheren Betrachtung der namibischen Studie von Mwansa Chanda aus dem Jahre 2008 im Vergleich mit der aktuellen sambischen Studie wird deutlich, wie regional unterschiedlich bestimmte Kategorien ausfallen können. Dominierten in der namibischen Studie die Kategorien Prävalenz, Risikogruppen, Aufklärung und Behandlung, legten die sambischen Printmedien einen deutlichen Schwerpunkt auf die Kategorien Kinder-Jugendliche-Ehe und Verhütungsmittel. Die Analyse zeigt, dass es anfängliche Bemühungen beim Schreiben von Artikeln gibt, sich zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten zu äußern und diese auch kritisch zu hinterfragen. Dennoch werden häufig Einzelaspekte der Epidemie zu stark in den Mittelpunkt gerückt und andere grundsätzliche Informationen nur noch am Rande erwähnt. Wissen über die Übertragungswege des Virus und Ansteckungsmöglichkeiten sollten Kern der Informa-

tionsvermittlung sein (Boafo & Foreman 2000). Weder in den bereits publizierten noch in den neu erhobenen Analysen zu diesem Thema steht das Wissen über die Epidemie im Vordergrund der Berichterstattung.

Darüber hinaus trägt eine grafisch ansprechende Berichterstattung dazu bei, dass Informationen eher rezipiert werden. Die mittlerweile regelmäßig stattfindenden Schulungen für Journalisten sind Beispiel für eine erfolgreiche Umsetzung der Handlungsempfehlungen von Francis Kasoma, und auch die jährlich stattfindenden *Media Awards* für die besten Beiträge im Bereich HIV/AIDS tragen zu einer noch erfolgreicherer Berichterstattung bei. Auf diese Weise kann eine informative und sensible Berichterstattung zum Thema HIV/AIDS gefördert und der notwendige Anreiz für innovative Beiträge von Seiten der Printmedien gegeben werden.

3 – VON DRACHEN, INSEKTEN UND LANDMINEN: AIDS ALS SPRACHEPIDEMIE



Abb. 60 Talking wall ‚Self Preservation is Key to the Fight against HIV/AIDS‘ an der Lusaka High School
Foto: Annabelle Springer 2008

Während es in den späteren Kapiteln um konkrete Themenumsetzung bei HIV/AIDS-Präventions- bzw. Informationskampagnen geht, wird in diesem Kapitel die Verbindung von Alltagssprache und Bildhaftigkeit in der kulturellen Auseinandersetzung mit AIDS fokussiert. Weltweit ist die Krankheit AIDS in Metaphern und Sprachbilder übersetzt worden.

Ich habe das Wort Bedeutungsepidemie gewählt, weil sich bei Aids deutlich zeigt, wie eng das Sprechen über die Krankheit verknüpft ist mit der Realität der Krankheit. Wir neigen ja dazu, Sprache als etwas Zweitrangiges aufzufassen. Beim Thema Aids kann man aber sehen, wie dieser Begriff eine Wucherung von Bedeutungen, Interpretationen, Schuldzuweisungen und Erklärungsversuchen hervorgerufen hat. Das wiederum hat konkrete Auswirkungen auf die Krankheit. (taz Interview mit Brigitte Weingart am 30. November 2007)

Insbesondere in Ländern, deren Sprache grundsätzlich von einer starken Bildhaftigkeit geprägt ist, hat eine starke Metaphorisierung von AIDS stattgefunden (Dilger 2002). Aus unterschiedlichen Bereichen wurden Metaphern für die Epidemie gefunden: die AIDS-Flutwelle (Flut- und Naturkatastrophenmetaphorik), der Kampf gegen das Virus (Kriegsmetaphorik) oder aber auch AIDS als Apokalypse (Metaphorik von Tod und Vergänglichkeit). Hinter diesen Darstellungen steht oft die Angst, der Ausbreitung von HIV hilflos gegenüber zu stehen. Naturgewalten, Kriege aber auch Phänomene wie der Tod sind immer nur begrenzt kontrollierbar und unterliegen eindeutig einer Eigendynamik. Thorsten Eitz untersuchte 2003 die Metaphernfelder des bundes-

deutschen AIDS-Diskurses und beschrieb explizit die Verwendung von Metaphern aus dem Bereich Naturgewalten Ende der 1980er Jahre.

[Die Verwendung von Metaphern] suggerierte damit eine sehr viel höhere Anzahl von Infektions- und Erkrankungsfällen, als es zu diesem Zeitpunkt tatsächlich gab, und trug entscheidend dazu bei, in der Öffentlichkeit ein unentrinnbares Bedrohungsszenario zu entwerfen und somit Aids als Massenerkrankung zu konzipieren, gegen die es keine Therapien gab. (Eitz 2003: 115)

Von besonderer Bedeutung bei diesen Metaphorisierungen ist aber auch die Tatsache, dass einige Aspekte der Krankheit durch ihren Einzug in den Alltagsdiskurs zur Förderung von Stigmata beigetragen haben.⁴⁵ Die enge Verknüpfung von Sexualität und Tod im Kontext von AIDS gekoppelt an die moralische Deutung dieser Phänomene, die in vielen Ländern mit Tabus belegt sind, führt zu einer enormen Vielfalt der Begrifflichkeiten, Bilder und damit einhergehenden Stigmata (Dilger 2002).

Die Reichhaltigkeit und die Kraft sprachlicher Bilder sind zum einen dem Umstand zuzuschreiben, dass AIDS so eng mit den Themen Sexualität und Tod verbunden ist, welche in vielen Ländern der Welt stark tabuisiert und damit selbst einer regen Metaphernbildung unterworfen sind. Zum anderen wird der lokale Blick auf die Epidemie in erster Linie von denjenigen Bildern und Metaphern geprägt, die der Krankheit über die medizinische Beschreibung hinaus ihre eigentliche Färbung und Bedeutung im gesellschaftlichen Kontext verleihen. (Dilger 2002: 14)

Susan Sontag merkte bereits Ende der 1980er Jahre an, dass die Tatsache, dass die Ursache und der Ursprung von AIDS unbekannt seien, zu einer Mystifizierung der Krankheit führe und in Konsequenz auch der Personen, die von AIDS betroffen seien.

In der medialen Umsetzung von HIV/AIDS – insbesondere bei Kampagnen, welche eine breite Öffentlichkeit über das Virus aufklären möchten, besteht die Schwierigkeit darin, eine geeignete, gesellschaftlich akzeptierte und angemessene bildliche Darstellung von HIV/AIDS zu finden. Der hoch komplizierte biologische Vorgang einer HIV-Infektion lässt sich nur schwierig darstellen und muss für eine Vermittlung an die gewünschten Adressaten in seiner Komplexität heruntergebrochen werden. Provokante bildliche Darstellungen von AIDS wie von der Benetton

⁴⁵ Für Stigmata, die in Bezug auf Krankheiten angewendet werden (*disease stigmata*) gibt es eine Vielfalt von verschiedenen Definitionen, teils aus der Psychologie, teils aus der Soziologie. Bereits Goffman (1963) erklärte, dass Menschen, welche die Eigenschaft „sozial unerwünscht“ besäßen, eine verdorbene Identität angenommen hätten, welche in Konsequenz zu Diskriminierung und Devaluation führe. Herek 2002 definiert das HIV/AIDS-Stigma als ein dauerhaftes Attribut eines infizierten Individuums. Dieses Attribut wird von der Gesellschaft negativ bewertet und bildet aus diesem Grund eine Benachteiligung für die HIV-infizierten Menschen. Alonzo und Reynolds (1995) sehen Stigmata eher auf einer individualistischen psychologischen Ebene. Eine Person als von der Norm abweichend zu bezeichnen, unterstreicht wiederum die Normalität der anklagenden Person.

Group S.p.A.⁴⁶ in den 1990ern findet man in Sambia nicht. Aber dennoch wird – nach westlichem Vorbild – mit so genannten Furcht- bzw. Angstmetaphern gearbeitet. Der folgende Abschnitt verfolgt das Ziel, die Präsenz der semiotischen Darstellungen wie Kriegsmetaphorik von HIV/AIDS oder aber auch AIDS als Todesboten in den sambischen Medien am Beispiel Kanyama genauer darzustellen und mehr über die Rezeption dieser Bilder bei den Informantinnen und Informanten zu erfahren. Darüber hinaus befasst sich ein Teil des Kapitels mit der in Bezug auf HIV/AIDS häufig stattfindenden Stigmatisierung von HIV-Erkrankten und -Betroffenen.

3.1 KRIEGSMETAPHORIK

AIDS is a very big dragon.

This dragon must be slain by millions and millions of foot soldiers.

(Clinton 2008)



Abb. 61 Ausschnitt ‚Kampf gegen das Virus‘
Quelle: *Positive Living* 2008

Der Gebrauch von Metaphern aus dem semantischen Bereich „Krieg“ und „Kampf“, welcher sich in den westlichen Ländern bereits in den Anfängen der Epidemie ausgebreitet hatte, ist in den letzten Jahrzehnten immer stärker von afrikanischen Ländern übernommen worden. Auch in Sambia wird Kriegsmetaphorik verwendet, um AIDS hauptsächlich biomedizinisch zu konzeptualisieren. Viele AIDS-Projekte rufen zum Kampf gegen AIDS oder das HI-Virus auf. Es gilt das Virus zu besiegen, zu zerstören oder zu vernichten. Das Immunsystem muss den Eindringling, in diesem Fall das HI-Virus, bekämpfen. Dies geschieht mittels der Immunabwehr. AIDS kann nur besiegt werden, wenn das Virus gestoppt und bekämpft wird (Rompel 2006: 231). Kenneth Kaunda, damaliger sambischer Präsident, äußerte sich in dieser Hinsicht bereits auf dem jährlich stattfindenden afrikanischen Entwicklungsforum in Addis Abeba im Januar 2001:

⁴⁶ Der Fotograf Oliviero Toscani setzte mit seinen Werbekampagnen für die Modefirma Benetton auf Provokation. Mit seiner radikalen Bildsprache sorgte er mit Schockkampagnen für Benetton zwischen 1982 und 2000 für heftige Kontroversen. Seiner Meinung nach muss Kunst radikal sein und gute Werbung sei ohne Kunst nicht denkbar. Im Kontext von HIV zeigte er u. a. eine Familie, die am Sterbebett ihres an den Folgen von AIDS verstorbenen Sohnes sitzt und trauert. Dieser Moment ist emotionsgeladen – die Realität von AIDS wird greifbar (Vaske 2009).

Let us strike back by declaring war, total war on HIV/AIDS – not a national war that only appears in speeches at conferences and meetings, but a war that becomes part and parcel of the life of this continent. (Kaunda in Mutume 2001: 1)

Nicht ganz so drastisch, aber mit ähnlicher Intention äußerte sich die ehemalige US-Botschafterin in Sambia, Carmen Martinez, am 30. November 2006 auf der Preisverleihung für den besten Presseartikel zu einem HIV/AIDS-Thema in Lusaka:

It's a difficult fight, and at times it seems overwhelming but it's a fight that can and must be won. (Martinez in U.S. Embassy Zambia am 30. November 2006)

Um einer breiten Öffentlichkeit die Komplexität der biomedizinischen Zusammenhänge des HI-Virus besser erklären zu können, wurde und wird nach wie vor noch häufig Kriegsmetaphorik eingesetzt. Sie ermöglicht eine einfache, plakative Erklärung für das Wirken des Virus und die notwendigen einzuleitenden Maßnahmen (vgl. Eitz 2003:129). Viele politische und soziale Organisationen und Einrichtungen nutzen diese Metaphorik, um ihr Zielpublikum – zumeist die gesamte Bevölkerung eines Landes – anzusprechen. In Sambia findet auch ein „Kampf gegen das Virus“ statt - *a fight, a battle or a war that has to be won*. Junge wie alte Menschen sind die Adressaten dieser Botschaften.

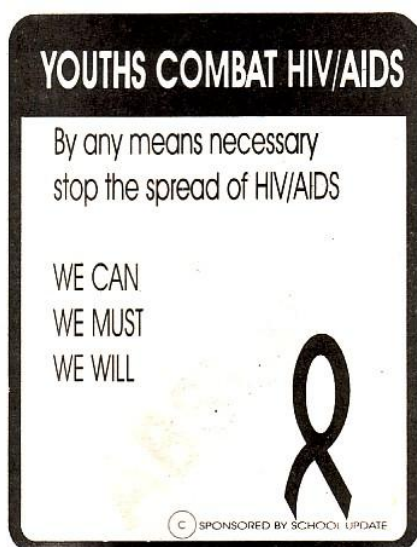


Abb. 62 Ausschnitt Zeitschrift *School Update News* Ausgabe 02/2005, Seite 9.

Im Inhaltsverzeichnis firmiert die gesamte Seite 9 unter der Rubrik *Health Tips – Youth Combat HIV/AIDS*. Neben einer ausführlichen Anleitung zur adäquaten Aufbereitung von Wasser ist der abgebildete Ausschnitt der einzige Verweis auf HIV/AIDS. Quelle: *School Update* 2005

Die kurzen und knappen Anweisungen in der Abbildung 62 haben einen eindeutigen Appellcharakter. Ein erfolgreicher Kampf gegen das Virus ist die höchste Priorität. Ähnlich wie beim Militär sollen Aufforderungen bzw. Befehle nicht reflektiert, sondern ausgeführt werden. Und genau dieses Nicht-Reflektieren stellt Susan Sontag in Frage:

Aber die Auswirkung der Kriegsmetaphorik auf das Nachdenken über Krankheit und Gesundheit ist keineswegs unerheblich. Sie betreibt Panikmache und Dramatisierung und trägt nachhaltig zur Exkommunikation und Stigmatisierung der Kranken bei. (Sontag 1989: 149)

Gerade die Verwendung von Kriegsmetaphorik sorgt dafür, dass ein Feindbild transportiert wird – die Krankheit als etwas Fremdes, etwas Anderes. Die Darstellung des Virus als Kriegsfeind, der eliminiert werden muss, führt automatisch zu einer Schuldzuweisung an die Betroffenen. Die Stigmatisierung der Krankheit überträgt sich auf den Infizierten. In ihrer Publikation vergleicht Sontag u. a. den sehr unterschiedlichen Umgang von Kriegsmetaphern bei den Krankheiten AIDS und Krebs:

Aber die Kriegsmetaphern zur Beschreibung von Aids sind etwas anders fokussiert als die zur Beschreibung von Krebs. Bei Krebs vernachlässigt die Kriegsmetaphorik die Frage der Kausalität und setzt dort an, wo bösartige Zellen im Körper mutieren, um schließlich ihren ursprünglichen Ort oder das ursprüngliche Organ zu verlassen und andere Organe oder Systeme zu befallen – ein subversiver Akt im Inneren des Körpers. Dagegen ist bei der Beschreibung von Aids der Feind, der die Krankheit verursacht, ein Infektionsträger, der von außen kommt. (Sontag 1989: 88)

Ihrer Meinung nach sollten Krankheiten nicht metaphorisiert werden, weil damit immer eine symbolische Aufladung verbunden sei. Kritikern zufolge ist diese Position jedoch zu radikal. Laut der Literatur- und Kulturwissenschaftlerin Brigitte Weingart ist die medizinische Realität nicht von ihrer sprachlichen Darstellung zu trennen. Es bedürfe der bildlichen Vermittlung, um eine Krankheit zu bewältigen.

Es ist eine Fiktion, dass wir in Situationen, wo wir mit der Grenze des Sagbaren konfrontiert sind, ohne sprachliche Bilder auskommen könnten. (taz Interview mit Brigitte Weingart vom 30. November 2007)



Abb. 63 Poster *Join the fight against AIDS in Zambia*
Quelle: Zambia Ministry of Health 2002

Zwar wird Kriegsmetaphorik nach wie vor noch gerne im sprachlichen Gebrauch angewandt, findet sich aber in immer weniger Aufklärungskampagnen wieder. Allenfalls sieht man den Slogan ‚*Fight against AIDS*‘ (Abb. 63), aber Aussagen wie AIDS ist eine Zeitbombe oder Mobilmachung von Anti-Aids-Abwehrtruppen gehören auch in Sambia eher der Vergangenheit an.

Wir brauchen Metaphern, um uns über komplizierte Dinge wie Infektion oder medizinisches Wissen zu verständigen. Aber das Reden in Kampf-Metaphern im AIDS-Diskurs ist auch immer Ausdruck von einer Wahrnehmung des Körpers als Schlachtfeld. Körpergrenzen erscheinen als bedrohliche Grenzen, die gerade an den Öffnungen von Invasionsgefahren heimgesucht werden. (taz Interview mit Brigitte Weingart vom 30. November 2007)

Die Informantinnen und Informanten in Kanyama waren sich nicht bewusst, in ihrem Umfeld Medien, die Gebrauch von Kriegsmetaphorik machten, gesehen zu haben. Der „Kampf“ gegen das Virus ist bereits als etwas Normales in den Alltagsdiskurs eingegangen – ähnlich verhält es sich auch im deutschen Sprachgebrauch. Das Poster (Abb. 65) wurde von den Informantinnen besonders positiv aufgenommen. Die Darstellung eines sich umarmenden Paares, das trotz der dramatischen HIV/AIDS-Situation zusammenhält, sprach die Informantinnen an. Für sie spielte keine Rolle, dass in der Botschaft Kriegsmetaphorik verwendet wurde. Das Hauptaugenmerk lag auf dem gemeinsamen „Kampf“ gegen das Virus.

Lastina L. (34), Mutter von fünf Kindern fand den Anblick des Paares sehr ansprechend, kommentierte jedoch das Poster für ihre Situation folgendermaßen:

I am very sad that I have to fight the virus alone. My desire would have been that it would have been better if my husband would have supported me and we would have been discussing this issue, [...] and fight together against AIDS. (Interview im Kanyama Health Centre, 20. Mai 2008)

Viele Informantinnen machten ähnliche Aussagen wie Lastina L.: Entweder hatten sie ihren Partner verloren oder verschwiegen ihren Status vor ihren Ehemännern. Bei ihnen gab es keinen gemeinsamen „Kampf“ gegen das Virus. Sie waren auf sich allein gestellt. Die dargestellte Situation auf dem Poster spiegelt nicht die Realität der Informantinnen in Kanyama wider. Neben den emotionalen Affekten, die bei der Betrachtung des Posters ausgelöst wurden, führte es bei einigen Informantinnen zu einem verstärkten Nachdenken über die eigene Situation und ihre Stellung in der sambischen Gesellschaft. Ihres Erachtens müssten Männer mehr in den Fokus von Aufklärungskampagnen gebracht werden. Die Kampagnen würden deutlich stärker Frauen ansprechen und die Männer im Hintergrund verschwinden.

I wish there were more health education with the men. Men need to talk about AIDS. [...] women can't get AIDS on their own men are usually involved in the transmission. (Ann F., Interview im Kanyama Health Centre, 27. Mai 2008)



Abb. 64 Schild 'AIDS is like a Landmine' in Siavonga
Foto: Annabelle Springer 2008

Die Abbildung 64 zeigt ein Schild, das aufgrund seiner inhaltlichen Botschaft zu den Relikten der Kampagnen gehört, die hauptsächlich mit Kriegsmetaphorik gearbeitet haben. Dieses Schild befindet sich in der südlichen Provinz Sambias, in der Nähe der Ortschaft Siavonga. Sein Slogan „AIDS is like a landmine – Don't Step on it!“ warnt eindringlich vor einer HIV-Infektion. Hier wurde mit Furchtappellen gearbeitet, auf die im folgenden Abschnitt näher eingegangen wird. Die Botschaft ist eindeutig: AIDS ist genauso tödlich wie auf eine Landmine zu treten. Das Schild ist augenscheinlich das einzige Medium an diesem Ort, welches das Thema HIV/AIDS aufgreift. Es gibt keine grafische Unterstützung, welche dieses Schild für die anvisierten Adressaten interessant machen könnte. Die Informantinnen und Informanten in Kanyama sprachen dieses Schild nicht an. Auf den ersten Blick erkannten sie den größer gesetzten Schriftzug *AIDS*, aber zumeist erst nach Rückfrage wurde der restliche Text gelesen. Einige der Informantinnen mussten den Text auch übersetzt bekommen. Der Appell auf dem Schild richtet sich eindeutig nicht an die in dieser Studie interviewte Gruppe in Kanyama, sondern an Nicht-Infizierte. Das Schild verweist nur auf die Tödlichkeit der Krankheit. Es gibt der anvisierten Zielgruppe keinen Handlungsspielraum und konkrete Alternativen, wie dieser anscheinend finale Zustand vermieden werden könnte. Es hat den Anschein, als ob dieses Schild ohne Berücksichtigung von neuen Präventionskampagnen einfach stehen geblieben wäre. Dies könnte ein Anzeichen dafür sein, dass sich Kampagnen offenbar nicht nahtlos ablösen, sondern insbesondere in ländlichen Kontexten aufgrund von mangelnder Erreichbarkeit und fehlenden Ressourcen nicht erneuert werden und einfach in Vergessenheit geraten.

3.2 AIDS = TOD: SCHUTZ- ODER SCHOCKFUNKTION



Abb. 65 Talking wall
,HIV/AIDS is Real & Deadly'
in Lusaka
Foto: Annabelle Springer 2008

Seit den Anfängen der AIDS-Epidemie werden so genannte Todesbotschaften vermittelt, welche sich bis heute in das kollektive Gedächtnis eingegraben haben: AIDS = Tod und *AIDS kills*. Die Botschaften sind zu einer Zeit entstanden, in denen es noch keine Therapie gab beziehungsweise sie sind nach wie vor von aktueller Brisanz in Regionen, in denen die Menschen keinen Zugang zu ART haben (vgl. Wießner 2004: 47). In diversen AIDS-Kampagnen wurde mit Furchtappellen gearbeitet und auf die Tödlichkeit des Virus verwiesen. Die Darstellung dieser ultimativen negativen Konsequenz einer HIV-Infektion ist aber Teil einer vehementen Diskussion, welche Wirkung der Einsatz von Furchtappellen in der AIDS-Arbeit erzielt, ob er überhaupt wirksam oder ob er sogar nicht eher kontraproduktiv sei.

Mit Angst zu arbeiten hat eine lange Tradition. Erzieherische, theologische, politische und vor allem Präventionskonzepte lassen sich darin unterscheiden, ob sie auf Angst oder auf Vertrauen setzen. Ob der Einsatz von Angst ein adäquates Mittel ist, um Menschen von ihren Gewohnheiten abzubringen, sei dahingestellt; die Wissenschaft jedenfalls hat darauf noch keine schlüssige Antwort gefunden. (Wießner 2003: 60)

AIDS-Aufklärungs- und Informationskampagnen, welche Furchtappelle verwenden, haben sich einer schwierigen und verantwortungsvollen Aufgabe angenommen. Gefährliche Praktiken wie das Rauchen, der Drogen- und Alkoholkonsum, aber auch das zu schnelle Autofahren werden ebenfalls möglichst abschreckend/drastisch beworben. Abbildungen von Verkehrstoten oder aber auch Raucherlungen sollen das Verhalten von Schnellfahrern oder Rauchern ändern.⁴⁷

⁴⁷ Beim Einsatz von Furchtappellen im Bereich Rauchen und Schnellfahrern gibt es ebenfalls keine Einigkeit über deren Effizienz. Häufig hört man von der Unwirksamkeit von Warnungen auf Zigarettenpackungen, wie zum Beispiel *Rauchen ist tödlich* (Kröger, Heppekausen & Ebenhoch 2002).

Plakate oder *talking walls* mit den Botschaften *AIDS kills* oder *HIV/AIDS is deadly* bieten keine konkrete Handlungsempfehlung darüber, wie man sich vor diesem Todesurteil schützen könnte. Darüber hinaus handelt es sich bei den Adressaten der oben genannten Kampagnen, deren Verhalten geändert werden soll, bereits um Raucher, Zuspneffahrer oder Drogenkonsumenten. Würde man dies auf AIDS-Werbung übertragen, würde man also Menschen, die bereits mit dem Virus leben, ansprechen. Diese Menschen auf die Tödlichkeit ihrer Krankheit aufmerksam zu machen, ist sicherlich nicht im Interesse der Produzenten. Daraus schließt man, dass die drastischen Botschaften im Rahmen der Prävention eingesetzt werden sollen, um ein etabliertes Verhalten zu verändern. Konkrete Hilfestellungen und durchführbare Möglichkeiten müssen für die Adressaten klar ersichtlich sein, um auf diese Weise dem Adressaten überhaupt erst die Motivation für eine Verhaltensänderung zu geben. Sieht dieser nämlich seine Situation als aussichtslos an, wird er sich eher zurückziehen und sich seinem Schicksal ergeben. Die Angst erzeugt auf diese Weise Hilflosigkeit. Die Intensität der Angstinduktion bestimmt mit, ob ein Appell angenommen oder zurückgewiesen wird (Atkin 2001, Kröger, Heppekausen & Ebenhoch 2002, Knoll 2003, Bonfadelli und Friemel 2006).

„AIDS Kills‘ shrieks a billboard [...]. People might have been scared by the message that there was a fatal disease but it told them nothing about how to avoid it, how to protect themselves, how to save themselves from this catastrophe. The result was paralysis, the feeling that this news is so awful that there is nothing anyone can do about it. It takes the power away from people to prevent themselves from infection, when that is exactly what is needed. No government can be there to oversee every individual’s behaviour. This behaviour can only be facilitated by information. Yet this very information was preventing prevention. (Mahathir 2001: 1-3)

Auch in Deutschland kommt es in der letzten Zeit wieder zu Furchtappellen und Schockwerbung in AIDS-Kampagnen. Die Zahlen der HIV-Neuinfektionen sind zwar mit etwa 3.000 Neuansteckungen pro Jahr seit einigen Jahren stabil, jedoch ist die Wahrnehmung von AIDS in der Bevölkerung deutlich gesunken (BZgA 2008). Diese Tendenz führt dazu, dass immer mehr Stimmen laut werden, die drastischere Aufklärungskampagnen fordern und das Thema in der Öffentlichkeit präsenter haben wollen.

Da man noch keine Erkenntnisse dazu hat, wie eine ‚richtige‘ Primärprävention heute aussehen muss, ist die Versuchung groß, dem alten Mythos AIDS das Wort zu reden. Siechtum und Todesgefahr an die Wand zu malen, verstößt zwar gegen eine der zentralen Regeln der AIDS-Hilfe-Arbeit, man diskutiert aber solche Ansätze durchaus und hat sie mancherorts auch schon angewandt – allerdings um die erlahmte Spendenbereitschaft wieder anzuregen. (Wießner 2003: 66)

Die folgenden Beispiele (Abb. 66 und Abb. 67) für derzeitige deutsche AIDS-Werbekampagnen sind von der Michael-Stich-Stiftung aus den Jahren 2007 bis 2009.⁴⁸ Ihre äußerst provokanten Kampagnen sollen die Menschen „wachrütteln“ und gerade junge Menschen für das Thema AIDS sensibilisieren. Die teils schockierenden Darstellungen und Botschaften riefen äußerst divergierende Reaktionen hervor: Es gab Befürworter, welche den innovativen Umgang mit der Thematik lobten und Gegner, welche die Kampagnen als unsensibel und geschmacklos bezeichneten. Sie kritisierten, dass Betroffene und Gefährdete teilweise stigmatisiert und den Adressaten nicht ausreichend Möglichkeiten aufgezeigt würden, wie sie die Bedrohung reduzieren bzw. umgehen könnten.



Abb. 66 Plakatmotiv aus der AIDS-Kampagne 2007
Quelle: Michael-Stich-Stiftung 2007

Gerade die Abbildung 66 führte zu einer Kontroverse, mit dem Resultat, dass diese Plakate in einigen Städten entfernt werden mussten. Das Poster zeigt eine Frau und offensichtlich Mutter, die auf einer Parkbank sitzt und anstelle eines Kinderwagens einen Kindersarg schaukelt. Die Resonanz auf dieses Plakat verweist auf ein klassisches Missverständnis, welches häufig in der Medienwirkungsforschung zu beobachten ist: Die vom Produzenten formulierte/dargestellte Botschaft kommt beim Adressaten nicht in der gewünschten Form an und wird fehlinterpretiert. Die Intention des Posters war es, die Bedeutung von HIV-Tests in der Schwangerschaft hervorzuheben. Es ist wichtig, dass die Mütter ihren Status kennen, damit das Virus nicht auf die Kinder übertragen wird. Von vielen weiblichen Adressaten wurde dieses Poster aber völlig anders interpretiert. Ihrer Meinung nach wurden hier Mütter zu Täterinnen – Mütter, die ihre Kinder vorsätzlich infizieren. Darüberhinaus stellt das Poster das endgültige unwiderrufliche Resultat einer Übertragung dar, an dem nichts mehr verändert werden kann.

⁴⁸ Die Michael-Stich-Stiftung wurde 1994 in Hamburg gegründet. Es handelt sich dabei um eine mildtätige und gemeinnützige Stiftung, die sich für HIV-infizierte, -betroffene und an AIDS erkrankte Kinder einsetzt.



Abb. 67 Plakatmotiv Verkehrstote
Poster Kampagne der Michael-Stich-Stiftung 2009
Teil einer von der Gestaltung identischen Trilogie mit den jeweiligen Untertiteln:

- Manche hatten einfach keine Ahnung.
- Manche hatten einfach kein Kondom.
- Manche hatten sich einfach nicht im Griff.

Quelle: Michael-Stich-Stiftung 2007

Auch die derzeitige Kampagne der Michael-Stich-Stiftung, die Trilogie *Nicht alle Verkehrstoten hatten einen Unfall*, bedient sich der Furchtappelle. Es handelt sich dabei erneut um eine emotionalisierende Botschaft, die negative Affekte wie die Tödlichkeit von AIDS und positive Affekte wie den Humor-Mechanismus miteinander vermischt. Die Doppeldeutigkeit von Verkehr soll offensichtlich die Tragik der AIDS-Situation herunter brechen. Erst auf den zweiten Blick wird dem Betrachter bewusst, dass es sich bei dem Hintergrund um ein zerwühltes Bettlaken handelt. Die Kampagne versucht HIV/AIDS deutlicher ins öffentliche Bewusstsein zu bringen, eine konkrete Hilfestellung und Zielgruppeadressierung fehlt jedoch. Das Poster macht kein konkretes Identifizierungsangebot.⁴⁹

Im sambischen Kontext findet sich nach wie vor noch eine Vielfalt von Kampagnen, die mit Furchtappellen arbeiten. Hauptsächlich stammen sie aber aus der Zeit Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre, als man noch keine Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung hatte. Als reine Angstmacher vor der Aussichts- und Perspektivlosigkeit gehörten sie zur ersten Generation der AIDS-Kampagnen (vgl. Abb.27 und Abb.28) und sind mancher Orts einfach nicht abmontiert oder übermalt worden. In den ländlichen Gebieten Sambias ist AIDS für die meisten Menschen nach wie vor tödlich. Sie haben keinen Zugang zur Leben verlängernden Therapie

⁴⁹ Ende 2009 sorgten die Anti-AIDS-Video-Clips des Vereins „Regenbogen“ aus Saarbrücken (in Zusammenarbeit mit der Hamburger Werbeagentur das comitee) für internationale Empörung. Die Clips zeigen einen Mann und eine Frau in sexueller Aktion. Im Laufe des Clips werden die anfangs noch unscharfen, eher milchigen Bilder deutlicher und man erkennt entweder Adolf Hitler, Saddam Hussein oder Josef Stalin. Am Ende des Clips wird der Schriftzug „Aids ist ein Massenmörder“ eingeblendet. Nicht nur die Deutsche AIDS-Hilfe fordert einen sofortigen Stopp der Kampagne, auch in den USA und Großbritannien zeigt man sich empört. Carsten Schatz von der Deutschen AIDS-Hilfe äußert sich folgendermaßen: „Dieser widerliche Spot verhöhnt Opfer des Nationalsozialismus und setzt HIV-positive Menschen mit Massenmördern gleich.“ Eine Sprecherin vom National Aids Trust sagt, der Spot stigmatisiere Menschen, die HIV-positiv sind. Die Kampagne wurde in den Medien so stark angegriffen, dass sogar die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Stellungnahme dazu veröffentlichte. Darin heißt es: „Alle verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zeigen, dass Schock- und Horrormotive und damit Angstauslöser zwar kurzzeitig Aufmerksamkeit erzeugen können, aber mittel- und langfristig kontraproduktiv und damit schädlich für das erklärte Ziel der Senkung der HIV-Zahlen sind.“ (www.gib-aids-keine-chance.de/aktuell/details.php?aid=167)

und einen überhaupt nur sehr eingeschränkten Zugang zum Gesundheitswesen. In den Städten hingegen profitieren die Menschen vom ART-Angebot, welches ihnen seit ein paar Jahren ermöglicht wird. Abbildungen 68 und 69 zeigen das Titelblatt der Reihe *HIV/AIDS Awareness* der *Longman Health Education Zambia*. Der Ausschnitt zeigt einen Jungen, der ein T-Shirt mit dem Slogan *AIDS is Death!* trägt. Diese Publikation, die in der schulischen Aufklärung angewandt wurde, stammt aus dem Jahr 2001. Zu dieser Zeit gab es in Sambia noch keinen Zugang zu antiretroviralen Therapie. Das T-Shirt spiegelt die tragische Realität dieser Zeit wieder: AIDS ist der sichere Tod.

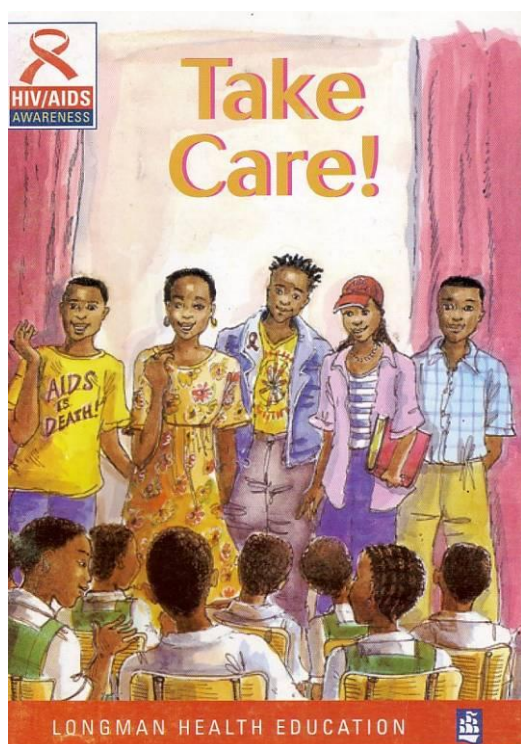


Abb. 68 Titelblatt Reihe *HIV/AIDS Awareness*
Quelle: Longman Health Education 2001

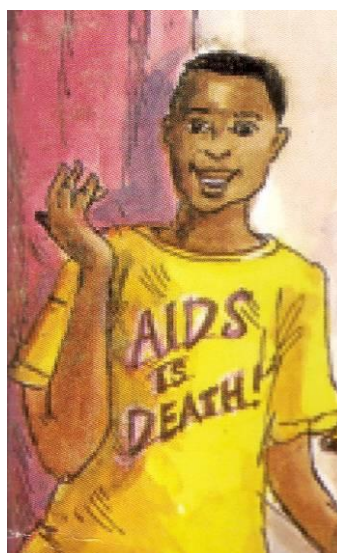


Abb. 69 Ausschnitt Titelblatt
Quelle: Longman Health Education 2001

Neben den Medienkampagnen aus den frühen 1990er Jahren gibt es aber auch aktuelle Kampagnen, die mit Furchtappellen arbeiten. Einige von ihnen wurden bereits erwähnt. Sie heben hervor, dass es nach wie vor für AIDS keine Heilung gebe und dass die Krankheit tödlich sei. Die folgende Abbildung 70, die in einem Krankenhaus in Livingstone an der Wand hing,⁵⁰ zeigt die tödlichen Folgen von HIV/AIDS. Je näher sich zwei Menschen körperlich kommen und je mehr aus der Berührung ein sexueller Akt wird, desto näher kommen sie den Viktoria-Wasserfällen und müssen befürchten, hinunterzufallen. Der Slogan *Sex is like being on the Zambezi River just above the Falls* betont, wie schnell man sich am tödlichen Abgrund befinden kann und wie gefährlich sexuelle Aktivitäten sein können. Das Poster ist aber gerade von besonderem Interesse, da es noch nicht einmal das Wort AIDS oder HIV nennen muss, damit der

⁵⁰ Dieses Bild wurde der BBC von Georgina Sumner zur Verfügung gestellt.

Betrachter versteht, worum es geht. Im Gegensatz zu vielen anderen Kampagnen sind hier, wenn auch auf sehr drastische Weise, die Bilder eindeutig und transparent und benötigen keinen schriftlichen Zusatz.



Abb. 70 Poster ‚Sex is like being on the Zambezi River just above the falls‘

Quelle unbekannt

Foto: Georgina Sumner 2008

In Kanyama gab es keine Poster oder *talking walls*, die sich mit starken Furchtappellen an die Bevölkerung richteten. Natürlich wurde überall mit dem Slogan „fight AIDS“ gearbeitet, aber er wurde immer im direkten Bezug zu einer eindeutigen Handlungsaufforderung wie zum Beispiel „abstain“ angewandt. Zumeist kamen diese Kampagnen auf *talking walls* vor: ohne bildliche Darstellungen, rein sprachlich.

Die Informantinnen und Informanten der Studie lebten alle mit dem Virus und nahmen an der antiretroviralen Therapie teil. Für sie war das Virus zwar etwas Schreckliches, aber durch ART hatten sie neue Hoffnung geschöpft. Viele von ihnen machten Zukunftspläne, wollten teilweise wieder neue Partner finden und die Familienplanung weiter fortführen. Das Thema Tod und Vergänglichkeit wurde nahezu ausgeblendet.

In der Medienwirkungsforschung bleibt die Schockwerbung äußerst umstritten. Angst hat nicht nur positive Auswirkungen und führt zur erwünschten Verhaltensänderung, häufig hat sie gegenteilige Wirkung. Durch die Schockwirkung wird die Adressatengruppe nicht erreicht, die Botschaft ignoriert und darüber hinaus werden Betroffene häufig stigmatisiert. Neuere Studien der Medienwirkungsforschung haben herausgefunden, dass Humor in den meisten Fällen viel wirksamer ist als die Arbeit mit Furchtappellen. Auf diese Weise ist zumeist eine viel offenere Kommunikation über die Thematik möglich. Bei einer Stigmatisierung findet überhaupt keine Kommunikation statt (vgl. BZgA 2008).

3.3 SPRACHE UND STIGMATA

Neben dem Gebrauch von Kriegsmetaphern oder Verweisen auf die Tödlichkeit des Virus gibt es noch eine Vielzahl von Metaphern und Sprachbildern, die sich in der alltäglichen Sprache niedergeschlagen haben (Dilger 2002, Rompel 2001). Das Akronym HIV oder AIDS wird häufig in den lokalen linguistischen Kontext gesetzt. Matthias Rompel zeigt in seiner Studie über die Medienrezeption zu HIV/AIDS in Namibia, dass das Wort AIDS nur äußerst selten verwendet und zumeist durch Umschreibungen oder Metaphern ersetzt wird. Gleiches ist in Sambia der Fall.

AIDS is often called ‚the disease’ or ‚the three-letter-illness’, the term ‚AIDS’ and ‚HIV’ are rarely used. In Oshivambo – the language of the biggest ethnic group in Namibia – HIV is even translated as ‚omukithi gwonena’ which means ‚modern disease’ or ‚development disease’. This labelling leads to the interpretation that HIV/AIDS is deeply interrelated with modern living conditions, resulting in the perception that AIDS has something to do with modernity. (Rompel 2001: 92)

Auch in Sambia gibt es eine Metaphorisierung von HIV und AIDS. Die Studie fand in einem urbanen Kontext statt. Aus diesem Grund gab es, nicht wie bei Rompel, einen Bezug der Krankheit auf moderne Lebensweisen. Es gab jedoch eine Vielfalt anderer Ausdrücke und Metaphern, die in Bezug auf HIV/AIDS verwendet wurden. In einer Studie über die Stigmatisierung von HIV-Erkrankten und -Betroffenen im Land-/Stadtvergleich in Sambia im Jahre 2003 stellte Virginia Bond fest, dass es gerade in den Städten aufgrund der Vielfalt der ethnischen Gruppierungen und Sprachen viele Metaphorisierungen und Ausdrücke gibt, die zur Stigmatisierung führen. Darüber hinaus spielt auch die Jugendsprache und die verstärkte Medienpräsenz in einem städtischen Umfeld eine wichtige Rolle. Zwar gibt es in den Städten mehr Ausdrücke, aber dennoch ist die Stigmatisierung der Betroffenen geringer als auf dem Lande. Virginia Bond erklärt dieses Phänomen damit, dass in den Städten der Zugang zu Krankenstationen, zu häuslicher Pflege oder aber auch zu ART viel besser als auf dem Lande ist (Bond 2003, 2006).

If people are unable to cope with people living with HIV and AIDS, they can and do turn to the hospice, HBC, churches, training centers for girls, and orphanages. Urban elders state: ‚If you cannot afford to look after an HIV patient nowadays, we have home-based care centers where they give support. These people will give assistance.’ In town there are simply more places to turn to when people can no longer cope at home. [...] In the urban sites, [...] people living with HIV and AIDS were more visible, and there were fewer cases in the data of extreme discrimination, more openness (including more discussion about disclosure), more awareness of the impact and hurt of stigma and discrimination, and fewer fears around casual transmission. (Bond 2003: 193-194)

Auch die Informantinnen und Informanten im Kanyama Health Centre waren zum größten Teil stigmatisiert worden. Nur diejenigen, die ihren Status geheim hielten, waren bisher von Stigmatisierung verschont geblieben. An verschiedenen Orten im öffentlichen Raum wie auf der Straße, auf dem Markt, vor ihrem Zuhause, aber auch am Arbeitsplatz wurden sie mit deutlich negativen Ausdrücken belegt. Die verwendeten Ausdrücke machten hauptsächlich Aussagen über das physische Erscheinungsbild der Informantinnen und Informanten, gaben Todeseuphemismen wieder oder bezogen sich auf das unmoralische Leben der Erkrankten als Grund für ihren Status.

Vicky M. ist 36 Jahre alt, hat vier Kinder und ist seit 2000 geschieden. Sie arbeitet in einem Sekretariat der Regierung. Seit 1999 weiß sie, dass sie HIV-positiv ist und nimmt seit zwei Jahren am ART-Programm des Kanyama Health Centres teil. Außerhalb ihrer Familie hat sie sich kaum jemandem anvertraut. Zu groß war ihre Angst vor einer Ausgrenzung. Nur ihrer damaligen Arbeitskollegin im Sekretariat erzählte sie von ihrem positiven Status. Die Kollegin aber missbrauchte das ihr entgegengebrachte Vertrauen und fing an, anderen Arbeitskollegen davon zu berichten. Sie sprach schlecht über Vicky M. und deren Lebenswandel, der Schuld an ihrer Infektion sei. Eines Tages behauptete sie, Vicky M. hätte sie am Arbeitsplatz mit dem Virus infiziert. Um ihren eigenen Status zu erklären, nutzte sie das Wissen über Vicky M.s Status. Eine gemeinsame Zusammenarbeit war nicht mehr möglich. Vicky M. wechselte zu einer anderen Behörde. Hier kennt keiner ihren Status. Sie würde sich auch nie mehr einem Arbeitskollegen anvertrauen.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 12. Mai 2008)

Naomi S. ist 30 Jahre alt, verwitwet und Mutter von vier Kindern. Als ihr Mann vor zwei Jahren starb, begannen die Menschen in der Nachbarschaft über die Todesursache zu reden. Sie waren sich sicher, dass Joshua S. an den Folgen von AIDS gestorben war, was auch der Wahrheit entsprach. Dennoch ist dies niemals offiziell geäußert worden. Nach dem Tod ihres Mannes ging es Naomi S. gesundheitlich nicht gut, sie wurde immer schwächer. Die Nachbarn fingen an, über sie und ihre Kinder zu reden. In der Klinik wurden sie und zwei ihrer Kinder positiv getestet. Derzeit bekommen sie Medikamente im Kanyama Health Centre. Jetzt geht es ihr körperlich schon viel besser. Obwohl man ihr die HIV-Infektion äußerlich nicht mehr ansieht, wird sie von einigen Nachbarn beschimpft, wenn sie an ihren Häusern vorbeigeht. Sie rufen ihr *kayaka* (Nyanja übersetzt: „sie hat es“) oder auch *denkete* (Bemba übersetzt: „die Person ist erkrankt und kann nicht mehr richtig gehen“) nach. Sie wünschte, es würde aufhören.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 14. und 29. Mai 2008)

Im Folgenden sollen einige Bezeichnungen genannt werden, mit denen die Informantinnen und Informanten ihren Aussagen zufolge beschimpft wurden. Die Bezeichnungen fallen zumeist in die bereits erwähnten Kategorien physische Erscheinung (I.), Todeseuphemismen (II.) oder Schuldzuweisung (III.). Teilweise überlappen sich auch die Kategorien. Zum Beispiel kann die Äußerung *Kayondeyonde* (Bemba übersetzt: immer dünner werden) meinen, dass der Körper abmagert und fast nur noch das Skelett sichtbar ist. Sie kann aber auch darauf hinweisen, dass

diejenige Person bald tot sein wird. Die Reihenfolge der Bezeichnungen verweist auf die Häufigkeit der Erwähnungen. Die zuerst genannten Bezeichnungen sind am häufigsten genannt worden.

I.

Kayaka – aus dem Nyanja bedeutet „er/sie hat es“ – in Bezug auf das Virus, diejenige Person ist infiziert.

Kadoyo – aus dem Bemba bedeutet „Insekt“ – die Menschen sind vom Insekt gestochen worden und daher HIV-positiv. Das Insekt steht als Metapher für eine Krankheit, die den Menschen von innen alles Leben herausaugt. In vielen afrikanischen Regionen gibt es Metaphern für das Virus, wie zum Beispiel die vom AIDS-Wurm in Simbabwe und Malawi. In Sambia ist es ein Insekt, welches „den Tod bringt“. Die Haupttodesursache in Sambia ist nach wie vor die Malaria, welche von Mosquitos übertragen wird. Demnach ist die Verbindung zwischen einem Insekt, welchen den Tod bringt und einer nicht klar zu definierenden „Krankheit“, die zum selben Resultat führen kann, eingängig.

Ali na kadoyo – aus dem Bemba bedeutet „Leben mit dem Insekt“

Ni ya mene – aus dem Nyanja bedeutet „das ist der-/diejenige“ oder „das ist eine wahre Angelegenheit“

Wakalumwa kanyama – aus dem Nyanja bedeutet „Von einem kleinen Tier oder Insekt gebissen worden“. Wird ähnlich wie die Phrase „auf einen heißen Stein zu treten“ verwendet. Bringt Unglück.

Kutongoka – aus dem Nyanja bedeutet „Situation der Minderung/ Vernichtung“ von der Krankheit (in diesem Fall HIV), aber auch von sozialen und ökonomischen Wandel.

Aya Matenda – aus dem Nyanja bedeutet „es ist diese Krankheit“. Dieser Begriff wird häufig mit HIV in Verbindung gebracht, aber auch bei anderen Krankheiten gebraucht.

Kali yonda yonda – aus dem Nyanja übersetzt „die Dünnerwerden-Krankheit“

Kayondeyonde – aus dem Bemba bedeutet „immer dünner werden“ und bezieht sich auf den Prozess des Gewichtsverlusts, der mit der HIV-Infektion in direkten Bezug gebracht werden.

Watongoka – aus dem Nyanja umschreibt den Prozess des Muskelverfalls im Endstadium einer AIDS-Erkrankung. Vergleichbar mit einem Maiskolben, der, nachdem die Körner entfernt wurden, nutzlos geworden ist.

II.

Kalaye noko – aus dem Bemba bedeutet „verabschiede dich von deiner Mutter.“

Denkete – aus dem Bemba bedeutet „nicht mehr richtig gehen zu können“. Grund dafür sind bei einer HIV-Infektion die geschwollenen Organe und Muskel sowie die Schmerzen, die selbstständiges Gehen unmöglich machen. Der Begriff wird normalerweise in Bezug auf eine Rinderkrankheit verwendet, bei der die Rinder die Kontrolle über ihren Körper verlieren und taumeln.

III.

Mawule – aus dem Bemba und dem Nyanja bedeutet „Prostituierte“. Dieser Begriff bezieht sich nicht nur auf Frauen, die der Straßenprostitution nachgehen, sondern auch auf Frauen und Männer mit verschiedenen Sexualpartnern.

Anagwila posa gwila – aus dem Nyanja bedeutet einen Ort berührt zu haben, den man besser nicht berührt hätte oder in eine Situation gekommen zu sein, die man besser gemieden hätte.

An dieser Aufzählung fällt auf, dass in Bezug auf das HI-Virus sehr häufig von Tieren gesprochen wird. Entweder werden die Betroffenen von wilden Tieren gebissen oder von Insekten gestochen. Das Insekt sticht einen Menschen und saugt ihn innerlich aus. Die Metapher verweist darauf, dass etwas von außen in den Körper eindringt – etwas Giftiges und Gefährliches –, das ihn infiziert und alles Leben aussaugt. Die Vorstellung von dem Unheil bringenden Insekt ist in Sambia weit verbreitet. Die Broschüre „*The Insect*“ aus der Reihe der *HIV/AIDS Awareness* des Longman Verlags in Sambia (Abb.71) bestätigt, wie stark diese Vorstellung in den Menschen verankert ist.

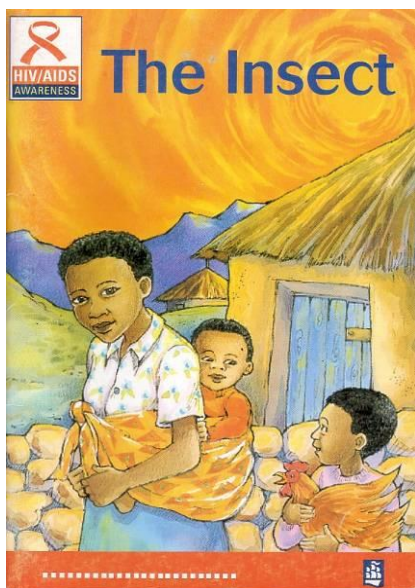


Abb. 71 Titelseite ‚*The Insect*‘ aus der Reihe *HIV/AIDS Awareness*
Quelle: Longman Health Education Zambia 2001

Die Tatsache, dass sich in vielen afrikanischen Ländern im Sprechen über AIDS ähnliche Metaphern und Sprachbilder durchgesetzt haben, bekräftigt Hans-Jörg Dilger 2002. So wird beispielsweise in Malawi das HI-Virus als „wildes Tier“ (*chirombo*) bzw. „gefräßiges Tierchen“ beschrieben.⁵¹ Auch gibt es Darstellungen vom „fressenden AIDS-Wurm“, der in den Körper eindringt und den Menschen von innen auffrisst (vgl. Dilger 2002: 15). In der künstlerischen Ausei-

⁵¹ Hans-Jörg Dilger verweist bei diesen Darstellungen auf die Arbeit von Angelika Wolf, welche sich ausführlich mit Essensmetaphern im Kontext von AIDS und Hexerei in Malawi beschäftigt hat. Laut Wolf ist der Virusbegriff nicht mit dem Tier gleichzusetzen, da er an weitere gesellschaftliche Bedeutungsfelder anknüpfen würde. Auch der AIDS-Wurm wird in Bezug zu der malawischen Vorstellung von ‚gefräßigen Hexen‘ gesehen.

nersetzung mit HIV/AIDS findet man häufig Künstlerinnen und Künstler, die sich des Themas annehmen und diese Sprachbilder in ihren Kunstwerken umsetzen. Abbildung 72 zeigt beispielsweise ein Kunstwerk des sambischen Künstlers Emmanuel Kapotwe. Es trägt den Titel „AIDS VIRUS“ und stellt ein raubtierartiges Wesen (wildes Tier) dar, welches in den Armen eine AIDS-Schleife trägt. Durch die Darstellung einer wilden Bestie als Sinnbild für das HI-Virus soll nicht nur die tödliche Gefahr und Bedrohung, sondern auch das Unkontrollierbare der Epidemie betont werden. Das Kunstwerk hat in seiner Wirkung eine eindeutig abschreckende Funktion und verdeutlicht darüber hinaus die Hilflosigkeit, mit der man der Epidemie gegenüber steht. Abbildung 73 ist eine Holzskulptur des im Jahre 2000 verstorbenen simbabwischen Künstlers Zephania Tshuma. In seiner Darstellung nutzte er die Metapher des AIDS-Wurms, um mit Hilfe dieser einfachen Bildsprache einen direkten Bezug zur lokalen Gesellschaft aufzubauen (Rödlach 2010). Im Gegensatz zu Kapotwe wollte er das Thema AIDS nicht mit Bedrohung und Angst in Verbindung bringen, sondern wählte eine eher humoristische Form der Darstellung.



Abb. 72 Skulptur ‚The Virus‘
Quelle: Emmanuel Kapotwe 2007
Foto: Annabelle Springer 2007



Abb. 73 Holzskulptur ‚Checking AIDS‘
Quelle: Zephania Tshuma 1992



Abb. 74 Poster einer französischen Anti-AIDS-Kampagne von AIDeS aus dem Jahre 2007
Quelle: AIDeS 2007

Abbildung 74 hingegen zeigt eine Übertragung der tierischen Metaphern des Virus in einen westlichen Kontext. Eine Frau und ein Mann haben Geschlechtsverkehr mit Tieren – in diesem Fall mit einer Tarantel und einem Skorpion. Die Tiere stehen für das HI-Virus. Die provokante Darstellung hat eine eindeutige Schockfunktion. Von den Tieren geht eine tödliche Gefahr aus, welche die Menschen betrifft, wenn sie ihre sexuelle Lust nicht beherrschen können. Die Botschaft dieser Kampagne lautet: Sex kann tödlich sein. Diese Darstellung kann zu einer Stigmatisierung von bereits mit dem HI-Virus lebenden Menschen führen, da sie diese zu einer den Tod bringenden, nicht-menschlichen, unkontrollierbaren Gefahr reduziert.

Die Medialisierung von HIV/AIDS in Sambia hinsichtlich Stigmata bezieht sich zumeist auf den Arbeitsbereich. Einige Kampagnen versuchen die deutlich vorhandene Stigmatisierung von Menschen, die mit dem HI-Virus leben und davon betroffen sind, zu unterbinden bzw. machen auf die Situation der Menschen aufmerksam. Die beiden folgenden Darstellungen hingen in den Büros nationaler und internationaler Hilfsorganisationen im Zentrum von Lusaka.

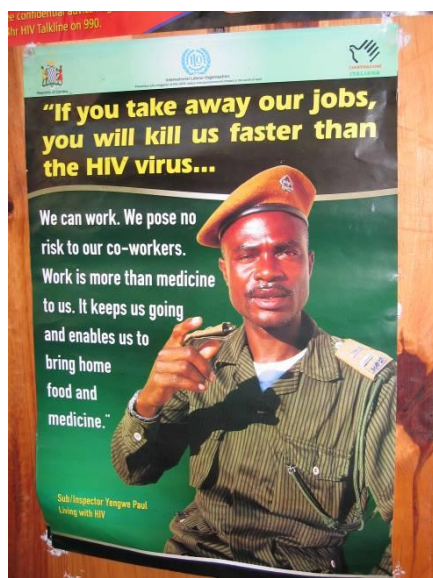


Abb. 75 Poster Kampagne gegen Stigmatisierung und Diskriminierung von Arbeitern und Angestellten
Quelle: Republic of Zambia undatiert
Foto: Annabelle Springer 2007

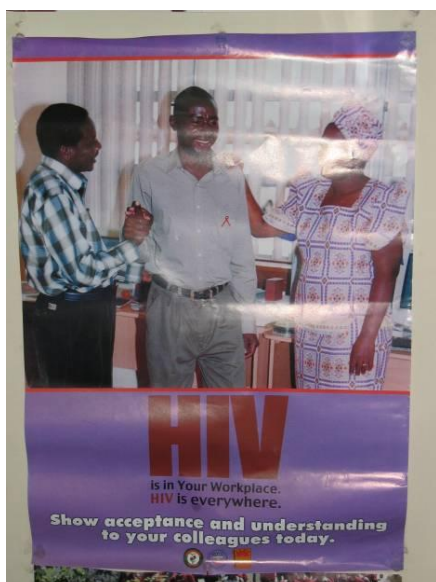


Abb. 76 Poster Kampagne gegen Stigmatisierung und Diskriminierung am Arbeitsplatz
 Quelle: National HIV/AIDS Council/ USAID/ ZIHP undatiert
 Foto: Annabelle Springer 2007

Auf der Abbildung 75 spricht ein mit dem Virus Lebender auf eine sehr direkte Art die Adressanten, in diesem Fall die Allgemeinheit, an und erklärt ihnen seine Situation: Er möchte arbeiten, er braucht die Arbeit und stellt kein Risiko für seine Kollegen dar. Die zweite Abbildung 76 nutzt nicht einen authentischen Vermittler, sondern stellt eine Arbeitssituation nach, in der ein bekennender HIV-positiver Mitarbeiter von zwei Kollegen freundlich aufgenommen und sogar berührt wird. Es soll klar gemacht werden, dass Kollegialität und körperliche Nähe in Form von Berührung kein Risiko für andere darstellt. In Bezug auf das erste Poster (Abb.75) waren sich die Informantinnen einig: es war ihnen zu direkt. Sie fühlten sich von dem uniformierten Mann persönlich angesprochen und eingeschüchtert. Der ausgestreckte Finger schien direkt auf sie zu zeigen und anstatt, wie vom Produzenten intendiert, auf die Situation des mit dem Virus Lebenden aufmerksam zu machen, hatten sie das Gefühl, dass sich alle Blicke auf sie richten würden. Auf das zweite Poster (Abb.76) hingegen reagierten die Informantinnen äußerst unterschiedlich. Während einige die dargestellte Situation vorbildlich fanden und den mit dem Virus lebenden Mitarbeiter im Kreise seiner Kollegen gänzlich akzeptiert und versorgt sahen, äußerten sich einige eher skeptisch. Sie fanden, dass die Akzeptanz des HIV-Positiven im Kreise seiner Kollegen ein selbstverständlicher Akt sein sollte und man als jemand, der mit dem Virus lebt, nicht in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gestellt werden sollte. Jane T., langjährige Mitarbeiterin im Kanyama Health Centre und Mitorganisatorin der Support Group, zweifelte auch daran, dass mit Hilfe von solchen Abbildungen das vorhandene Stigma abgebaut werden kann: „We have to stop showing people living with HIV as victims. They are no victims.“

Während der Feldforschungsaufenthalte war die mediale Umsetzung der Stigmata-Thematik, weder in Kanyama noch im Kanyama Health Centre sichtbar. Die Informantinnen und Informanten, welche das Thema HIV/AIDS und Stigmata in ihrem direkten Umfeld wahrgenommen hatten, hatten alle dieses Thema über das Fernsehen oder das Radio vermittelt bekommen. Keiner konnte sich weder an ein Poster, ein Plakat, eine Broschüre oder eine *talking wall*

zu diesem Thema erinnern noch war ein entsprechendes Medium durch seine Prägnanz und Ausdrucksstärke (inhaltlich wie optisch) aufgefallen.

3.4 ZUSAMMENFASSUNG

Ziel dieses Kapitels war es zu zeigen, welchen Einfluss die AIDS-Epidemie auf den alltäglichen Sprachgebrauch hat und inwiefern eine Übertragung in Metaphern und andere Sprachbilder zur Stigmatisierung von Menschen, die mit dem Virus leben, beiträgt. Die Medienresonanz zu diesem Thema ist äußerst gering, was daran liegt, dass sich kaum visuelle Medien mit dem Thema auseinandersetzen. Die meisten Informantinnen und Informanten haben von diesem Thema über ein anderes Medium, das Radio, erfahren. Darüber hinaus liegt ein Hauptaugenmerk der wenigen vorhandenen Kampagnen auf der Vermeidung und Reduzierung von Stigmata am Arbeitsplatz. Aber gerade im informellen Bereich sind Menschen einer starken Stigmatisierung ausgesetzt. In diesem Bereich gibt es keine Aufhebung oder Entkräftung mit Hilfe von Medienkampagnen. Vor einigen Jahren, im Jahr 2004, hat es einige Kampagnen in dieser Hinsicht gegeben, jedoch waren diese den Informantinnen und Informanten nicht bekannt bzw. es hat offensichtlich keine zeitnahe „Wiederbelebung“ dieser Kampagnen gegeben.

Die Verwendung von Furchtappellen zeigt sich auch in der sambischen Medienlandschaft als ein umstrittenes Mittel der Vermittlung. Teilweise greift man noch auf diese Mittel zurück und erhofft sich das richtige Maß an Angst zu verbreiten, um eine Verhaltensänderung zu bewirken. Eine Vielzahl von Studien hat aber gezeigt, dass gerade diese Form der Appellierung zu keinem positiven Ergebnis führt. Einige sprechen sogar davon, dass solche Appelle eine eher kontraproduktive Wirkung haben. Die HIV-positiven Patientinnen und Patienten im Kanyama Health Centre sind sich zwar bewusst, schwer erkrankt zu sein, hoffen aber durch die Teilnahme an der antiretroviralen Therapie auf ein verlängertes Leben. Sie machen Pläne für die Zukunft, suchen teilweise noch Partnerinnen und Partner, mit denen sie alt werden und Kinder bekommen wollen. Die Gleichsetzung von AIDS und Tod widerspricht ihren Lebenseinstellungen.

Auch die Kriegsmetaphorik, die gerne zur Verbreitung von Panik, Hilflosigkeit und Sterbeszenarien verwendet wird, findet sich noch in den sambischen Medienkampagnen wieder. Genauso wie man weltweit das Virus „bekämpft“, den Körper als ein „Schlachtfeld“ ansieht und das Virus endgültig terminieren muss, hat man im sambischen Sprachgebrauch diese Metaphorik übernommen und nimmt diese als eine natürliche Art der Kommunikation über HIV/AIDS wahr. Sprache hat einen enormen Einfluss auf das Agieren von Menschen. Häufig kommt es vor, dass dieses Element nicht berücksichtigt wurde, die Formulierung und das verwendete Sprachbild der Botschaft nicht korrespondierten und widersprüchliche Botschaften vermittelten. Im schlimmsten Fall löste die Botschaft selbst Stigmata aus und trug zur Diskriminierung von Menschen, die mit dem Virus leben, bei.

4 – MEDIALISIERUNG VON HIV/AIDS IN KANYAMA, LUSAKA

Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf der Wahrnehmung von Medien zu HIV/AIDS in Kanyama. Das Kapitel ist in drei thematische Blöcke unterteilt: soziale und medizinische Versorgungsmöglichkeiten, Sexualität und Glauben und die mediale Umsetzung von Gender-Themen.

Bei meinen Informantinnen und Informanten im Kanyama Health Centre ist insgesamt nur eine eingeschränkte Mediennutzung erkennbar. In der Tabelle (Abb.78) wird aufgeschlüsselt, welchen Zugang meine Informantinnen zu bestimmten Medienformen haben. Aufgrund des mangelnden Zugangs zu Elektrizität können nur rund 40 Prozent der 53 Informantinnen Fernsehen empfangen (Abb.77).

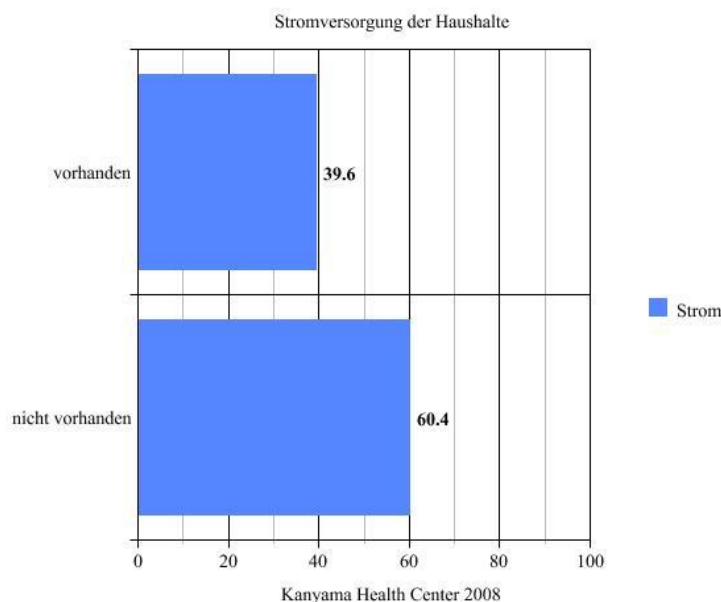


Abb. 77 Grafik Stromversorgung in den Haushalten der Informantinnen, n= 53
Quelle: Annabelle Springer 2009

Einige gaben aber an, die Möglichkeit zu haben, bei Verwandten, Freunden oder Nachbarn Fernsehen zu konsumieren. Dies geschehe aber nicht täglich oder auf einer regelmäßigen Basis. Dies bedeutet aber auch, dass mehr als 60 Prozent überhaupt keine Möglichkeit haben, zuhause fernzusehen und damit an TV-Kampagnen zur gesundheitlichen Aufklärung teilhaben zu können.

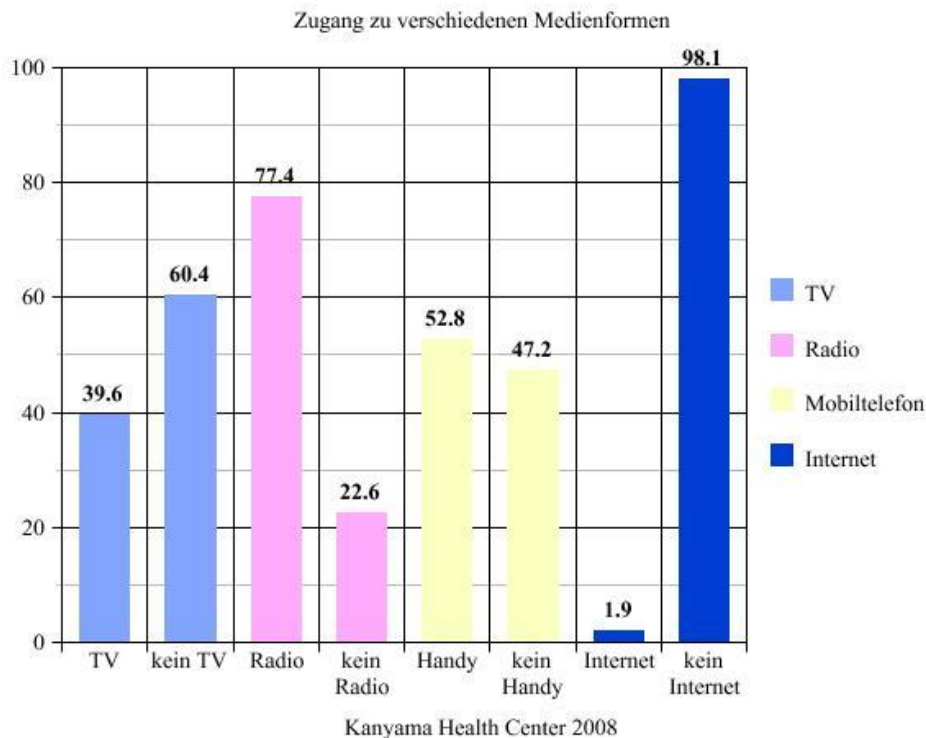


Abb. 78 Grafik Zugang der Informantinnen zu verschiedenen Medienformen in Kanyama
Quelle: Annabelle Springer 2009

Am meisten verbreitet ist nach wie vor das Radio. Nahezu 80 Prozent der Informantinnen besitzen selbst ein Radio bzw. haben Zugang zu einem und können zum Großteil über dessen Verwendung selbst bestimmen. Wie bereits in der Ethnographie zu Kanyama beschrieben, gibt es in dieser Region kaum bis gar keine Festnetzanschlüsse für Telefone. Aufgrund dieser mangelnden Netzinfrastruktur ist das Mobiltelefon zur einzigen und wichtigsten Kommunikationsmöglichkeit geworden. Informationen der *International Telecommunication Unit* (ITU) zufolge besaß bereits 2007 jeder fünfte Einwohner Sambias ein Mobiltelefon. Auch in den ärmeren Vororten Lusakas hat es einen enormen Zuwachs bei den Mobiltelefonen gegeben; so auch in Kanyama. Alle männlichen Informanten besitzen ein eigenes Mobiltelefon. Bei den Informantinnen hat nur knapp die Hälfte Zugang dazu. Von diesen Telefonen gehören wiederum 39 Prozent den derzeitigen Partnern oder Ehemännern. Durch diesen Zuwachs an Mobiltelefonen wird die Option, Prävention durch persönliche Telefonberatung stattfinden zu lassen, deutlich verstärkt. Aus geschlechterspezifischer Perspektive spielt jedoch gerade das Teilen von Mobiltelefonen in Hinsicht auf die Nutzungsmöglichkeit des Mediums eine wichtige Rolle. Online-Kampagnen, welche in den letzten Jahren immer populärer geworden sind und auch durch eine direkte Ansprache von Individuen (via Email) ein intensiveres Kommunikationsangebot ermöglichen könnten, sind in Kanyama nicht von Bedeutung. Nur eine Informantin hat über ihren Arbeitsplatz Zugang. Aus der Grafik wird deutlich, dass man bei der Vermittlung von Kampagnen weniger auf direkte Kommunikationsangebote wie zum Beispiel Onlineberatung zurückgreifen kann, sondern sich verstärkt auf massenmediale Maßnahmen stützen muss. Insbesondere au-

ditive Medien wie das Radio spielen dabei eine wichtige Rolle. Medien wie Plakate, *talking walls*, Broschüren und Flyer sind in einer Umwelt, in der nur wenige Zugang zu Fernsehen und Internet haben, immer bedeutsamer. Zeitungen gehören auch in diese Kategorie der rein visuellen Medien, auf deren Darstellung und Inhalte im zweiten Kapitel ausführlich eingegangen wurde. In der Studie zu Kanyama spielen die Zeitungen keine prominente Rolle: Über 65 Prozent der Informantinnen haben überhaupt keinen Zugang zu Zeitungen, knapp 20 Prozent geben an, selten Zugang zu Zeitungen zu haben (zumeist nur wenn der Partner bzw. Ehemann die Zeitung kauft und mitbringt). Diejenigen mit Zugang zu Zeitungen lesen diese an ihrem Arbeitsplatz und können sie nicht mit nach Hause nehmen, d.h. die Zeitung kann nicht an andere weitergegeben werden. Aus diversen, in der Einführung bereits dargelegten Gründen, habe ich mich für eine Betrachtung von in Kanyama vorhandenen visuellen Medien und die Wirkung ihrer Botschaften auf eine festgelegte Gruppe von Rezipienten entschieden. Die Informantinnen im Kanyama Health Centre nehmen diese Form von Medien alltäglich im öffentlichen Raum wahr. Auf ihren Wegen zum Arbeitsplatz, zum Markt, zur Klinik oder um Freunde oder Verwandte zu besuchen – überall befinden sich Poster, *talking walls* oder man sieht Menschen, die T-Shirts mit HIV/AIDS-Symbolik (z.B. Abbildung der AIDS-Schleife) tragen. Im Vergleich zur Situation im Zentrum von Lusaka ist jedoch diese Distribution von Medien zu HIV/AIDS im Vorort Kanyama eher eingeschränkt, und die Medien sind in ihrer Vielfalt nicht so stark ausgeprägt. Häufig finden sich nur Plakate einer einzelnen Organisation, oder die *talking walls* sind so stark verwittert, dass man sie kaum noch entziffern kann. Aus diesem Grund habe ich mich bei meiner Studie entschlossen, nicht nur die Rezeption von in Kanyama vorhandenen Medien zu untersuchen, sondern auch Medien zu integrieren, die in anderen lokalen Kontexten präsentiert wurden. Diese „Fremdmedien“ (Plakate, Zeitungsartikel, Fotografien) wurden bei meinen Gesprächen mit den Informantinnen mit aufgenommen und entweder in Druckform oder auf dem Laptop vorgezeigt und gemeinsam diskutiert.

4.1 VOM TESTEN, STILLEN, ERNÄHREN UND PFLEGEN:

SOZIALE UND MEDIZINISCHE VERSORGUNGSMÖGLICHKEITEN

Die sozialen und medizinischen Versorgungsmöglichkeiten gehören zu den mit am weitesten verbreiteten Themen in der HIV/AIDS-Präventionsarbeit und der gesundheitlichen Aufklärung allgemein. Die Botschaften, die von diesen Medien ausgehen, beziehen sich auf Testzentren, antiretrovirale Therapie, Übertragungsmöglichkeiten und die Bedeutung einer gesunden Ernährung bei einer HIV-Infektion. Die zahlreichen Kampagnen und ihre Rezeption sollen im Folgenden näher beleuchtet werden.

4.1.1 MEDIZINISCHE VERSORGUNG

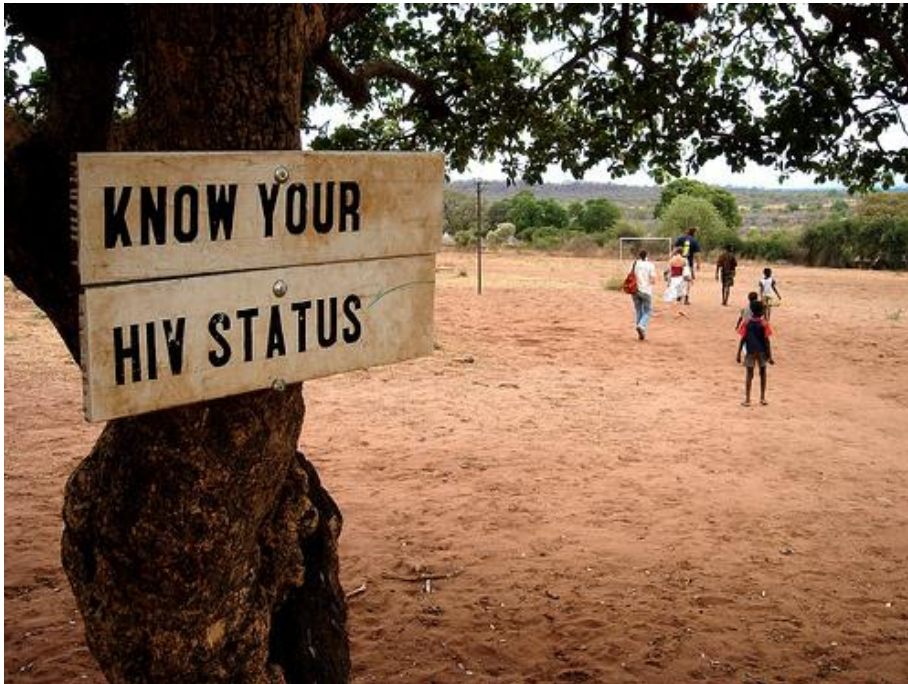


Abb. 79 Schild ‚*Know your HIV Status*‘ in Simonga Village
Foto: Jon Rawlinson 2005

Nach Angaben des *Zambian Ministry of Health* hatten 2005 erst 13 Prozent der sambischen Erwachsenen einen HIV-Test gemacht. Die restliche Bevölkerung kannte ihren Status nicht. Dieses Unwissen erhöht die weitere Verbreitung des Virus. Die Gründe, aus welchen viele Menschen sich keinem Test unterziehen sind vielfältig: An erster Stelle steht die Angst vor einem positiven Resultat. Eine HIV-Erkrankung kann man äußerlich nicht feststellen und so warten viele ab und hoffen, dass sie nicht infiziert sind. Krankheitssymptome treten in einem späteren Stadium auf und zumeist wird erst dann der Weg zum Test beschritten. Die Angst, welche die Menschen scheinbar paralyisiert, bezieht sich nicht nur auf die eigene Hilflosigkeit und traumatische Erfahrung, sondern auch auf äußere Einflüsse und Folgen einer HIV-Erkrankung – Diskriminierung und Stigmatisierung. Die Angst, vielleicht positiv zu sein und damit von der Gesellschaft ausgestoßen und isoliert zu werden, ist nicht zu unterschätzen. Für viele ist auch nicht verständlich, warum sie sich auf HIV testen lassen sollen, wenn es im Anschluss keinen Zugang zur antiretroviralen Therapie gibt. Von dieser Perspektive aus betrachtet ergibt sich für den HIV-Positiven selbst keinerlei Vorteil aus einem Test. Natürlich wäre es den Partnerinnen und Partnern gegenüber verantwortlicher, über den eigenen Status Bescheid zu wissen und Vorkehrungen zum Schutz vor einer Verbreitung des Virus zu treffen, jedoch ist dabei das Individuum auf sich selbst gestellt (Grand 2008). Darüber hinaus gibt es insbesondere in den ländlichen Regionen Sambias nur wenige Testzentren. Viele Menschen brauchen mehrere Stunden für den Weg zur nächsten Gesundheitsstation. Ein solcher Besuch bedeutet einen Tag Verlust einer Arbeitskraft, die im Haushalt oder auf dem Feld gebraucht wird. In den letzten Jahren sind

immer mehr Testzentren, insbesondere im urbanen Raum, hinzugekommen: Entweder sind sie in Gesundheitseinrichtungen integriert, werden von Nicht-Regierungsorganisationen geführt oder von lokalen Gemeinschaften wie Kirchen oder Jugendzentren organisiert. Idealerweise soll VCT in Ländern mit einer hohen Prävalenz für die allgemeine Öffentlichkeit und nicht nur für die speziellen „Risikogruppen“ zugänglich sein (vgl. McKee, Bertrand & Becker-Benton 2004: 196). In Sambia wird nicht auf das „Risikogruppen-Modell“ zurückgegriffen. Jedoch erfährt die Gruppe der Schwangeren besondere Beachtung. Im Jahre 2005 wurde das *Opt-out testing* eingeführt, d.h. jede Person, die ins Krankenhaus oder zu einem Health Centre kommt, wird auf HIV getestet, sofern sie nicht ausdrücklich ablehnt. Im Rahmen dieses Modells werden vor allem schwangere Frauen getestet, die für die Vorsorgeuntersuchung in die Krankenhäuser oder Gesundheitszentren kommen. Diese Strategie existiert schon seit längerem in der AIDS-Politik und wird von UNAIDS und der WHO empfohlen, um eine adäquate Behandlung von Mutter und Kind gewährleisten zu können. Es gibt jedoch auch kritische Stimmen, die diese nicht freiwillige Art des Testens als Einschränkung der Menschenrechte sehen. Die wissenschaftlich belegten Vorteile des Testens überwiegen aber: eine frühe Diagnose kann die Behandlung positiv beeinflussen und die Übertragung des Virus von der Mutter auf das Kind bei der Geburt verhindern. Jedoch kommen viele Schwangere nicht zu den notwendigen Vorsorgeuntersuchungen in die Gesundheitseinrichtungen. Laut Aussage des medizinischen Personals im Health Centre, liegt dies nicht nur an der Angst vor einem HIV-Test und dem vielleicht positiven Resultat, sondern auch daran, dass viele Frauen solche Termine mit ihren Männern absprechen müssen und deren Einwilligung brauchen. Es gibt durchaus Männer, die ihren Ehefrauen die grundsätzliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung verwehren. Auf diese Weise vermeiden sie eine nicht gewollte Auseinandersetzung mit dem Thema HIV.

Die Vielzahl der verschiedenen Darstellungen des Themas VCT (Abb. 81, 82 und 83) gibt einen Eindruck von deren Bedeutsamkeit. Über Massenmedien wie Poster und Flyer werden Schlüsselinformationen zu VCT an eine breite Öffentlichkeit vermittelt. Zumeist sind Menschen abgebildet, die sich auf dem Weg zu einem Testzentrum befinden, um sich freiwillig einem Test zu unterziehen. Durch die Darstellung erhält die Botschaft einen persönlichen Charakter, und die in den Bildern gezeigte Dynamik soll die Betrachter zum Nachahmen motivieren. Freundliche und offene Menschen lächeln vom Poster herab. Sie gehen offensichtlich gerne und völlig problemlos zum Testen. Die hellen Farben unterstreichen den einladenden Charakter. Die auf Englisch formulierten Botschaften sollen Individuen ansprechen. Sie variieren in ihren Inhalten von *Go to VCT Today* über *Have you gone to VCT?* zu *Take charge of your life!*. Sie erwähnen jedoch nicht, wo man hingehen soll, um sich testen zu lassen. Gerade hier wäre es besonders hilfreich die geeigneten Lokalitäten für einen solchen Test konkret zu nennen. Höchstwahrscheinlich wurden diese Informationen nicht ergänzt, da die regionalen Standorte von Testzentren zu stark divergieren und einen erhöhten Druckkostenaufwand mit sich gebracht hätten. In den Botschaften wird das Individuum angesprochen und aufgefordert, eigen-

verantwortlich zu handeln. Das Kollektiv steht außen vor. Seit Jahren gibt es im strategischen Kommunikationsdiskurs zu HIV/AIDS die Tendenz, auf Gemeinschaften („ihr“) anstatt auf Individuen („du“) zu fokussieren, da es ansonsten zu Ausgrenzungen kommen kann und diese Form der Kommunikation nicht den gewünschten Erfolg mit sich bringt (McKee, Bertrand, Becker-Benton 2004: 61ff). Denn gerade Ehepaare und Partner sollten sich gemeinsam testen lassen, um eine breitere Vertrauensbasis aufzubauen und ihre gemeinsame Zukunft besser planen zu können. Bei der Anwendung von Kampagnen, die zum Testen ermutigen und an die Eigenverantwortlichkeit appellieren, besteht jedoch die Gefahr, Ungetestete „Unverantwortlichkeit“ zuzuschreiben, ohne deren Motivationsstrukturen zu kennen (Dressler 2003: 47f). Andererseits könnte der HIV-Test primärpräventive Wirkungen haben, da die Risikobereitschaft bei unbekanntem Status deutlich höher ist.



Abb. 80 Plakat ‚ZEHRP COUPLES‘VCT CENTRE‘ in Kanyama
Quelle: Emory University/Rollins School of Public Health 2005

Im Kanyama Health Centre hängen in den Warteräumen und Behandlungszimmern vereinzelt Poster, die auf VCT verweisen. Alle Interviews haben in den Räumen des Gesundheitszentrums stattgefunden. Aber nur 12 Prozent der Informantinnen konnten sich an diese Poster erinnern bzw. hatten diese überhaupt wahrgenommen. Sechs Informantinnen hatten Poster zu diesem Thema nicht in der Klinik, sondern an einem der lokalen Marktplätze gesehen, und interessanterweise konnte sich keiner der Männer überhaupt an ein Poster zum Thema VCT und/oder ART erinnern. Erklärend muss man an dieser Stelle anfügen, dass vielleicht die Positionierung von einem VCT-Poster im Warteraum einer HIV-Ambulanz nicht besonders sinnvoll ist. Entweder sind die Patienten bereits getestet und holen ihre Medikamente ab oder sie sind bereits da, um getestet zu werden. Diese Menschen müssen nicht mehr motiviert werden, zum

Test zu gehen. Anders verhält es sich auf dem Marktplatz: hier werden alle Mitglieder der Gemeinschaft (insbesondere die Frauen) angesprochen und auf die Bedeutsamkeit des Testens aufmerksam gemacht. Dass sich auf dem Marktplatz hauptsächlich Frauen treffen und dort miteinander kommunizieren, könnte auch der Grund sein, warum keiner der Männer ein Poster zu VCT am Marktplatz gesehen hat. Die Botschaften wurden grundsätzlich nicht oder nur äußerst marginal von den HIV/AIDS-Patientinnen wahrgenommen.

Cloudia N. weiß bereits seit zwei Jahren, dass sie HIV positiv ist. Sie hat schon öfters Poster und Flyer (insbesondere Abb. 83) gesehen, die zum Testen aufrufen. Auf sie wirkt die abgebildete Frau sehr sympathisch. Sie wirkt selbstsicher und vermittelt das Gefühl, mit dem Gang zum Test etwas Richtiges zu machen. Bevor Cloudia N. im Rahmen ihrer Schwangerschaftsvorsorge „zwangsgetestet“ wurde, hat sie sich von den Plakaten überhaupt nicht angesprochen gefühlt. Sie sah sich nicht zur Zielgruppe der möglicherweise HIV-Positiven zugehörig. Sie vertraute ihrem Partner und wäre nicht auf die Idee gekommen, dass er möglicherweise HIV-positiv sein könnte.

(Gedächtnisprotokoll⁵² Interview im Kanyama Health Centre, 14. Mai 2008)

Die Mehrheit der Patientinnen wurde auf HIV im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung getestet, die verwitweten Patientinnen gingen zumeist nach dem Tod ihrer Ehemänner zum Test. Auch die Patienten sind durch einen Krankheitsfall in der direkten Familie zum Testen motiviert worden. Neben diesen Motivationsstrukturen fand kein freiwilliges Testen statt.

Naomi N. ist 48 Jahre alt und seit 2000 verwitwet. Sie war mit ihrem Ehemann John 13 Jahre verheiratet. Sie haben vier gemeinsame Kinder. Zum ersten Mal hat sie von AIDS 1995 im Radio gehört. Aber dass AIDS auch sie und ihre Familie betreffen könnte, darüber war sie sich nicht im Klaren. Ihr Mann war lange Zeit krank und verstarb. Nach seinem Tod begannen die Gerüchte, er sei an AIDS gestorben. Sie wollte das nicht glauben. Aber sie wollte sicher gehen, ließ sich testen und bekam das Resultat, dass sie HIV-positiv sei. Aus Angst vor Stigmatisierung hat sie lange, auch vor ihrer Familie, über ihren Status geschwiegen. Sie meint, vielleicht zu lange. Ihre älteste Tochter und deren Baby wurden vor zwei Jahren auch HIV-positiv getestet. Es sei nun an der Zeit offen zu sprechen. (Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 14. Mai 2008)

Naomi N. hat sich die Poster, Plakate und Flyer lange und sehr nachdenklich angeschaut. Ihr gefällt das Poster auf der Abbildung 81 am besten, die Abbildung 82 spricht sie aufgrund der großen Textmasse nicht an und die Abbildung 83 wirkt auf sie zu sehr gestellt. Für sie ist das

⁵² Die in meiner Studie geführten Interviews werden zumeist als Gedächtnisprotokolle wiedergegeben. Die meisten Patientinnen und Patienten wollten nicht über ihre Infektion mit dem HI-Virus sprechen und diese Gespräche auf Tonband aufgenommen wissen. Sie wünschten absolute Anonymität – ein Wunsch, den ich selbstverständlich respektiert habe.

persönliche Gespräch zu Freunden und Familienmitgliedern von größter Bedeutung. Daher ist ihrer Meinung nach die auf der Abbildung 81 wiedergegebene Alltagssituation – ein Gespräch auf der Straße unter Freunden – die natürlichste und ideale Form der Kommunikation.

Edward K. ist 37 Jahre alt und seit acht Monaten verheiratet. Seine Frau Chisenga K. und er erwarten ihr erstes Kind. Bei der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung wurde seine Frau HIV-positiv getestet. Ihm wurde angeraten, sich ebenfalls testen zu lassen. Auch er ist positiv. Jetzt sind beide im ART-Programm des Kanyama Health Centres. Sie hoffen, dass das Virus ihr Baby verschont.

(Gedächtnisprotokoll E. Lubumbashi Interview im Kanyama Health Centre, 16. Mai 2008)

HIV-Tests als Mittel der Primärprävention einzusetzen ist ein schwieriges und vielseitig diskutiertes Feld. In Deutschland gibt es nur eine routinemäßige Testung von Blutspendern, eine allgemeine Testempfehlung an die breite Öffentlichkeit wurde nie ausgesprochen (Dressler 2003:47). Auch in Sambia wird bisher nur die „Zwangstestung“ bei der Gruppe der Schwangeren durchgeführt, um eine Übertragung des Virus auf die Kinder zu verhindern. Ansonsten versucht man ebenfalls, Zwangstests und Massenscreening zu vermeiden und das Thema VCT stärker in das Gesundheits- und Körperbewusstsein des Einzelnen einzubetten.

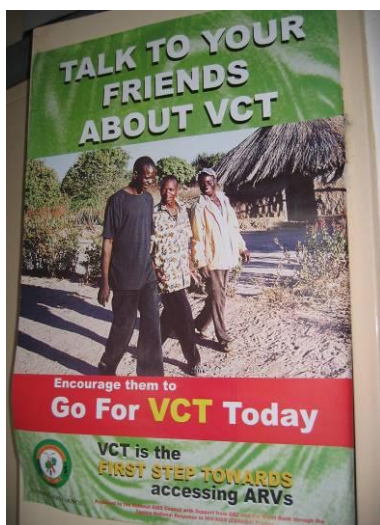


Abb. 81

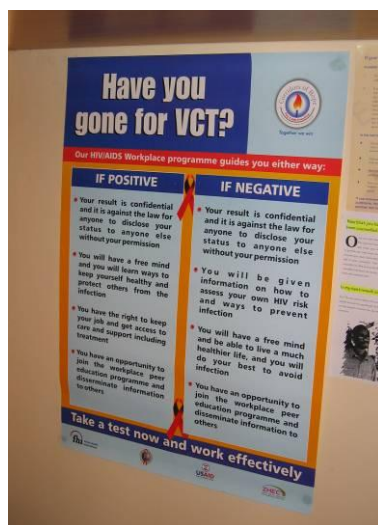


Abb. 82

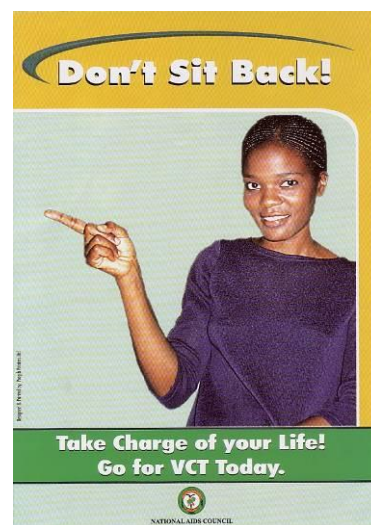


Abb. 83

Abb. 81 Poster *„Talk to your friends about VCT“*

Quelle: National AIDS Council

Foto: Annabelle Springer 2008

Abb. 82 Poster *„Have you gone for VCT?“*

Quelle: Zambia Ministry of Health

Foto: Annabelle Springer 2008

Abb. 83 Poster *„Don't sit back!“*

Quelle: National AIDS Council

Foto: Annabelle Springer 2008

Anders verhält es sich mit Kampagnen zu ART. Gerade Patienten, die an ART teilnehmen, brauchen zusätzliche Informationen, und daher gibt es kaum eine bessere Platzierung von ex-

plizit für Patienten gestaltete Poster zu diesem Thema als in Krankenhäusern, Krankenstationen und anderen Gesundheitseinrichtungen. Kommunikation spielt eine wichtige Rolle bei der Motivierung von HIV-Infizierten zur Einnahme von ART und einer kontinuierlichen Fortsetzung der Therapie. Die Patienten sind auf die Versorgung mit ART ein Leben lang angewiesen. Die bei ART verwendete Medikamentenkombination hat eine Vielzahl von Nebenwirkungen, über die die Patientinnen und Patienten Bescheid wissen müssen. Die falsche Einnahme von Medikamenten kann fatale Folgen haben.

We heard of a person who went to a conference and ran out of his medicine. He then came home and counted the number of days he missed, then took them all at one. He died. He didn't know better. People are afraid of the drugs. If you ask the average Zambian about antiretrovirals (ARVs), they say the person with HIV on treatment dies like a pig – fat, instead of skinny like with AIDS. We say, 'Look, we are taking these drugs and we are living.' This makes a lot of sense to people. (Kasonakoma 2006)

Es ist aber nicht nur wichtig, darüber aufzuklären, wie die Medikamente genommen werden müssen und welche möglichen Nebenwirkungen auftreten können, sondern darüber hinaus, wie diese Nebenwirkungen behandelt werden können. Die Liste der Nebenwirkungen ist lang: von Kopfschmerzen und Müdigkeit über Magen-Darm-Probleme bis hin zur peripheren Neuropathie, einem Nervenleiden, welches so schmerzhaft werden kann, dass sich der oder die Betroffene nur noch per Rollstuhl fortbewegen kann. Aufwendig gestaltete Broschüren wie beispielsweise auf der Abbildung 84 klären über mögliche Nebenwirkungen auf und sind in allen Krankenhäusern und über viele Nichtregierungsorganisationen erhältlich. Sie sind sehr detailliert: Der ausführliche Text wird durch Abbildungen von Menschen in der jeweiligen Lebenssituation aufgelockert und Kurzstatements von HIV-Positiven geben der Botschaft nicht nur ein Gesicht, sondern unterstreichen deutlich deren Authentizität.

What are side effects?

Side effects are reactions that may occur when you take medicines. All drugs have side effects - some are more severe than others. Different ARV drugs can cause different side effects.

Most people experience mild side effects and find within a few weeks of starting treatment they are reduced. For a small number of people it may mean changing a drug. In this handout we focus on some of the more serious side effects, what to look for and how to manage them.

What side effects might I get from taking ARV drugs?

Some side effects – usually nausea, vomiting, diarrhoea and tiredness – may appear soon after you start taking ARVs. Often they don't last very long and you will start to feel better as your body gets used to the drugs. This might take 3-4 weeks.

**Ruth Muchazi
NZP+ Namwala**

When I first started taking ARVs the side effects were difficult to manage. I was vomiting every morning and my temperature used to rise. After about two months I started feeling fine, I became stronger. I started moving in the hot sunshine to organise support groups for NZP+. There's no drug that doesn't have side effects. People considering ARVs should not fear side effects. Doctors know how to minimise them.

If your side effects continue beyond a few weeks don't just put up with them. The longer you leave them the more difficult they will be to treat.

It's important to visit the clinic regularly so that you and your health worker can monitor your health and help you deal with any side effects. You may be able to take other medicines to reduce the side effects or change to another ARV drug.

Serious side effects are much less common. They include neuropathy (nerve damage), liver damage and lipodystrophy (abnormal weight gain or loss).

Monitoring your health

For your health worker to understand your side effects you need to be able to describe them clearly. Pay attention to any changes in your body and symptoms you experience. Make a record of how you feel by answering these questions:

- ▶ Where are the symptoms?
- ▶ How often do you get them - e.g. once a week, every day, 5-10 times a day?
- ▶ How long do they last for - e.g. 20 minutes or 3-4 hours?
- ▶ Is there a pattern to when they occur - e.g. when you sleep or after you take your pills?
- ▶ Are they light or severe - do they affect your day-to-day life?
- ▶ Have you noticed anything that helps to reduce or stop them?

Then your health worker can decide the best way to manage your side effects. For example, people often put up with chronic diarrhoea which stops them leaving the house for long periods. The diarrhoea can be treated with help from the clinic.

If your side effects are stopping you taking your ARVs you must tell your health worker. Don't stop taking your medication without consulting your health worker first.

You should also let them know if you are taking any other drugs like alcohol, over the counter drugs or herbal medicines. These can make your side effects worse. Alcohol, for example, can damage your liver which will prevent the ARVs from working. Continuing to drink heavily whilst taking ARVs can be dangerous.

Keeping yourself informed

When you're on ARVs you need to get as much information as you can about your treatment. Ask your health worker anything you don't understand.

Your health worker will prescribe you a combination of ARV drugs which is best for you depending on what is available locally. Each drug has potential side effects. Try to find out as much as you can about the side effects so you know what to expect. The table on the other side of this handout shows some of the more serious side effects to look out for.

People considering ARVs should not fear side effects - just know how to manage them.

Abb. 84 ARVs and me: Broschüre über Side-Effects 2007

Quelle: Ministry of Health/unicef 2007

Im Kanyama Health Centre sind diese aufwendig erstellten und äußerst informativen Broschüren und Flyer nicht erhältlich. Die betroffenen Patientinnen und Patienten erhalten Informationen über die Therapie und ihre Nebenwirkungen im Rahmen eines Gesprächs. Auf Wunsch werden ihnen nach Beendigung des Gesprächs weitere Informationen in schriftlicher Form mitgegeben. Dabei handelt es sich um schwarz/weiß Kopien von zumeist schlechter Qualität. Es sind auch keine Abbildungen vorhanden, aber dafür gibt es Fassungen in verschiedenen Sprachen wie Bemba, Nyanja oder Chitonga. Gerade bei dem äußerst komplizierten Thema der Medikamentenkombination wäre es von besonderer Bedeutung, vereinfachte Darstellungen und farblich divers unterlegte Angaben für das jeweilige Medikament zu entwickeln. Diese sind auch mancherorts vorhanden, jedoch leider in Englisch und nicht in den jeweiligen Muttersprachen der Patientinnen und Patienten und aus diesem Grund für viele nicht lesbar. Auch werden häufig Informationen über die Medikamente und mögliche Nebenwirkungen von den Patientinnen und Patienten nicht mitgenommen. Zu groß ist die Angst vor einer Stigmatisierung.

Priscilla M., eine Mitarbeiterin einer NGO in Lusaka berichtet, dass die Prospekte, welche sie für ihre *Peer Education* Besuche in den *Compounds* verwendet, hingegen regen Absatz finden. Sie ist sich aber durchaus bewusst, dass die auf Englisch formulierten Prospekte zumeist nicht verständlich sind und einfach nur gerne genutzt werden, um das Feuer für das Kochen anzufachen.

Bei Postern, die für ART werben, gibt es unterschiedliche Varianten für verschiedene Zielgruppen. Zum einen gibt es ART-Poster, welche Patienten, die ART erhalten, weitere Hilfestellungen geben sollen. Zum anderen gibt es ART-Poster, welche die Gemeinschaft über das Vorhandensein von ART informieren. Bei ersteren gibt es eine klare Zielgruppenvorstellung, bei zweiteren ist die ganze sambische Gemeinschaft angesprochen. Die folgenden Poster gehören zu den 2008 verbreiteten Medien zur Akzeptanz von ART.

What can ARVs do for me?

I found out I was HIV+ in 2004. I was very sick and had chest problems. I was given TB medication and later started ARVs.

My health has improved a lot since then. Before I was bedridden but now I can work.

I even do farming and have just harvested rice. I have been doing all of this on my own.

I advise people in my community to go for VCT so they know where they stand. It's better than living in darkness.

When you are HIV positive it's important to know how to go about your life.

Joining a support group for people living with HIV has really helped me.

ARV drugs help reduce the level of HIV in your body. They do not cure HIV, but they help you feel better and live a healthier and longer life.

For the ARVs to work you must take them each day, at the right times, for the rest of your life. Don't stop taking ARVs even if you start feeling better.

ARV drugs are available free of charge through public health centres across Zambia. Check at your local clinic for more information.

To talk to other HIV+ people, contact:
TALC No. 001 236278 or talc_mwezi@yahoo.com
MOP+ Tel: 001 237619 or mopsop@bamnet.co

Plan for your future: Get tested - Get treatment - Use condoms - ARVs and me

Abb. 85: Poster aus der Reihe *ARVs and me: What can ARVs do for me?*
Quelle: Zambia Ministry of Health/ unicef/ Afya Mzuri 2008

Living each day with ARVs

When I was 13 I found out I was HIV+. A year later I went onto ARVs. I take my pills at 07:00 & 19:00hrs each day. They're part of my daily life. In 3 years I've had no problems.

I'm studying for my Grade 9 exams and take my pills each morning at school. Everyone knows my status so I don't mind who sees.

My message to others is to be free with yourself - don't mind what others say.

You have to believe in yourself, that you are someone with a future. Remember you can do something amazing. Having HIV doesn't change that.

ARV drugs help reduce the level of HIV in your body. They do not cure HIV, but they help you feel better and live a healthier and longer life.

Having HIV and taking ARVs doesn't stop you living a normal life like everyone else. It's important to keep doing the day-to-day activities you've always done.

Taking ARVs is just like taking medicines for high blood pressure or heart disease. It's not something to be ashamed of.

To talk to other HIV+ people, contact:
TALC No. 001 236278 or talc_mwezi@yahoo.com
MOP+ Tel: 001 237619 or mopsop@bamnet.co

Plan for your future: Get tested - Get treatment - Be safe - ARVs and me

Abb. 86 Poster aus der Reihe *ARVs and me: Living each day with ARVs*
Quelle: Ministry of Health/ unicef/ Afya Mzuri 2008

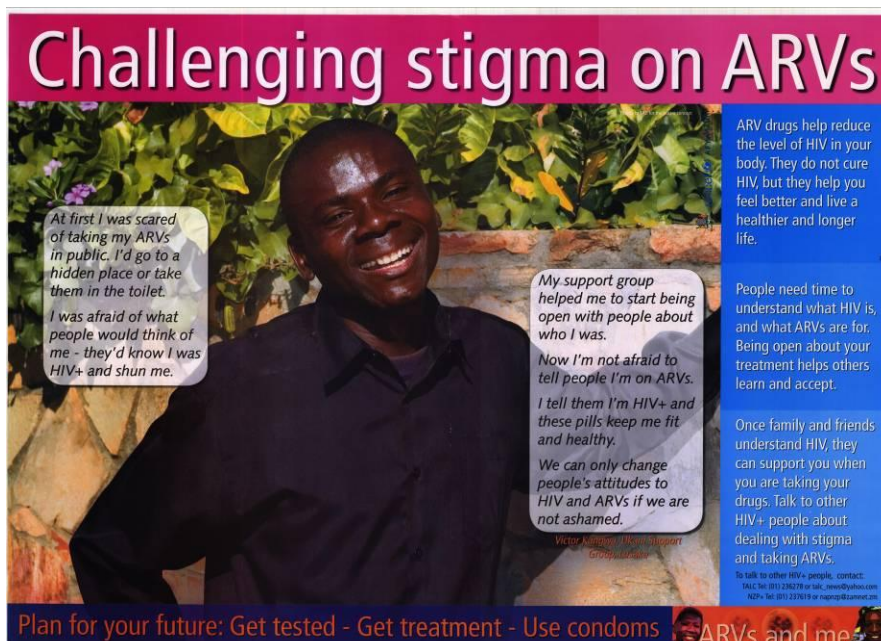


Abb. 87 Poster aus der Reihe *ARVs and me: Challenging stigma on ARVs*
Quelle: Ministry of Health/ unicef / Afya Mzuri 2008

Auf allen Postern sind Menschen abgebildet, die über ihre Erfahrungen mit ART sprechen, erläutern wie ihr Leben seit ART verläuft und erklären, ihr Leben gehe weiter trotz HIV. Die Informantinnen und Informanten in Kanyama empfanden die ihnen vorgelegten Poster (Abb. 85-87) sehr lebensbejahend und positiv. Viele entdeckten in den autobiografischen dargestellten Zitaten ihre eigenen Ängste wieder und wurden durch den offenen Umgang mit der Infektion seitens der abgebildeten Mediatoren, darunter auch Memory Phiri (Abb. 86), ermutigt und gestärkt.

Jedoch kann sich aus dieser extremen Positivierung von einem Leben mit ART ein Problem ergeben: Einerseits werden die Menschen davon überzeugt, dass es eine Behandlung gibt und das Leben weitergeht, aber andererseits entsteht der Eindruck, dass das Leben durch ART in gleicher Weise verlaufen wird wie das Leben eines nicht mit dem Virus Lebenden. Die Gestaltung von Medien zu HIV/AIDS ist äußerst komplex. Oftmals scheint es eine Gratwanderung zu sein: Zum einen zeigt man Menschen, die mit dem Virus leben, um authentische Aussagen zu erhalten und der Krankheit ein Gesicht zu geben. Man will der Öffentlichkeit vermitteln, dass es trotz HIV möglich ist, ein erfülltes Leben zu leben. Zum anderen werden aber auf diese Weise die Schattenseiten der Therapie nicht thematisiert.

In diesem Zusammenhang stellt sich zwangsläufig auch für die Aidshilfe die Frage, mit welchen Bildern sie für gesundheitsförderndes Verhalten [...] werben kann bzw. darf. Das Verleugnen von Nebenwirkungen oder der Möglichkeit eines Therapieversagens verbietet sich ebenso wie das Verteufeln der Therapie oder das Arbeiten mit Angst unter Rückgriff auf die Gleichung „HIV = Aids = Tod“. Hier ist für die Aidshilfe Wahrhaftigkeit angesagt, sprich: sie muss die Wirklichkeit des Lebens mit HIV abbilden, um weiterhin glaubhaft zu bleiben. (Wießner 2004: 54)

Diese Aussage von Peter Wießner in dem Aufsatz *Aids und Werbung* aus dem Jahre 2004 macht bereits darauf aufmerksam, dass zwischen Werbung und der Wirklichkeit Welten liegen. Auf den Plakaten werden zumeist junge, gut aussehende Menschen gezeigt, die zuversichtlich in die Zukunft blicken und denen rein äußerlich nichts anzusehen ist, weder Symptome der HIV-Infektion (wie Kaposi-Sarkome) noch Nebenwirkungen (vgl. Wießner 2004: 52). Dies mag auf eine Vielzahl der Patientinnen und Patienten auf ART zutreffen, aber die Realität sieht für viele ganz anders aus. Eine der häufigsten (und deutlichsten) äußeren Kennzeichen einer ART ist das Lipodystrophie-Syndrom, eine Störung der Fettverteilung im Körper, die einen an den falschen Stellen dünn (Lipoatrophie) bzw. dick werden lässt (Lipohypertrophie) (vgl. Erdorf 2003: 111).

Für alle sichtbar ein HIV-Infizierter sein, wer möchte das schon? Dann versteckt man sich schon lieber hinter einem „angegriffenen“ oder „abgekämpften“ Aussehen, obwohl es einem vielleicht gar nicht so schlecht geht, wie die tiefen Löcher in den Wangen glauben machen. [...] Es gibt weitere Unterschiede zwischen Kaposi und Lipodystrophie. Kaposi ist eine AIDS-definierende, durch HIV verursachte Krankheit, Lipodystrophie dagegen ist eine typische Langzeitnebenwirkung antiretroviraler Medikamente. Kaposi ist dramatisch und sehr symbolträchtig. Lipodystrophie dagegen erscheint eher banal [...]. Kaposi identifiziert dich als AIDS-Kranken, Lipodystrophie raubt dir die Identität. (Erdorf 2003: 111)

Informationen müssen für alle verständlich und transparent sein. Auch Kindern sollte bewusst sein, welche Medikamente sie aus welchem Grund bekommen. Manchmal ziehen die Mütter die Etiketten von den Tablettenröhrchen oder -flaschen ihrer mit dem Virus lebender Kinder, um einer möglichen Diskriminierung zu entgehen. Den Kindern wird dabei häufig erzählt, sie würden unter einer Sichelzellenkrankheit leiden, um ihren geschwächten und krankhaften Zustand zu erklären.

Universe L. ist 19 Jahre alt. Sie hat das Virus seit ihrer Geburt. Geboren wurde sie in Livingstone. Sie kam erst 2006 nach Lusaka, um dort bei einer Tante zu leben. Lange Zeit hat sie nicht gewusst, dass sie HIV-positiv ist. Ihre gesamte Kindheit hindurch war sie kränklich und musste häufig verschiedene Medikamente nehmen. Ihr wurde gesagt, sie leide an der Sichelzellenkrankheit. Aus Angst vor Stigmatisierung wurde in der Familie über ihren Status geschwiegen. Erst als sie nach Lusaka kam, verschlechterte sich ihr Zustand, so dass sie in das Kanyama Health Centre kam und dort positiv getestet wurde. Seitdem ist sie dort in Behandlung.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 19. und 28. Mai 2008)

Von großer Bedeutung ist die regelmäßige Einnahme der Medikamente. Aus diesem Grund kommen die Patienten, die ART erhalten, regelmäßig (zumeist einmal im Monat) in das Kanyama Health Centre, um ihre Medikamente abzuholen. 60 Prozent aller männlichen Patien-

ten geben an, ihre Medikamente monatlich im Health Centre abzuholen. Die restlichen 40 Prozent kommen alle zwei bis drei Monate. Keiner von ihnen erwähnt, seine Medikamente nicht regelmäßig abgeholt oder eingenommen zu haben. Die verschiedenen Medikamente in ART haben eine Reihe von Nebenwirkungen. Bei den HIV-Patienten dominieren Kopfschmerzen (50 Prozent) und Übelkeit (40 Prozent). Die ART-Therapie löste bei ihnen unterschiedliche Kombinationen von Nebenwirkungen wie Husten, Schwindel- und Schwächegefühle, Fieber, Appetitlosigkeit, Durchfall und geschwollene Beine aus. Trotz der hohen Anzahl von Nebenwirkungen sind 80 Prozent mit der Behandlung zufrieden und wollen sie weiterhin regelmäßig fortsetzen. Die unzufriedenen Patienten wollen die Behandlung ebenfalls nicht abbrechen, sondern suchen über die biomedizinische Behandlung hinaus teilweise Unterstützung bei traditionellen Heilern. Zum Beispiel besuchte ein Patient einen Heiler, weil er schlecht einschlafen konnte und Alpträume hatte. Mit seiner Behandlung beim Heiler war er im Gegensatz zur Behandlung im Health Centre sehr zufrieden. Grundsätzlich ist eine gemeinsame, sich ergänzende Behandlung im Health Centre und von Heilern äußerst sinnvoll und effizient. In diesem Fall könnten die vom Patienten monierten Einschlafstörungen und Alpträume eine bekannte Nebenwirkung des Medikaments Efavirenz sein, welches im Rahmen von ART verwendet wird. Es kann gravierende Auswirkungen auf das zentrale Nervensystem haben, und es wird empfohlen, sich bei solchen extremen Nebenwirkungen direkt an die medizinischen Betreuer zu wenden. Es gibt mittlerweile die Möglichkeit, andere Kombinationen von Medikamenten zu verwenden, um die Nebenwirkungen zu verringern oder zu eliminieren. Diesen Weg hat der Patient aber nicht eingeschlagen, sondern sich direkt an eine zweite unabhängige Stelle, den traditionellen Heiler, gewandt. Offensichtlich war ihm diese Form der Nebenwirkung nicht bekannt. Bei den Patientinnen im Kanyama Health Centre waren bis auf zwei Patientinnen, die sich zu dieser Frage nicht äußern wollten, alle mit der Behandlung zufrieden. Fast 65 Prozent der HIV-Patientinnen kommen einmal im Monat, um sich Medikamente abzuholen und die Blutwerte überprüfen zu lassen. 30 Prozent kommen zwei- bis dreimal im Monat, und knapp sechs Prozent konnten keine genaue zeitliche Angabe ihres letzten Besuchs machen. Letztere hatten ihren Folgetermin verpasst und auch ihre Medikamente nicht pünktlich abgeholt. Ein Aussetzen der Medikamente kann allerdings dazu führen, dass das Virus mutiert und die Medikamente nicht mehr anschlagen. Einer der Gründe für eine solche Unterbrechung von ART ist die Tatsache, dass viele Frauen ihren positiven Status vor ihren Ehemännern und Freunden verheimlichen. Bei dieser Studie in Kanyama war es mehr als die Hälfte der Gesamtinterviewten. Sie haben Angst, beschuldigt zu werden, den HI-Virus in die Familie gebracht zu haben und als Konsequenz verlassen und/oder geschieden zu werden.

Precious M. ist 28 Jahre alt. Sie ist mit ihrem Mann Patrick seit sechs Jahren verheiratet. Das Paar hat zwei gemeinsame Kinder im Alter von zwei und vier Jahren. Kurz vor der Geburt ihres zweiten Sohnes kollabierte Precious M. und kam ins Krankenhaus. Dort stellte man fest, dass sie

HIV-positiv ist. Ihrem Mann hat sie nichts davon erzählt. Sie hat Angst vor ihm. Vor einiger Zeit hat er angefangen zu trinken und sie zu schlagen. Sie leben auf engem Raum miteinander und haben weder Strom, Wasser noch Sanitäranlagen. Um ihre Medikamente heimlich nehmen zu können, muss sie einen Zeitpunkt abpassen, an dem er nicht im Haus ist. Das schafft sie bei der abendlichen Einnahme nicht immer. So hat sie schon mehrmals ihre Medikamente nicht nehmen können. Sie hat auch schon mit dem Gedanken gespielt, die Therapie ganz abzusetzen.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 16. Mai 2008)

Auf diesen stark gender-akzentuierten Aspekt wird in einem späteren Teil dieses Kapitels noch ausführlicher eingegangen.

Im Gegensatz zu den männlichen Informanten waren die Frauen kaum bereit, über mögliche Nebenwirkungen zu sprechen. Bis auf zwei Patientinnen, welche anmerkten, Schwindelgefühle und Durchfall zu haben, negierten die anderen jegliche Form von Nebenwirkungen. Im Laufe der Gespräche stellte sich aber dann bei einigen heraus, dass sie aufgrund von bestimmten Symptomen wie Bauchschmerzen oder Husten traditionelle Heiler aufgesucht hatten. Eine Patientin wurde aufgrund von Depressionen sogar im Krankenhaus behandelt. Inwiefern diese Symptome Nebenwirkungen von ART sind oder aus welcher Motivation heraus die Frauen keine Nebenwirkungen angaben, bleibt spekulativ. Vielen von ihnen konnte man bereits äußerlich ansehen, dass sie mit den Nebenwirkungen zu kämpfen hatten: Sie wirkten geschwächt, schwitzten sehr stark und hatten deutlichen Hautausschlag. Nur zögerlich sprachen einige über ihre gesundheitlichen Probleme. Die Menschen, mit denen ich mich im Rahmen dieser Studie unterhalten habe, sahen nicht so glücklich wie die Menschen auf den Plakaten aus. In den folgenden Gesprächen wurde immer deutlicher, wie groß der Bedarf an Beratung und kompetenter Betreuung auf physiologischer und psychologischer Ebene bei Menschen, die mit dem Virus leben, ist.

Während eines der Gespräche begann die Patientin Jane Z. darüber zu sprechen, dass sie sich mehr Informationen über mögliche Nebenwirkungen wünschen würde. Obwohl sie wusste, dass ich nicht zum medizinischen Personal gehörte, fragte sie mich nach bestimmten Hautausschlägen. Sie hatte gehört, dass es im Zusammenhang mit AIDS verschiedene Hautausschläge gebe, die auch mit Krebs in Verbindung gebracht werden könnten. Sie zeigte mir die Ausschläge, die sie auf den Armen hatte. Sie hatte Angst. Ich konnte ihr nur raten, bei ihrem späteren Beratungsgespräch nachzufragen, um was für einen Ausschlag es sich bei ihr handeln würde und welche Gegenmaßnahmen man ergreifen könnte.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 14. Mai 2008)

Ein Viertel der Informantinnen hatte keine Informationen zur Therapie in ihrer Muttersprache, sondern nur auf Englisch erhalten. Ausnahmslos sprachen sich alle Patientinnen für die Notwendigkeit aus, mehr Informationen zu ART zu erhalten. Im Gegensatz zu den Patienten, von denen nur etwa 20 Prozent zum traditionellen Heiler gingen, war es bei den Patientin-

nen fast die Hälfte. Die Gründe variieren von Magenbeschwerden und chronischem Husten über den Wunsch, ein Mittel zu bekommen, um schwanger zu werden bis zur Befreiung von bösen Geistern.

Das folgende Poster (Abb. 88) zum Thema ART greift noch einmal das Thema regelmäßige Folgeuntersuchungen auf. Es gehört aber nicht zu den weiter verbreiteten Postern, sondern hing ausschließlich im HIV-Centre in Lusaka. Der Vermerk auf dem Poster, keine HIV-Medikamente bei unautorisierten Händlern zu kaufen, lässt darauf schließen, dass es sich bei dem Poster um ein älteres Exemplar aus der Zeit handelt, als ARV noch nicht kostenlos von den Gesundheitseinrichtungen verteilt wurde. Anfänglich mussten die Patienten ART noch selbst finanzieren. Dies führte dazu, dass sich nur wenige die Therapie überhaupt leisten konnten. Neben der offiziellen Ausgabe von Medikamenten entstand ein Schwarzmarkt, der neben gestohlener Ware auch Imitate verkaufte, welche keinerlei Wirkung hatten.

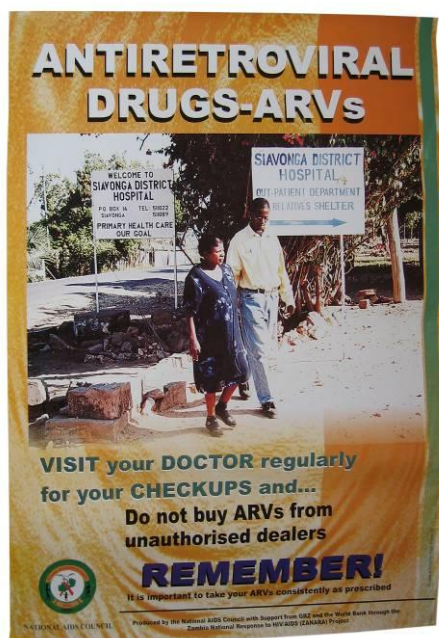


Abb. 88 Poster ‚Antiretroviral Drugs-ARVs‘
Quelle: National AIDS Council undatiert
Foto: Annabelle Springer 2008

Die Warnung, sich nur bei autorisierten Händlern mit ARV versorgen zu lassen, besitzt aber immer noch Aktualität. Immer wieder tauchen in Sambia sogenannte AIDS-Heilmittel auf, welche die erlösende Heilung versprechen. Viele Menschen, insbesondere in den ländlichen Regionen, haben nach wie vor beschränkten oder gar keinen Zugang zu ART und nutzen in ihrer Hoffnungslosigkeit diese Angebote. Um diese Heilmittel zu finanzieren, verschulden sich teilweise ganze Familien. Auch diejenigen, deren Angst vor Stigmatisierung so groß ist, dass sie sich nicht in die Kliniken trauen, schöpfen aus diesen Heilsversprechungen Hoffnung. Ende 2007 wurde in Sambia ein Gesetz erlassen, welches den Verkauf von nicht staatlich getesteten Anti-AIDS-Medikamenten untersagt. Auslöser für dieses Gesetz war das „Heilmittel“ Tetrasil. Anfang 2007 wurde in mehreren Artikeln der Wochenzeitung *The Weekly Angel* von einem AIDS-Heilmittel berichtet. Der Besitzer der Zeitung, Edgar Ngoma, behauptete, er und sein US-

Partner hätten ein Heilmittel gefunden. Die betroffenen Menschen könnten aufhören, ihre Medikamente zu nehmen, und auch die Verwendung von Kondomen sei überflüssig geworden. Bei der Überprüfung des Wirkstoffes von Seiten des sambischen Gesundheitsministeriums kam heraus, dass es sich um ein Pestizid handelte, welches nicht AIDS heilen, sondern zur Reinigung von Schwimmbädern genutzt werden konnte.



Abb. 89 Ausschnitt aus dem Magazin *Zambia Analysis*
Quelle: *Zambia Analysis* / Don Kazembe 2007

Diese Fehlinformation führte aber dazu, dass einige ART-Patienten wegen angeblicher Aussicht auf Heilung ihre Therapie abbrechen, was zu Todesfällen führte. Neben den menschlichen Tragödien, welche sich im Laufe von 2007 abspielten, kam nun auch die Diskussion auf, inwiefern die Regierung nicht konsequent bei solchen Heilmitteln handeln würde und ob auch die Medien das Thema nicht adäquat behandelt hätten (Schatz 2007).

„The media don't really tackle issues of AIDS and it shows how they handled Tetrasil," Zarina Geloo, editor of the *Guardian Weekly* said. "They don't really question things." [...] Without hard-hitting coverage of these issues, HIV/AIDS activists say, some Zambians are only too willing to believe claims of a cure. But activists themselves have not been immune. „Even some informed activists almost went for this," TALC's Mwanza notes. „The reason – they are desperate, they want to be cured." (Schatz 2007: 17)

Heilmittel waren für die HIV-Patientinnen und -Patienten meiner Studie kein relevantes Thema. Sie waren sich einig, dass sie mehr Informationen über ART und ihre Nebenwirkungen gebrauchen könnten. Grundlegende Daten und Informationen haben sie von der *Health Clinic* oder lokalen NGOs erhalten, auch in ihrer Muttersprache. Dennoch gibt es darüber hinaus noch offene Fragen, welche leicht durch eine weitere Distribution der Flyer *Side effects of ARV drugs* und *Remembering to take your drugs: Adherence* (Siehe Anhang) aus der Serie *ARVs and me*, einer Zusammenarbeit von UNICEF und dem *Ministry of Health*, mit einer Übersetzung in die jeweils dominierenden lokalen Sprachen, beantwortet werden könnten.

4.1.2 ÜBERTRAGUNGSWEGE

Im Rahmen der Präventionskampagnen zu HIV/AIDS spielt das Kommunizieren von Wissen eine wichtige Rolle. Primär geht es darum, Sachwissen, in diesem Fall über Übertragungswege des HI-Virus, zu vermitteln. Konkrete Handlungsaufforderungen an die jeweiligen Zielgruppen wie das ABC-Programm werden im nächsten Kapitel unter 4.2. näher beleuchtet. Das zu vermittelnde Sachwissen basiert auf biomedizinischen Erkenntnissen westlicher Virologie. Wissensvermittlung muss aber immer dem jeweiligen kulturellen, linguistischen, politischen und ökonomischen Kontext angepasst werden, sonst läuft man Gefahr, dass a) das Wissen nicht aufgenommen wird oder b) die gewünschte Haltungsanpassung nicht stattfindet (Becker et al. 1999, Schindler 2006: 50ff). Aus diesem Grund ist es von besonderer Bedeutung, eine an die Bedürfnisse und Bedingungen der Zielgruppe angepasste Prävention zu betreiben.

Die Warnungen vor den Übertragungswegen des HI-Virus basieren auf der Grundlage des biomedizinischen Modells vom Körper und der in ihn eindringenden Mikroben. Lokale vorhandene Modelle von Krankheitsübertragung finden bislang keinen Eingang in die Kampagnen. (Wolf 2005: 125)

Nach einem USAID Bericht aus dem Jahr 2002 konnten in Sambia 77,9 Prozent aller Frauen und 85,5 Prozent aller Männer mehr als zwei Möglichkeiten nennen, wie eine HIV-Übertragung verhindert werden kann (USAID 2002). Das Kriterium für den Erfolg einer Präventionskampagne kann aber nicht in dem Wissen von nur zwei Übertragungswegen liegen. Das Virus breitet sich seit über 20 Jahren in Sambia aus, und eine Vielzahl von Kampagnen hat sich des Themas Aufklärung angenommen. Dennoch zeigt die Studie, dass es noch enorme Wissenslücken gibt, die zu weiterer Stigmatisierung von mit dem Virus Lebenden führen. Offensichtlich sind viele Menschen von den Botschaften der Primärprävention nicht erreicht worden bzw. setzen das in den Botschaften enthaltene Wissen nicht um. Die Frage, ob die Informantin oder der Informant wüssten, wie sich das Virus verbreitet und ob sie oder er die Ansteckungswege kennen würde, wurde von allen positiv beantwortet. Dass dieses Wissen nicht ganz so ausgeprägt war, zeigte sich in der detaillierten Nachfrage. Meine Studie in Kanyama hat ergeben, dass die häufigsten

Wissenslücken und Unsicherheiten in der Nichtübertragbarkeit des Virus durch Küssen, die gemeinsame Benutzung von Sanitäreinrichtungen und Hygieneartikeln auftraten. Bei den männlichen Informanten gaben 60 Prozent an, dass man sich durch Küssen infizieren könnte, bei den Informantinnen waren es sogar 83 Prozent. Ebenso gravierend war das Nichtwissen über den gemeinsamen Gebrauch von Hygiene- und Kosmetikgegenständen wie Zahnbürsten oder Lippenstiften. 72 Prozent der Informantinnen gaben an, dass diese Gegenstände, wenn sie mit einer Person, die mit dem Virus lebt, geteilt würden, das Virus übertragen könnten. Auch die Übertragbarkeit des Virus bei der Benutzung von Sanitäreinrichtungen (öffentlichen Toiletten) wurde von fast 30 Prozent der Informantinnen bestätigt. Die untere Grafik fasst die Aussagen über die Unkenntnis von HIV-Übertragungswegen noch einmal prozentual zusammen. Auffällig ist, dass gerade die männlichen Informanten dazu neigten, wichtige Übertragungswege wie die Übertragung des Virus durch sexuellen Kontakt (20 Prozent) oder durch die Verwendung von nicht-sterilen Instrumenten (30 Prozent) nicht zu kennen. Die weiblichen Informanten hingegen besaßen dieses Wissen, hatten aber Lücken bei der Verwendung von Hygieneartikeln, gemeinsamer Toilettennutzung oder bei Aktionen wie dem Küssen – alles Nichtübertragungswege.

Mögliche HIV-Übertragungswege laut Aussage der Informantinnen und Informanten in Kanyama

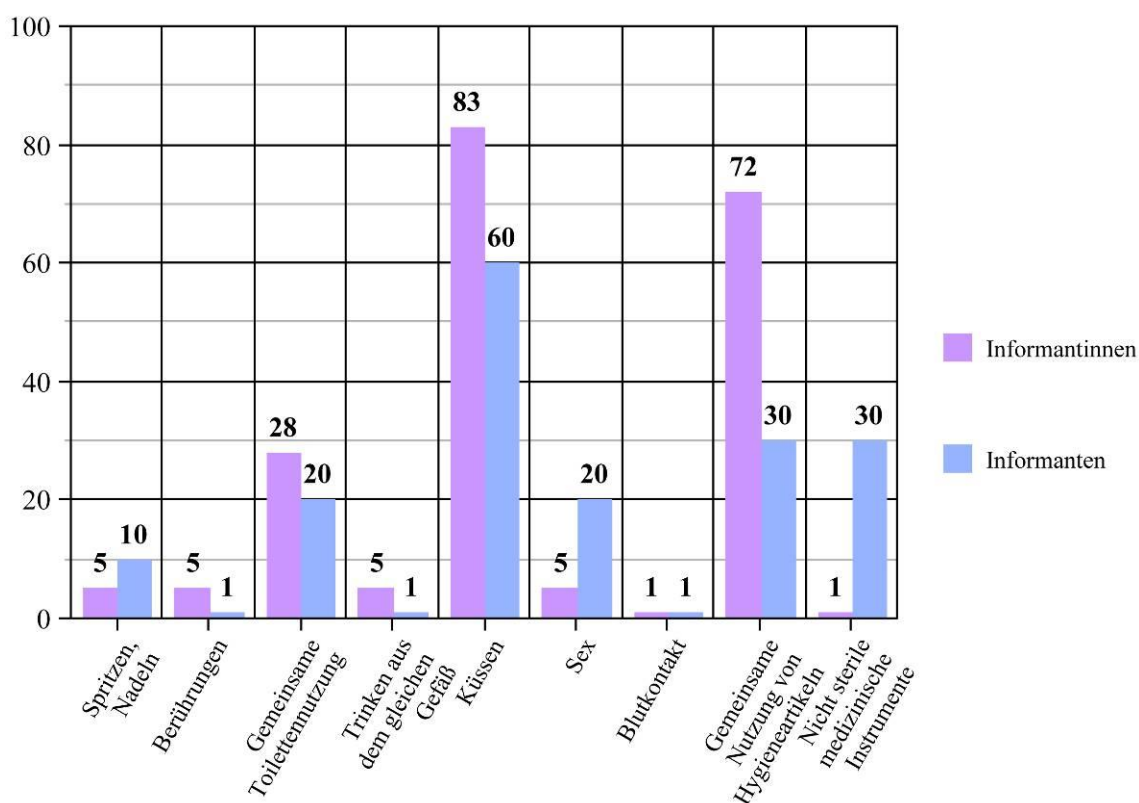


Abb. 90 Grafik Unkenntnis von HIV-Übertragungswegen in Prozenten (Informantinnen: n= 53; Informanten: n= 25). Die Zahlen informieren darüber, wie viel Prozent der Befragten angaben, sich bei den jeweiligen Rubriken infizieren zu können.

Quelle: Annabelle Springer 2009

Plakate zum Thema Übertragungswege des Virus befanden sich in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und bei diversen Nicht-Regierungs-Organisationen. In anderen öffentlichen Einrichtungen oder im alltäglichen Straßenbild wie auf dem Markt konnten keinerlei Medien zu diesem Thema gefunden werden. Auf dem Plakat (Abb.91) werden in sechs kleineren Bildern typische Situationen der Nichtübertragbarkeit des Virus dargestellt. Ähnlich der Studie von Angelika Wolf über die Botschaften von AIDS-Aufklärungsplakaten in Malawi berücksichtigt auch dieses Plakat, obwohl die Botschaft im globalen biomedizinischen Kontext steht, lokale Situationen wie zum Beispiel die Möglichkeit der Ansteckung durch Moskitos (Wolf 2006). Während im Fallbeispiel von Malawi das Küssen, welches im europäischen Kontext bei den Aktivitäten, die nicht zu einer Übertragung führen, immer genannt wird, auf den Plakaten fehlt (Wolf 2006: 126), wird es auf dem sambischen Poster dargestellt. Es handelt sich um einen „verharmlosten“ Kuss, den eine Mutter ihrem Kind auf die Wange gibt. Das Küssen zwischen Männern und Frauen darzustellen, wäre nicht so unverfänglich, gehört es doch bis heute zu einer Handlung, die in Sambia nicht in der Öffentlichkeit stattfindet. Die Abbildung 92 zeigt uns jedoch, dass es mittlerweile auch Darstellungen von Küssen zwischen Mann und Frau in der Primärprävention gibt. Die Abbildung stammt aus der Broschüre *How to be safe from HIV/AIDS* und wurde von der *United States Agency for International Development* und dem *Zambia Integrated Health Programme* in Zusammenarbeit mit dem *HIV/AIDS Secretariat of Zambia* erstellt. Die sechs verschiedenen Übertragungswege sind provokant dargestellt: Im Gegensatz zur Abbildung 91 sind die sechs Übertragungswege hier direkter abgebildet. Die jeweiligen Beispiele sind nicht gezeichnet, sondern wirken aufgrund der verwendeten Fotografien viel realitätsnäher. Sie veranschaulichen sehr deutlich die Thematik. Es stellt sich nur die Frage, ob diese Form der Darstellung nicht bestimmte gesellschaftliche Tabus überschreitet. Beide Versionen arbeiten hauptsächlich mit Bildern, um das Thema deutlicher transportieren zu können. Aus diesem Grund spielt es keine so ausschlaggebende Rolle, dass die für die Botschaft gewählte Sprache Englisch ist, welche für viele eine Sprachbarriere darstellt. Kritisch anzumerken bleibt aber, dass die Überschrift *You cannot get* auf der Abbildung 92 zu klein abgebildet ist und der Eindruck entstehen könnte, die Fotografien würden Übertragungsmöglichkeiten statt Nicht-Übertragungsmöglichkeiten darstellen. Die Wissenslücken bei den Informantinnen und Informanten in Kanyama bestehen genau in den Bereichen, welche in dem Plakat (Abb.91) nur indirekt dargestellt werden. Man erkennt zwar einen Mann, der aus einem Toilettenhäuschen tritt, aber der Bezug zu einer Toilette wird nicht deutlich. Es geht ja auch nicht um die Toiletten an sich, sondern im konkreten Fall um Körperflüssigkeit wie Urin und andere Sekrete, mit denen diese verschmutzt sein könnten. Dies gesellschaftlich akzeptabel bildlich darzustellen, ist äußerst schwierig. Bei dem Kuss handelt es sich um einen Kuss auf die Wange, nicht auf dem Mund, bei dem kein Speichel ausgetauscht wird. Speichel ist genau wie Urin keine infektiöse Flüssigkeit und kann das HI-Virus nicht übertragen. Und als letztes Beispiel werden Kleidungsgegenstände und Kosmetik- und Hygieneartikel angeführt, die keine Übertragung auslösen

können. Auf dem Plakat (Abb.91) wird unter der oberen linken Abbildung explizit Kamm und Handtuch genannt. Aber genau die Artikel, die mit Körperflüssigkeiten in Verbindung stehen, werden nicht gezeigt, wie Zahnbürsten und Lippenstifte. Viele der Informantinnen und Informanten nahmen an, dass sie sich beim Teilen einer Zahnbürste mit HIV anstecken könnten. Eine Infektion über eine Zahnbürste ist aber eine äußerst konstruierte Angelegenheit: Ein HIV Positiver müsste dafür Zahnfleischbluten haben und nach dem Zähneputzen seine Zahnbürste nicht auswaschen. Ein zweiter Nutzer müsste direkt im Anschluss diese Zahnbürste verwenden, so dass sich das Blut des Infizierten mit seinem Speichel vermischt. Dieser beinhaltet wiederum virushemmende Enzyme und die Chancen einer Infektion würden immer geringer. Zudem müsste auch der zweite Benutzer eine wunde Stelle im Mundraum haben, damit das Virus in Kontakt mit dem Blut käme.

Grundsätzlich wird auf dem Plakat (Abb.91) versucht, politisch und kulturell korrekt einige Übertragungswege aufzuzeichnen, jedoch wird nicht deutlich, welche verbindenden Elemente es bei einer Übertragung gibt. Es gibt nur vier Körperflüssigkeiten, die das HI-Virus übertragen können und auch nur dann, wenn sie in Kontakt mit einer frischen Wunde oder Schleimhäuten kommen: Blut, Samen- und Scheideflüssigkeit und Muttermilch. Je länger der Kontakt anhält umso höher die Infektionsgefahr. Diese Thematik wird auf dem Poster nicht angesprochen, und es sind genau die nicht klar dargestellten Themen, die bei den Informantinnen und Informanten zu Unverständnis und Unkenntnis führten. Die Bilder boten für den Großteil der Rezipienten keine Anknüpfungspunkte.

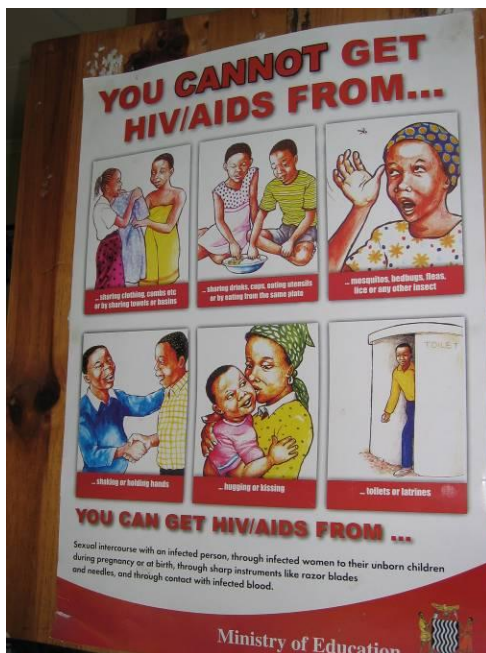


Abb. 91 Poster ,*You cannot get HIV/AIDS from...*
 Quelle: Ministry of Education/ NAC undatiert
 Foto: Annabelle Springer 2008

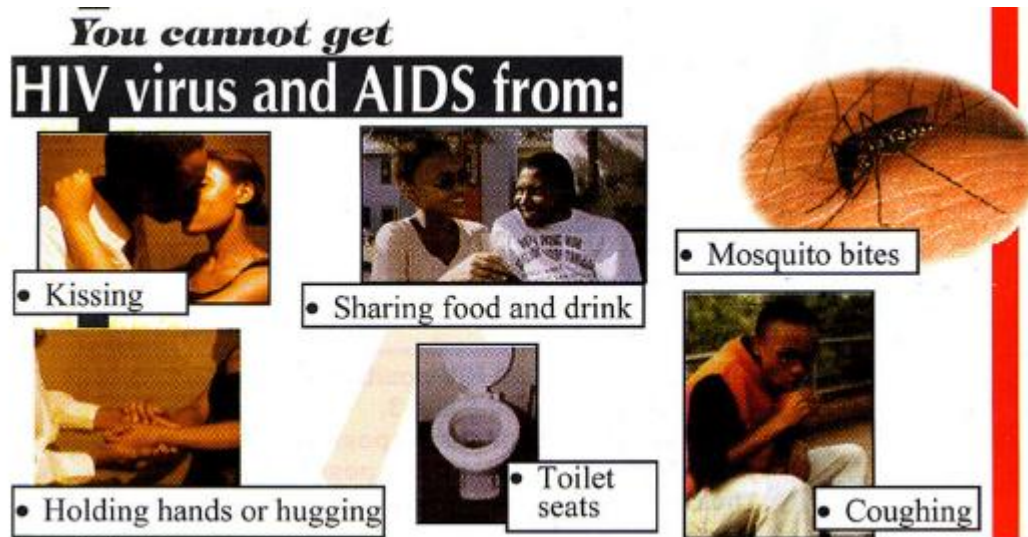


Abb. 92 Plakat ,You cannot get HIV virus and AIDS from:...'

Quelle: U.S. Agency for International Development / Zambia Integrated Health Program undatiert

Während die beiden oben gezeigten Plakate zum Thema Übertragung keine spezifische Zielgruppe ansprechen, sondern die Allgemeinheit, zielen Aufklärungskampagnen zum Thema Mutter-Kind-Übertragung auf eine ganz spezifische Zielgruppe: die Schwangeren. Bereits 1999 startete die erste sambische Initiative zu diesem Thema mit einem dreijährigen Pilotprojekt im Copperbelt. 2004 gab es bereits 74 Gesundheitseinrichtungen in vier Provinzen, die antiretrovirale Therapie einsetzten, um das Leben der Mütter zu verlängern und eine Infizierung der Babys zu verhindern. Um die Übertragung zu verhindern, wurde hier der Wirkstoff Nevirapine eingesetzt. Der bis heute andauernde Ausbau des Schutzprogramms wird insbesondere von der PEPFAR-Initiative vorangetrieben. Durch ihre Unterstützung konnten 2007 über 31.600 infizierten Frauen die notwendigen Medikamente verabreicht und so eine Übertragung des Virus verhindert werden (PEPFAR 2008). Nach einer UNAIDS Schätzung von 2007 haben mittlerweile etwa 47 Prozent der schwangeren Frauen eine Behandlung erhalten. Das Kanyama Health Centre hat sich als eines der größten Erstversorgungszentren Sambias auf ein spezielles Programm für PMTCT spezialisiert.

Das HI-Virus kann während der Schwangerschaft, während der Geburt oder durch das Stillen von der Mutter auf das Kind übertragen werden. Ohne medizinische Eingriffe wird das HI-Virus in bis zu 30 Prozent der Fälle von einer positiven Mutter auf ihr ungeborenes Kind bzw. ihren Säugling übertragen. Zwei Drittel der Übertragungen ereignen sich während der Geburt. Auch in der Frühschwangerschaft können Ansteckungen erfolgen (Ochel & Fleischer 2004). Häufig werden HIV-positive Mütter ermutigt, nicht zu stillen, sondern auf Milchpulver und Flaschenmilch zurückzugreifen. Dieser postnatale Bereich findet derzeit besonders viel Aufmerksamkeit. In einem westlichen Kontext ist dieser Schritt auch völlig problemlos. Für viele Mütter in den ärmeren Ländern dieser Welt (und damit auch in Sambia) ist Milchpulver jedoch nicht erschwinglich, nicht zugänglich oder es sind die sanitären Voraussetzungen für eine hygieni-

sche und sterile Zubereitung von Babyfläschchen nicht gegeben. Das Stillen ist nicht nur preisgünstig und praktisch, sondern zumeist die einzige Alternative. Eine von den USA finanzierte Studie, die *Zambia Exclusive Breastfeeding Study* (ZEBS) kommt zu dem Ergebnis, dass Neugeborene von HIV-positiven Müttern die ersten sechs Monate ihres Lebens gestillt werden sollen, um das Immunsystem der Kinder zu stärken und dadurch die Übertragung des Virus zu reduzieren. Es dürfen dem Baby aber keine anderen Nahrungszusätze wie Wasser oder Tee dazugegeben werden. Die Zusatznahrung kann Krankheitserreger mit in den Verdauungstrakt bringen und Antigene nähren, welche wiederum die Darmschleimhaut entzünden können und ein Eindringen des Virus begünstigen.

By the time the babies are more than four months, women are inclined to add on one or more other things,' Lackson Kasonaka, head of the maternity ward at the University Teaching Hospital in Lusaka says. 'That's risky. We should be very careful in the way we encourage women to breastfeed.' (Kelly 2007: 24)

Eunice N. ist 26 Jahre alt und hat eine Tochter von vier Jahren. Sie ist in der 31. Woche schwanger. Sie gehört zu den Volunteers, die im Health Centre arbeiten und ebenfalls HIV-positiv sind. Nach der Geburt will sie auf jeden Fall stillen. Sie sagt, wenn man sechs Monate nur stillt und dem Baby kein Wasser oder Tee zusätzlich gibt, kann es sich nicht infizieren. Das rät sie auch allen anderen HIV-positiven schwangeren Frauen, die ins Centre kommen.
(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 15. Mai 2008)

Die Informantinnen in Kanyama wurden auch zu den Übertragungswegen von der Mutter auf das Kind befragt. 100 Prozent konnten mit Sicherheit sagen, dass eine Übertragung des Virus' auf das Kind während der Geburt möglich ist. 10 Prozent war nicht klar, dass das Virus auch über das Stillen übertragen werden kann und 30 Prozent wussten nichts von der Übertragungschance in der Schwangerschaft. Bei den männlichen Informanten wussten 90 Prozent, dass bei der Geburt das Virus übertragen werden kann, 100 Prozent beim Stillen und 60 Prozent in der Schwangerschaft.

Beauty M. ist 48 Jahre alt und seit fünf Jahren Witwe. Sie und ihr Mann konnten keine Kinder bekommen, und jetzt ist es für sie zu spät. Sie weiß nicht, dass auch in der Schwangerschaft oder beim Stillen das Virus von der Mutter auf das Kind übertragen werden kann. Da sie nie schwanger war, hat sie sich damit nie auseinandergesetzt. Erstaunt schaut sie sich das Poster im Behandlungszimmer an. Das sei ihr früher nie aufgefallen.
(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 20. Mai 2008)

Die folgende Abbildung (Abb. 93) zeigt einen Ausschnitt eines Posters über die Ansteckungswege mit dem HI-Virus. Dieses Poster geht aber über eine reine Darstellung des Sach-

verhalts hinaus und gibt Handlungswissen an die Zielgruppe weiter. Poster zu diesem Thema befinden sich ausschließlich im Kanyama Health Centre und in anderen medizinischen Einrichtungen. Da alle Frauen, die sich in eine Gesundheitseinrichtung zur Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung begeben, automatisch auf HIV getestet werden, ist eine Distribution von Informationen außerhalb dieser Einrichtungen nicht im primären Interesse der Kampagnenproduzenten. Auf diese Weise werden aber Frauen, die nicht zur Vorsorgeuntersuchung kommen und/oder zuhause ihre Kinder zur Welt bringen, von diesen wichtigen Informationen nicht erreicht.

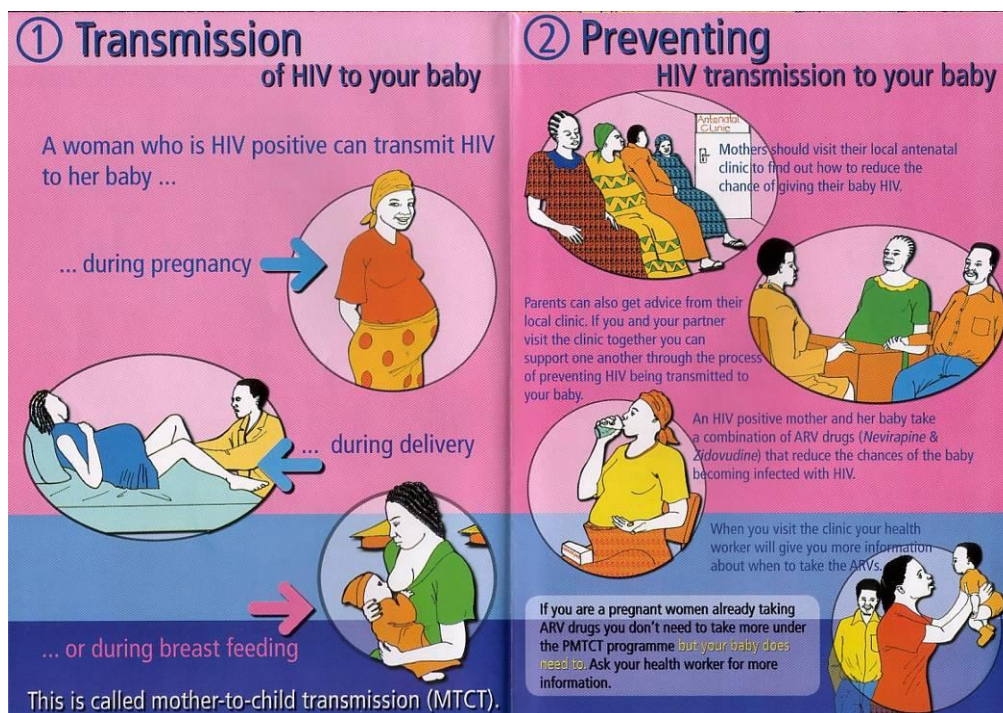


Abb. 93 Auszug aus der Broschüre *ARV's and me* – Verhinderung einer Übertragung des Virus von der Mutter auf das Kind

Quelle: Ministry of Health/ unicef / Afya Mzuri 2008

Estella C. ist 32 Jahre alt, Mutter von zwei Kindern im Alter von 16 und 2 Jahren und zum zweiten Mal verheiratet. Ihr erster Ehemann ist vor vier Jahren gestorben. Damals hat sie zum ersten Mal von AIDS erfahren. Daraufhin hat sie sich auf HIV testen lassen. Sie ist ebenfalls HIV-positiv. Seitdem geht sie regelmäßig in die Klinik, um ihren CD4-Helferzellenwert überprüfen zu lassen. Seit drei Jahren nimmt sie am ART-Programm teil. Ihren jetzigen Ehemann Arnold C. hat sie im Health Centre kennengelernt. Er ist ebenfalls HIV-positiv und im ART Programm integriert. Sie haben geheiratet und vor zwei Jahren ein Mädchen bekommen. Dank PMTCT ist es nicht HIV-positiv. Estella C. und Arnold C. gehen regelmäßig zu Nachuntersuchungen und holen ihre Medikamente ab. Sie planen noch weitere gemeinsame Kinder. Die Informationen, die sie über Schwangerschaft und das Vermeiden einer Infizierung ihrer Kinder, im Centre erhält, findet sie ausreichend. Den Postern hat sie nie besondere Beachtung geschenkt.

(Gedächtnisprotokoll Interviews im Kanyama Health Centre, 16. und 21. Mai 2008)

Eunice N. und Estella C. gehören zu den Informantinnen, die sich ausreichend betreut und gut genug informiert fühlen, um trotz der Ansteckungsgefahren weiterhin Kinder zur Welt zu bringen. Die Entscheidung, weiterhin Kinder zu bekommen, lässt sie hoffnungsvoll in die Zukunft blicken. Es bleibt aber ein risikoreiches Unterfangen. Die Gefahren einer Übertragung werden von Eunice N. verdrängt. Sie ist davon überzeugt, dass eine Übertragung des Virus auf das Kind bei ausschließlichem Stillen in den ersten sechs Monaten nicht möglich sei. Das an sie vermittelte Wissen entspricht aber nicht der Realität. Kinder kriegen stellt nach wie vor ein riskantes, aber nicht unmögliches Unterfangen dar und auch das Stillen birgt Gefahren einer Übertragung in sich.

PMTCT ist in seiner Anwendung (zahlenmäßig und inhaltlich) noch nicht ausreichend ausgeschöpft. Eine ausreichende Vermittlung des Themas und therapeutische Betreuung der Patienten in der Klinik ist nicht gegeben. Ein medizinisches Pilotprogramm am Kanyama Health Centre aus dem Jahr 2005, welches schwangere Frauen nicht nur mit PMTCT, sondern langfristig mit ART versorgen wollte, wurde darüber hinaus mit einem vorher nicht einkalkulierten Problem konfrontiert: den Therapieabbrechern.

Like other studies in the region, we observed a high level of attrition among patients as they navigated the cascade of clinical visits. Because of the drop-out rate, only 171 (39 Prozent) of the 433 patients started a PMTCT regimen outside of single-dose NVP (the default PMTCT regimen provided before referral). Most noteworthy and perhaps more concerning was the poor follow-up between the initial screening visit and ART eligibility visit, where nearly one third of HIV-infected women failed to return. The fact that 43 Prozent of women who did not return for their eligibility visit actually qualified for ART represents a critical missed opportunity for long-term maternal health and PMTCT. Because of funding limitations, we did not perform contact tracing for patients with missed visits; as a result, we were unable to determine the causes behind this high drop-out rate. (Chi et al 2007: 126)

Bei den von mir interviewten HIV-Patientinnen im Kanyama Health Centre handelt es sich um Patientinnen, die bereits ART erhalten und in das Centre kommen, um ihre Medikamente abzuholen und/oder ihre CD4-Helferzellenwerte kontrollieren zu lassen. Sie gehören nicht zu den „Abbrecherinnen“, die erst gar keine Therapie beginnen oder diese nicht fortführen. Während meiner Anwesenheit in der Klinik wurde ich jedoch wiederholt Zeuge davon, dass Frauen, die ein positives HIV-Resultat erhielten und sich durch ihren geringen Helferzellenwert für ART qualifizierten, das Beratungsgespräch nicht abwarteten, sondern einfach das Centre verließen.

Das Centre ist voller Menschen. Heute ist Mutter-Kind-Tag und alle bringen ihre Kinder zu Vorsorgeuntersuchungen oder für Impfungen in die Klinik. Auch im Wartebereich der HIV-Ambulanz ist kein Sitzplatz mehr zu bekommen. Die Menschen hocken geduldig in den dunklen Gängen oder versuchen sich unter dem überdachten Teil des Innenhofes stehend vor der Sonne zu

schützen. Ich gehe in Richtung Behandlungszimmer und möchte gerade eintreten, als meine Assistentin Elizabeth mich abfängt und in ein anderes Zimmer manövriert. Sie möchte mir jemanden vorstellen. In dem Zimmer sitzt eine junge Frau. Sie ist hochschwanger und hat eben erfahren, dass sie HIV-positiv ist. Ihr CD4-Helferzellenwert liegt bei 93, und es wird ihr angeraten, sich so schnell wie möglich für ART anzumelden. Die junge Frau starrt ins Leere. Sie steht unter Schock. Die Worte, die Elizabeth an sie richtet, scheint sie nicht zu hören. Auch meiner Anwesenheit scheint sie sich nicht bewusst zu sein. Elizabeth versucht, sie von der Notwendigkeit der Therapie zu überzeugen. Immer wieder bezieht sie mich in das Gespräch ein und betont wie wichtig PMTCT und ART seien. Die junge Frau sagt gar nichts. Sie richtet ihren Blick auf den Boden und schweigt. Das „Gespräch“ ist beendet. Alle notwendigen Informationen habe sie erhalten und nun soll sie im Wartezimmer Platz nehmen. Das nächste Gespräch wird sie über die Therapie aufklären. Man wird sie aufrufen, wenn es so weit ist. Eine Stunde später wird sie aufgerufen, aber niemand antwortet. Sie ist verschwunden.

(Gedächtnisprotokoll Kanyama Health Centre, 19. Mai 2008)

Über die Dramatik dieser Situation und die für die junge Frau hervorgehenden Konsequenzen wird man sich erst im Nachhinein wirklich bewusst. In ihrem geschwächten Zustand und ohne Therapie hat sie nur geringe Chancen, die Geburt zu überleben. Und auch wenn sie es schaffen sollte, muss sie so schnell wie möglich antiretrovirale Medikamente einnehmen, um die Viruslast in ihrem Körper unter Kontrolle zu bekommen. Die Angst von vielen Frauen vor einer Ausgrenzung durch den Ehemann, andere Familienangehörige oder Freunde ist so groß, dass sie lieber ihr eigenes Leben und das Leben ihres Kindes riskieren als über ihren Status zu sprechen. Diese Situation ist für die Kommunikation des Themas von großer Bedeutung. Sie verdeutlicht, dass nicht nur Frauen die Zielgruppe von PMTCT Kommunikation sein dürfen, sondern insbesondere Ehepaare und Familien als Kollektiv angesprochen werden müssen.

Insgesamt hat der Umgang mit dem Thema Übertragungswege gezeigt, dass es deutliche Wissenslücken bei den Informantinnen und Informanten gibt und dass noch dringender Informationsbedarf besteht. Die Informationsbroschüren und -kampagnen (Abb. 92 und 93) sind für ein deutlich privilegiertes soziales Segment, welches Printmedien deutlich stärker nutzt und über ein thematisch stabileres Vorwissen verfügt, als das vorhandene Segment in Kanyama ausgerichtet. Die Abbildungen haben den Wissensstand der Informantinnen und Informanten in Kanyama nur unwesentlich erhöht oder sogar eher Unsicherheiten ausgelöst. Inwieweit die Themen bildlich verständlich darzustellen sind und damit gleichzeitig keine gesellschaftlichen Tabus gebrochen werden, ist fraglich. Bei der Befragung stellte sich heraus, dass einige Informantinnen und Informanten das Thema nicht in Form von Postern oder Flyern vermittelt bekommen hatten, sondern durch Theaterstücke, die im *Compound* aufgeführt wurden. Diese Informantinnen und Informanten hatten alle Fragen richtig beantwortet, was den Schluss zulässt, dass dieses Medium einen wertvolleren Beitrag zur Vermittlung von Wissen und Aufklärung zu Übertragungswegen von HIV/AIDS auf lokaler Ebene leisten kann.

4.1.3 PFLEGE VON MENSCHEN, DIE MIT DEM VIRUS LEBEN UND IHREN ANGEHÖRIGEN

Die Einführung von ART in Sambia war ein wichtiger Schritt für die Betroffenen der Epidemie. Dennoch ist der Zugang zu ART für viele, insbesondere in den ländlichen Regionen, nur äußerst eingeschränkt bis gar nicht möglich. Darüber hinaus zeigt sich auch, dass die Versorgung mit ART eine weitere und intensive Betreuung seitens des medizinischen Personals aber auch von Seiten der Familie beinhaltet. Die psychologische und finanzielle Unterstützung und Pflege von Erkrankten spielt hier eine wichtige Rolle. Nach wie vor werden viele in den Städten lebende HIV-Positive in ihre Heimatdörfer zurückgeschickt, um dort versorgt zu werden. Die in den Städten verbleibenden Familienmitglieder möchten keiner Stigmatisierung ausgesetzt werden. Zudem leben in den Städten nur wenige Großfamilien, die die zeitlich und finanziell aufwendige Pflege übernehmen könnten. Laut Aussage der in Kanyama tätigen Volunteers, die in der häuslichen Pflege aktiv sind, leben in Kanyama viele HIV-Positive von ihren Familien isoliert und sind auf die Hilfe von außen wie seitens der Therapiegruppen und Hauspflegedienste der Gesundheitseinrichtungen angewiesen. Für viele Erkrankte ist die Hauspflege der einzige Kontakt zur Außenwelt. In ihrem Rahmen wird sich darum gekümmert, dass die Erkrankten ausreichend mit Nahrung versorgt sind, gewaschen werden und die Medikamente regelmäßig und richtig dosiert einnehmen. Am Kanyama Health Centre gibt es auch ein Hauspflegeprogramm, welches *Volunteers* zur Verfügung stellt, um bettlägerige HIV-Positive zu versorgen. Während diese *Volunteers* gleichermaßen aus Frauen und Männern bestehen, kümmern sich in den Großfamilien zumeist die Frauen um die Erkrankten und übernehmen die oben erwähnten Aufgaben der *Volunteers*. Die traditionellen Geschlechterrollen spielen hier noch eine große Rolle. Die Zeit, welche die Frauen für die Pflege und Versorgung der Erkrankten aufwenden, reduziert den eigenen zeitlichen Rahmen, der für die Kinderversorgung und den Eigenverdienst (zumeist im informellen Sektor durch Obst- und Gemüseverkauf) eingeplant war. Das heißt, durch die Pflege eines Erkrankten fällt nicht nur dessen Arbeitskraft aus, sondern auch die des Pflegenden. Für viele Familien führt die Aufnahme und Versorgung eines Erkrankten zu einer finanziellen Notlage.

Durch die AIDS-Epidemie haben viele Familien ihre nächsten Angehörige verloren: ihre Ehepartner, Eltern, Geschwister oder Kinder. Wenn der Hauptversorger wegfällt, sind die meisten Frauen darauf angewiesen, die Wohnungen oder Häuser, in denen sie leben, zu vermieten, um durch die Mieteinnahmen überhaupt ein Einkommen zu erhalten (vgl. Virginia Bond 2003: 191). Es gibt auch Fälle des sogenannten *Property grabbing*. Nach traditionellem Gesetz beansprucht die Familie des Verstorbenen den Besitz der Ehefrau und der Kinder und zwingt diese entweder in ihr Elternhaus zurückzukehren oder in die ärmeren Viertel der Städte zu migrieren (Strebel 2008). Dort versuchen sie sich und ihren Kindern im informellen Sektor einen Lebensunterhalt zu verdienen.

Cynthia M. ist 44 Jahre alt und Witwe. Sie hat zwei Söhne im Alter von 16 und 14 Jahren. Als ihr Mann vor acht Jahren starb, kamen seine Verwandten und nahmen ihr alles weg. Sie sah keinen anderen Ausweg, als von der Kafue Region nach Lusaka zu ziehen. Hier kannte sie niemanden. Das Leben war hart und sie konnte kaum ihre Kinder versorgen. Gesundheitlich ging es ihr sehr schlecht, sie kollabierte und wurde im Krankenhaus HIV-positiv getestet. Das war ein Schock für sie. Sie ging ins Kanyama Health Centre, um ihre Medikamente abzuholen und wurde eingeladen, an der wöchentlich stattfindenden Therapiegruppe teilzunehmen. Sie war erstaunt, so viele Frauen zu sehen, die ihr Schicksal teilen. Heute präsentiert sich Cynthia M. äußerst selbstbewusst. Sie spricht offen über ihren Status und versucht als *Volunteer* für das Health Centre anderen Frauen neue Hoffnung zu geben.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 13. und 28. Mai 2008)

Häufig wird auch den Frauen nach dem Tod ihrer Männer die Schuld an deren Erkrankung gegeben. Auf diese Weise erhöht sich der psychische Druck auf die Frauen, welche nicht nur aufgrund ihrer Krankheit stigmatisiert werden, sondern noch die moralische Schuld am Tod ihrer verstorbenen Männern zugesprochen bekommen.

Stigmatised people are more likely to be abused and are less capable of defending their rights, and social supports are withdrawn by family, friends and neighbours who fear of being associated with HIV positive. (Izumi 2008: 11)

Im Mittelpunkt der AIDS-Krise stehen insbesondere Waisenkinder. Nach UN-Angaben gab es in Sambia 2007 rund 600.000 AIDS-Waisen im Alter von 0-17 Jahren. Von diesen 600.000 AIDS-Waisen hatten 340.000 beide Elternteile verloren (UNAIDS Epidemic Update 2008). Diese Kinder werden häufig innerhalb der Großfamilien versorgt.

Faith S. ist 17 Jahre alt und eine AIDS-Waise. Ihre Mutter ist vor zwei Jahren gestorben und ihren Vater hat sie nie kennengelernt. Jetzt lebt sie bei ihrer Tante mütterlicherseits, zusammen mit deren Ehemann und deren sieben Kindern. Es sei alles sehr eng und sie habe kaum Geld. Sie geht mit ihrer Tante auf den Markt, um Kleinwaren wie Streichhölzer und Seife zu verkaufen. Wie die nächsten Jahre aussehen sollen, weiß sie nicht.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 14. Mai 2008)

Die psychologische und finanzielle Betreuung der Kinder überfordert viele Familien, und nicht selten kommt es vor, dass die Kinder, insbesondere wenn festgestellt wurde, dass sie ebenfalls HIV-positiv getestet wurden, einfach ausgesetzt werden und auf der Straße enden. Nur wenige Waisenkinder haben das Glück, in einem der staatlichen oder christlichen Waisenhäuser in Kanyama einen Platz zu bekommen.



Abb. 94 – 96 House of Martha, Kanyama 2008
Fotos: Annabelle Springer 2008

Im *House of Martha*, das 1998 gegründet wurde, leben derzeit rund 25 Kinder im Alter von zwei bis zwölf Jahren. Ausgerichtet ist das Waisenhaus für maximal 15 Kinder, aber die Zahl der Kinder, die bei ihnen ausgesetzt werden, steigt laut Aussage von Hausmanagerin Nelly Jose ständig, und auch die Verteilung auf andere Einrichtungen ist nur eine Übergangslösung. Viele der Kinder leben mit dem Virus und bekommen im Kanyama Health Centre ihre Medikamente. Im *House of Martha* haben die Kinder die Chance, nicht nur adäquat versorgt zu werden, sondern auch eine Schulausbildung zu bekommen. Häufig wird mit dem Virus lebenden Kindern der Schulbesuch verwehrt, da er nur zusätzliche Kosten mit sich bringen würde und es keine „Investition für die Zukunft“ wäre.

Das Thema Pflege und Versorgung von Hinterbliebenen nimmt 2007/2008 keinen besonderen Stellenwert in den sambischen Aufklärungskampagnen ein. In den Printmedien findet man nur äußerst selten Artikel, die sich mit diesem Thema auseinandersetzen, und auch in den anderen visuellen Medien gibt es andere Schwerpunkte in den Medienkampagnen zu HIV/AIDS. Zu diesem Thema fiel nur ein einziges Plakat (Abb.97) mit dem kurzen und prägnanten Appell *It is your duty to care for people with HIV/AIDS* ins Auge. Es wurde vom *Central Board of Health* in enger Zusammenarbeit mit USAID in Auftrag gegeben.

Neben dem englischsprachigen Appell ist eine ernst blickende Frau abgebildet, die jeden, der vorübergeht, zu fokussieren scheint. Sie trägt ein T-Shirt, an dessen Kragen eine AIDS-Schleife sichtbar ist. Durch die AIDS-Schleife, das internationale Symbol für Solidarität mit Menschen, die mit dem HI-Virus leben, und AIDS-Erkrankten, wird auch für diejenigen, die nicht der englischen Sprache mächtig sind, ein direkter Bezug zur Epidemie hergestellt. Dieses eher unauffällige, aber sofort erkennbare Symbol steht für Mitmenschlichkeit und tatkräftige Unterstützung.⁵³ Alle weiblichen und männlichen Interviewten in Kanyama nannten ohne zu zögern das *Red Ribbon* als offensichtliches Symbol der Epidemie.

⁵³ Die rote Schleife (*Red Ribbon*) wurde Anfang der 1980er Jahre von dem New Yorker Frank Moore in Reaktion auf die ersten AIDS-Toten kreiert. Ausgangspunkt für die rote Schleife ist eine amerikanische Tradition, ein Stoffband an einen Baum zu binden, um damit zu signalisieren, dass man an einen entfernten Geliebten denkt. Im Kontext von HIV/AIDS breitete sich anfangs das *Red Ribbon* vor allem in der Künstlerszene aus, wurde in den 1990ern „hoffähig“ und ist heute international akzeptiert.



Abb. 97 Plakat ‚It is your duty to care for people with HIV/AIDS‘

Quelle: Central Board of Health undatiert

Foto: Annabelle Springer 2007

Desweiteren befinden sich am oberen rechten Rand des Plakats weitere Darstellungen von internationalen Symbolen: das Venus- und das Marssymbol für weiblich und männlich.

♀ = das Venussymbol, Symbol der Weiblichkeit. Es gilt als die stilisierte Darstellung des Handspiegels der Göttin Venus.

♂ = das Marssymbol, Symbol der Männlichkeit. Es stellt das runde Schild und den Speer des Gottes Mars dar.

Die Kombination der beiden Symbole lässt die Annahme zu, dass es sich um eine Vereinigung von männlich und weiblich handelt, d.h. um eine heterosexuelle Verbindung. Welcher Bedeutung die Verortung dieser Symbole auf einem HIV/AIDS-Plakat zum Thema Pflege der Betroffenen zukommt, bleibt äußerst spekulativ. Sie kann zum einen den gemeinschaftlichen Ansatz betonen, das Zusammenarbeiten von Männern und Frauen in der Versorgung der Erkrankten. Andererseits könnte auf diese mehr oder weniger politisch korrekte Art und Weise die „Hauptrisikogruppe“ angesprochen werden: alle aktiven Heterosexuellen. Bei den Interviews im Health Centre in Kanyama habe ich die Interviewten nach diesen Zeichen befragt. Nicht einer von ihnen kannte die Bedeutung der Zeichen. Welchen genauen Zweck diese Zeichen auf dem Aufklärungsplakat haben sollen, bleibt fraglich.

Das Poster ist auch insofern interessant, als es nicht nur mit abstrakten Symbolen arbeitet, sondern auch eine Frau als „Überbringerin“ der Botschaft zeigt. Es stellt sich dem Betrachter die Frage, wer von dieser Darstellung angesprochen werden soll. Frauen haben aufgrund

ihrer gesellschaftlichen Stellung zumeist gar keine andere Wahl, als sich um die Erkrankten zu kümmern. Für sie ist es zumeist eine Verpflichtung. Und projiziert man die Botschaft auf das andere Geschlecht, stellt sich die Frage, ob sich sambische Männer davon angesprochen fühlen, dass eine Frau sie auf die Versorgung von Kranken hinweist und sie auffordert, diese demnächst zu pflegen.

Die Zielgruppe für dieses Plakat bleibt weiterhin fraglich. Ausschließen kann man aber, dass Menschen, die mit Virus leben, zu dieser Zielgruppe gehören. Aus diesem Grund war die Betrachtung des Posters für die HIV-Patientinnen und -Patienten im Kanyama Health Centre auch nicht von besonderer Bedeutung. Es geht darum, sich mehr um die Erkrankten zu kümmern und Stigmata abzubauen. Alle Interviewten würden sich um andere in ihrer Familie kümmern, die mit dem Virus leben, wenn es notwendig würde, und aufgrund ihres eigenen positiven Status brauchen sie dafür keinen gesonderten Aufruf.

Die Medienkampagnen zum Thema Pflege und Versorgung von Hinterbliebenen laufen weniger über die visuelle als über die auditive Schiene. Insbesondere im Radio gibt es eine Vielzahl von Programmen, die sich des Themas annehmen. In Anlehnung an das erfolgreiche Prinzip der südafrikanischen Seifenoper *Soul City* wird die Seifenoper *Ichi chalo* (übersetzt: die Welt, in der wir leben) produziert und neben Englisch auch in sieben weiteren Sprachen (Nyanji, Bemba, Lozi, Tonga, Kaonde, Luvale und Lunda) gesendet. Das Programm zeigt einen Ausschnitt aus dem Alltagsleben vieler Sambier – ihren Kampf um das alltägliche Überleben. Hauptsächlich geht das Projekt auf die schwierige Ernährungslage in Sambia ein. Nahrungssicherheit ist ein wichtiger Punkt im Leben der Sambier und eng mit dem Thema Armut, Arbeitslosigkeit und HIV/AIDS verknüpft. In der Seifenoper treten immer wieder bestimmte stereotype Charaktere auf wie Amaka Tofie, ein Kleinbauer mit einem leichten Alkoholproblem, oder Ba Eselleh, eine Hausfrau, deren Tochter an HIV/AIDS verstorben ist und die nun das verwaiste Enkelkind versorgt.

We can laugh at the stereotypes in the soap opera, but we do get the message at the same time.
(Zitat: ZINGO-Mitarbeiter 2005).

Die Programme werden über kommunale und nationale Sendefrequenzen übertragen und erreichen auf diese Weise eine Vielzahl von Menschen. Die Verbindung des Themas wird hier im Gegensatz zum Medium Poster nicht auf ein Gesicht (bzw. ein Foto) reduziert, vielmehr können Menschen Geschichten erzählen und unterhaltsam vermitteln. Im Jahre 2005 wurde zum ersten Mal der Nationalfeiertag *Zambian Open Day for Care and Compassion for Those Living with HIV/AIDS* begangen. Religiöse und traditionelle Autoritäten hatten landesweit zu diesem Programm (*Care and Compassion Movement*) aufgerufen, um die weitere Ausbreitung des Virus zu verhindern und den von dem Virus Betroffenen mehr Fürsorge und Unterstützung zukommen zu lassen. Dieser Tag wurde von der *Health Communication Partnership* (HCP) in Zusammen-

arbeit mit dem sambischen Gesundheitsministerium, dem *National AIDS Council* und der *Zambia Interfaith Networking Group on HIV/AIDS* (ZINGO) implementiert und von PEPFAR finanziert.

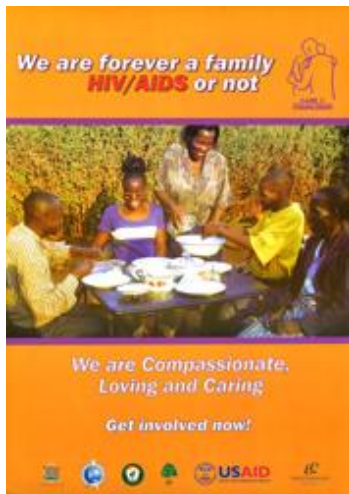


Abb. 98



Abb. 99



Abb. 100

Abb. 98 – 100 Poster und Ansteckbutton *Care and Compassion Movement* 2005
Quelle: Zambia Ministry of Health/Zingo/USAID 2005

Die Abbildungen 98 – 100 vermitteln einen Eindruck von der Intensivität der Kampagne. Auf den Plakaten wird das Gefühl des Miteinanders besonders deutlich, die Menschen agieren miteinander und umarmen sich. Sie scheuen nicht die Berührung, sondern gehen offen aufeinander zu.

„The time has come for us to take positive action in managing our brothers, sisters, and friends suffering from HIV/AIDS and the children who have been orphaned by it“, said Ms Masebo at the event. „What they require from us is our compassion, love, care and support without prejudice.“ (Gesundheitsministerin Sylvia Masebo, Presseerklärung HCP vom 20. Oktober 2005)

Von traditionellen und religiösen Autoritäten unterstützt, wurden die Botschaften über verschiedene Medien wie Radio, Fernsehen und auch Plakate und Broschüren nicht nur auf lokaler sondern auch auf nationaler Ebene verbreitet. Während der Feldforschungsaufenthalte 2007 und 2008 waren die Poster und Broschüren zu diesem Thema nicht mehr sichtbar.

4.1.4 GESUNDE ERNÄHRUNG

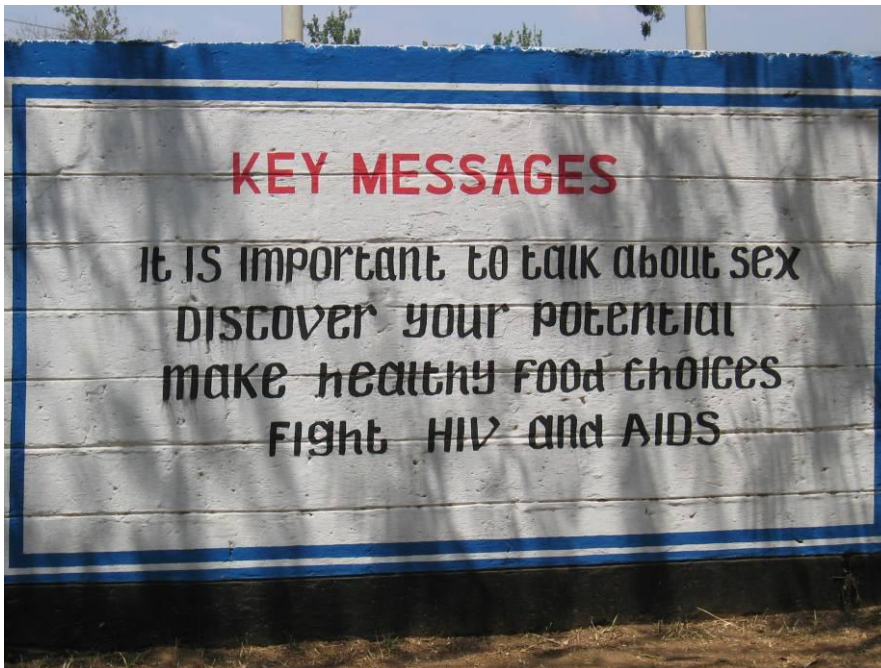


Abb. 101 Talking wall 'Key Messages' in Lusaka
Foto: Annabelle Springer 2008

Das Foto (Abb. 101) zeigt eine *talking wall* mit den Themenschwerpunkten Offenheit gegenüber Sexualität, Selbstvertrauen, gesunde Ernährung und HIV/AIDS. Die Verknüpfung von gesunder Ernährung und HIV-Infektion ist auf den ersten Blick nicht so offensichtlich bzw. scheint nicht von so großer Bedeutung zu sein wie andere Themen. Prinzipiell muss sich ein HIV-positiver Mensch genauso wie ein HIV-negativer Mensch ernähren. Jedoch orientiert sich die Ernährung an der individuellen Situation des Betroffenen (Bechtold 2008). Entsprechend der staatlichen Empfehlungen ergibt sich daraus ein unterschiedlicher Bedarf an Mikronährstoffen (Vitaminen, Mineralien, sekundären Pflanzenstoffen) und Makronährstoffen (Eiweiß, Kohlenhydrate, Fette). Diese Prämisse zu erfüllen, ist eindeutig einfacher in Regionen, in denen keine Nahrungsmittelknappheit herrscht. Eine gesunde und abwechslungsreiche Ernährung, welche den Körper mit allen wichtigen Nährstoffen versorgt, ist in vielen Ländern, die mit Naturkatastrophen wie Dürre und Überflutungen zu kämpfen haben, zumeist nicht möglich (WFP 2009a, WFP 2009b). In großen Teilen Sambias und auch in Kanyama haben die Menschen häufig nicht ausreichend Lebensmittel, um zwei Mahlzeiten am Tag zu sich zu nehmen (Unicef 2004, WFP 2010a). Die Möglichkeit, eine ausgeglichene Diät zu sich zu nehmen, besteht erst gar nicht. Obwohl die Informantinnen und Informanten wussten, dass eine ausgewogene Ernährung das Immunsystem stabilisiert und eine abgestimmte Ernährung die Aufnahme der Medikamente verbessert und Magen-Darm-Probleme reduzieren kann, erwies sich die Umsetzung als äußerst schwierig.

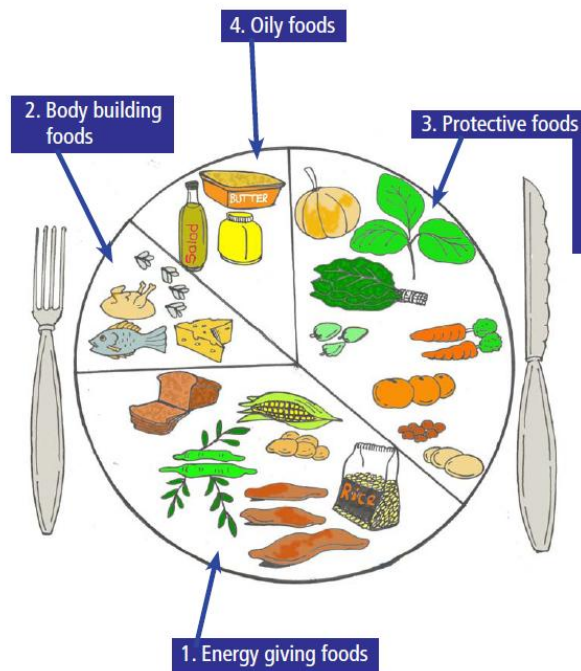


Abb. 102 Ausschnitt über gesunde Ernährung aus der Broschüre *Positive Living*
Quelle: Ministry of Health/ USAID/ Afya Mzuri 2005

Das Kuchendiagramm (Abb.102) aus der Broschüre *Positive Living* aus dem Jahre 2005 zeigt, wie eine ausgewogene Ernährung aussehen soll und unterteilt diese in vier verschiedene Nahrungsmittel: Kohlenhydrathaltige, Vitaminreiche, Eisen- und Calciumreiche und Öle/Fette. Bei einer ausgewogenen Ernährung sollen Dreiviertel der Nahrung aus Energie liefernden und schützenden Lebensmitteln bestehen. Energie liefernde Lebensmittel sind reich an Kohlehydraten und finden sich in der sambischen Küche in Brot, Reis, Nshima, Sorghum und Kassava wieder.⁵⁴ Unter den schützenden Nahrungsmitteln versteht man Lebensmittel, die reich an Vitaminen und Mineralien sind wie Gemüse (Kohl, Kürbis, Kürbisblätter, Tomate, Avocado, die Auberginenart Impwa, grüne Bohne und Okra) und Obst (Mango, Orange, Papaya, Banane und Guave). Das restliche Viertel der Ernährung sollte sich zu gleichen Teilen aus Körper aufbauenden Nahrungsmitteln, d.h. Proteinreichen (Fleisch, Fisch, Leber, Sojabohnen, Erbsen, Milchprodukten, Inswa, Vinkubala)⁵⁵ und Fetthaltigen (Kochöl, Nüsse) zusammensetzen. Bei der Betrachtung des Diagramms stellt sich die Frage, woher und mit welchen Mitteln die Menschen in Kanyama, die nur eine Mahlzeit am Tag zur Verfügung haben, dieses Sortiment an Nahrungsmitteln beschaffen sollen.

⁵⁴ Nshima bzw. Shima ist ein Maisbrei und das am weitesten verbreitete Grundnahrungsmittel Sambias. Bei Sorghum (Sorghumhirse) handelt es sich um eine Pflanzengattung aus der Familie der Süßgräser. Es wird vornehmlich für die Produktion von Mehl verwendet. Kassava ist eine andere Bezeichnung für Maniok (Taylor 2006: 76f).

⁵⁵ Inswa sind fliegende Ameisen, Vinkubala sind Schmetterlingsraupen.

A balanced and nutritious diet helps to:

- »» Strengthen your body, especially when taking medicines
- »» Prevent you losing weight and becoming weak
- »» Fight infections
- »» Build energy to get through the day

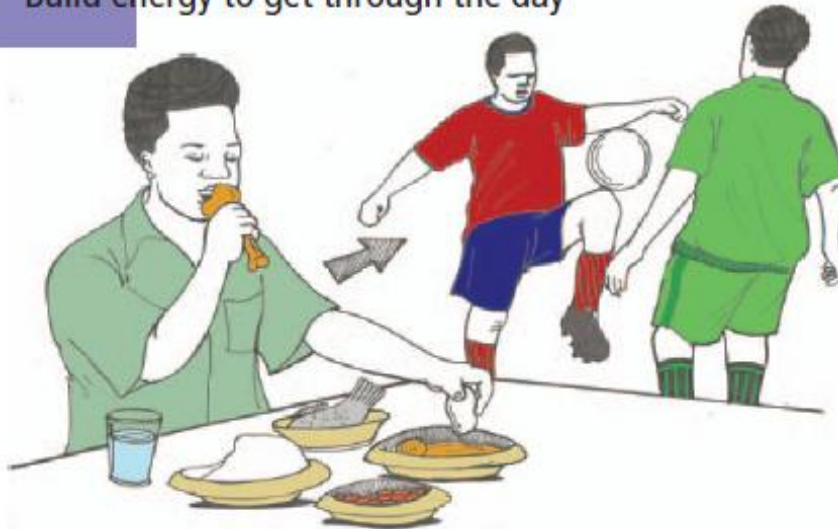


Abb. 103 Ausschnitt über gesunde Ernährung und Sport aus der Broschüre *Positive Living*
Quelle: Ministry of Health/ USAID/Afya Mzuri 2005

Eine weitere Abbildung (Abb.103) der Broschüre betont erneut die Vielfalt der Nahrungsmittel, die man als mit dem Virus Lebender zu sich nehmen soll. Diese Botschaft wird ergänzt durch den Hinweis auf körperliche Bewegung. Neben der essenden Frau sieht man im Hintergrund zwei männliche Personen Fußballspielen. Sie haben Fußballtrikots an und sogar Fußballschuhe mit Stollen. Diese Abbildung kann nur eine sehr gut verdienende sambische Familie als Zielgruppe haben, denn diese Form der Bekleidung und Nahrungsvielfalt wird man in den *Compounds* nicht finden. Um zumindest eine gewisse Grundversorgung gewährleisten zu können, bietet das Kanyama Health Centre neben der Versorgung mit ART auch ein kostenloses Nahrungsmittelpaket für Menschen, die mit dem Virus leben, an. Es gibt monatliche Familienrationen, die aus einer Kombination aus Mais, Hülsenfrüchten, Öl und *High Energy Protein Supplements* (HEPS)⁵⁶ bestehen. Von den interviewten HIV-Patientinnen und -Patienten gab über die Hälfte an, diese Familienrationen monatlich über das Kanyama Health Centre zu erhalten.⁵⁷

⁵⁶ HEPS (energiereiche Zusatzstoffe) besteht aus einer Kombination von Sojamehl, Zucker und Milchpulver.

⁵⁷ Ein förderliches Programm zur besseren Versorgung der sambischen Bevölkerung mit Nahrungsmitteln ist von WFP 2009/2010 ins Leben gerufen worden. Mit Hilfe von so genannten *Scratch Cards* und mit dem Zugang zu einem Mobiltelefon können nun auch in regional bereits vorhandenen Shops Nahrungspakete abgeholt werden. Die Menschen können auf diese Weise entscheiden wann und wo sie ihre Rationen abholen wollen und müssen nicht mehr lange Fußmärsche auf sich nehmen. Das Pilotprojekt versorgt zurzeit die Menschen zwischen Livingstone und Kafue (WFP 2010b).

Die Versorgung von HIV-Patienten mit Nahrungsmitteln hat teilweise dazu geführt, dass sich Menschen vorsätzlich mit dem Virus angesteckt haben, um in den Genuss dieser Nahrungsmittel zu kommen. Die Angst an Hunger zu sterben ist offensichtlich größer als die Angst vor AIDS. Die Menschen in Kanyama nutzen jede Möglichkeit, um selbst Gemüse und Früchte anzubauen. Auch wenn Kanyama eng bebaut ist, so finden sich überall kleinere Gärten oder bepflanzte Töpfe zwischen den Häusern (Abb.104-106).



Abb. 104 – 106 Kleingärten und Bepflanzungen in Kanyama
Fotos: Annabelle Springer 2007 und 2008

Das angebaute Obst und Gemüse wird aber zumeist nicht für den Eigenbedarf genutzt, sondern auf dem lokalen Markt verkauft. Mit den eingenommenen Geldern werden zum großen Teil Grundnahrungsmittel wie Maismehl und Kochöl erstanden. Die anderen Einnahmen werden gebraucht, um die Miete zu bezahlen und Wasser zu kaufen. Einige Organisationen, Kirchengemeinden und Therapiegruppen der Gesundheitszentren haben in den letzten Jahren mit Gemeinschaftsprojekten begonnen, welche die Ernährung der Infizierten verbessern sollen. Im Rahmen dieser Projekte wurden Gemeinschaftsgärten angelegt, in denen Gemüse, Früchte und Kräuter gezogen bzw. angebaut werden.

Informationsbroschüren und Poster zum Thema Ernährung und HIV sind vorhanden, jedoch äußerst komplex und auf Englisch formuliert. Auch die starke Bebilderung der Poster schwächt diese Komplexität nicht ab. Beim Betrachter wird ein umfangreiches Wissen um Nährstoffe, ihre Inhalte und Auswirkungen vorausgesetzt. Erst in einem zweiten Schritt wird das Thema Ernährung mit ART und den Nebenwirkungen in Verbindung gebracht. Aufgrund der eher basalen schulischen Ausbildung in Kanyama ist ein solches Wissen nicht vorauszusetzen.



Good Nutrition and Keeping Healthy with HIV and AIDS

Importance of Good Nutrition

Need to eat well with HIV

- HIV and AIDS increases the body's need for food
- People living with HIV and AIDS are more at risk for malnutrition
- When sick, more food is needed to recover
- Keeps you productive, able to work, grow food, and contribute to family income



Maintain body weight

- Eating well helps you maintain weight and increase strength
- Eating well helps you regain weight lost during illness

Fight infections

- Eating well helps fight illness
- Eating well helps you recover faster when sick
- Good health reduces the time and money spent on healthcare

Delay getting sick from AIDS

- Good nutrition helps make pills work better and easier to take
- Good nutrition delays the onset of AIDS

A Variety of Foods Needed

- Different foods protect the body in different ways
- Each meal should include all 3 food types
- More food is needed when infected with HIV, even when you are not sick





Energy-Giving Foods

- Provide the body the strength to work
- Alone are insufficient and must be combined with other foods
- Maize, rice, nshima, cassava, sorghum, potatoes, sweet potatoes, pumpkin, imyungu, fritters, bread, oil, margarine, butter

Body-Building Foods

- Help make muscles and bones strong
- Help put lost weight back on
- Meat, fish, kapenta, chicken, eggs, soya, cow peas, intoyo, groundnuts, chickanda, samp, beans, caterpillars (finkubala), inswa, milk, sour milk (mabis), maheu, munkoyo

Protective Foods

- Help the body protect itself
- Add taste and flavour to meals
- Oranges, mango, pawpaw, pineapple, bananas, watermelon, lemons, musuku, tomato, avocado, eggplant, impwa, carrots, onions, peppers, mankolombwe, okra, sindambi, cat whiskers, ibondwe, green leafy vegetables like spinach, lumsinda, cassava leaves, and pumpkin leaves

Variety with Each Meal

- Different food combinations should be included in each meal
- It is important to eat at least 3 meals a day, plus snacks in between
- Drink clean fluids between meals

Balanced breakfast

EXAMPLE 1
Avocado, porridge and sour milk

EXAMPLE 2
Banana, sweet potato and tea with milk



Eat snacks

- Eat snacks in the morning and afternoon between meals
- If sick and not hungry, drinks and snacks are easier to take
- Taking small quantities often of a variety of foods is healthier than filling up with one big meal of nshima

EXAMPLE: Groundnuts, grilled cassava, and juice

Balanced lunches and dinners

EXAMPLE 1
Nshima, groundnut stew, banana, and orange juice

EXAMPLE 2
Rice, beans, green beans, and water

EXAMPLE 3
Nshima, kapenta, pumpkin leaves, and water



Breastfeeding and Complementary Foods

- This wall chart aims to support the mother's decision to only breastfeed or to only replacement feed
- It does not provide enough information for her to make that decision
- Be sure to talk with your healthcare provider to learn which feeding option is the best for you

Exclusive Breastfeeding

- Give nothing but breastmilk for the first 6 months
- Even a sick mother can provide enough breastmilk for her infant
- At 6 months, breastfeeding should be stopped and breastmilk substitutes and complementary foods started
- Breastfeed baby more often when the baby is sick and for 2 weeks after
- Give nothing but breastmilk for the first 6 months because unclean food and fluids can make your baby sick and more likely to get HIV



Good Feeding Habits

- Bring the baby with you when leaving the house, even for a couple hours, to ensure the baby can be breastfed when hungry
- Talk to your healthcare provider about correct positioning of the baby during breastfeeding
- Immediately seek treatment from your healthcare provider for sore or cracked nipples or other breast problems
- Take your baby to its healthcare provider for vaccinations, deworming, and micronutrients
- Have your baby weighed regularly by its healthcare provider to be sure it is not losing any weight



Exclusive Replacement Feeding

- HIV positive mothers may choose not to breastfeed and to use breastmilk substitutes instead. If breastmilk substitutes are given:
- Talk to your healthcare provider about purchasing and preparing safe and acceptable formulas
- Breastmilk substitutes need to be affordable, regularly available and acceptable to families
- Do not give breastmilk substitutes if you are breastfeeding and do not breastfeed if you are giving breastmilk substitutes. The baby can get sick from unclean breastmilk substitutes increasing the chance of getting HIV from the breastmilk.
- Breastmilk substitutes must be prepared carefully in very clean conditions. Mix them in a clean container and prepare them with clean water.
- Skimmed milk, cereal feeds, juices, and teas are not suitable for babies under 6 months
- Stop breastfeeding as soon as possible (over a few days but no longer than 3 weeks)

Introduction of Complementary Foods

- Breastmilk does not provide enough nutrients after 6 months
- HIV positive mothers should stop breastfeeding at 6 months to reduce the risk of infecting the baby
- Babies need several small meals every few hours throughout the day
- Important complementary foods include soft foods like mashed bananas, pawpaw, greens, carrots, kapenta, meat, eggs, potatoes, sweet potatoes; fiasashi; mashed millet and maize; mashed cowpeas or beans with porridge; maize porridge with soya flour; maize porridge and cooked greens
- Like adults, it is better if babies are given a variety of foods at each feeding like mashed sweet potatoes and cowpeas or maize porridge with soya flour and cooked greens
- Only give babies clean water and fluids

Foods for Pregnant and Lactating Mothers

- The body needs extra food than normal when someone is pregnant or breastfeeding. Eat an extra meal a day.
- Eat smaller meals more often and drink fluids like clean water and milk often
- Eat a variety of foods: fish, meat, eggs, beans, green leafy vegetables, mango, pawpaw, sweet potatoes, pumpkin, avocado, tomatoes, carrots
- Take iron-folic acid supplements daily and multivitamin supplements as advised and always use iodized salt

Increasing Appetite

Eat when not hungry

- You are more vulnerable to infection if you're not eating
- You need to eat more food than normal when you're feeling sick
- Eat a variety of foods
- Eat throughout your illness
- Avoid alcohol since it reduces appetite



Drink porridge

- Drink porridge with soya flour or pounded groundnuts for increased strength
- Have a warm drink after waking up and before going to bed



Eat small quantities more often

- Eat small portions 5 to 6 times a day or every 2 hours

Eat favourite and tasty foods

- Eat your favourite foods with spices (garlic, ginger, curry), onions, or tomatoes for flavour (unless you have oral thrush, diarrhoea or another condition that spicy food can aggravate)



Make food easier to take

- Soft, mashed, and moist foods are easier to eat
- Grind meat and chicken or cut into smaller pieces for easier eating
- Drink with a straw if mouth is sensitive



Living Positively

Eat with family and friends

- It feels good to be part of a family
- HIV/AIDS is not spread by food or water or by sharing food, dishes or cooking utensils
- Eating outside in the fresh air increases appetite



Meet with friends

- Join an association of people living with HIV and AIDS or an HIV and AIDS support group
- Talk with others facing the same problems
- Take care of your own needs
- Go out into the fresh air and sun at least once a day



Regain lost strength

- Find enjoyment and spend time with family and friends, especially children



Be better able to work

- Contribute to family income

Grow a garden

- Provides affordable food
- Provides a variety of foods
- Can be done at home or in the community (if there is no available space at home)



Abb. 107 Poster, 'Good Nutrition and Keeping Healthy with HIV/AIDS'

Quelle: USAID/ Zambia Ministry of Health undatiert

Foto: Annabelle Springer 2008

Das Poster (Abb. 107) hängt nicht im Kanyama Health Centre, sondern in einem anderen Health Centre in einem ländlicheren Gebiet Lusakas, auch Greater Lusaka genannt. In einem ländlichen Kontext haben die Menschen eher die Möglichkeiten, Gemüse und Obst für die Eigenproduktion anzubauen. Voraussetzungen dafür sind neben nährstoffreichem Boden (der aufgrund starker Bodenerosion häufig nicht vorhanden ist), Zugang zu Wasser (wenn kein

Brunnen vorhanden ist, dann ist dies eine zu kostenaufwendige Angelegenheit) und das notwendige Saatgut (das ebenfalls Kosten verursacht).

Grundsätzlich sind die Informationen zu dem Thema sehr umfangreich und ausführlich. Leider sind sie ausschließlich auf Englisch und dadurch für einen großen Teil der Bevölkerung nicht verständlich. Auch die Fachtermini, die bei den Erläuterungen gebraucht werden, wurden von der Mehrzahl der Informantinnen und Informanten nicht verstanden. Das Thema Ernährung zu propagieren ist ein außerordentlich schwieriges Unterfangen, da die meisten Menschen den für eine ausgewogene Diät erforderlichen Zugang zu Nahrungsmitteln nicht haben. Nahrungsmittelknappheit und damit einhergehend Hunger sind saisonale Begleiter für große Teile der sambischen Bevölkerung. Bereits die Versorgung der in der Regenzeit zumeist von der Außenwelt abgeschnittenen Regionen in den ländlichen Bereichen Sambias stellt den Versorgungsapparat vor eine nahezu unlösbare Aufgabe.

4.1.5 ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die in diesem Teilkapitel 4.1 *Vom Testen, Stillen, Ernähren und Pflegen: Soziale und medizinische Versorgungsmöglichkeiten* dargestellten Poster, Plakate, Flyer und Broschüren von der Mehrheit der Interviewten in Kanyama überhaupt nicht wahrgenommen wurden. Entweder waren die Botschaften nicht eindeutig bzw. verständlich genug, die Verortung der Medien ungünstig gewählt oder die vermittelten Hilfestellungen für die Zielgruppe in ihrer Realität nicht umsetzbar. Für visuelle Medien, die zum freiwilligen Testen aufforderten, waren sie die falsche Zielgruppe, da alle Interviewten bereits getestet waren und ihren Status kannten. Die Grundinformationen zur antiretroviralen Therapie haben alle während ihrer Betreuung im Kanyama Health Centre erhalten, zum großen Teil auch in ihrer Muttersprache. Jedoch wünschte sich die Mehrheit mehr Informationen zu Nebenwirkungen und den jeweiligen Medikamentenkombinationen. Die vom Centre ausgeteilten Informationen waren nur als schlechte Fotokopien erhältlich und aus diesem Grund auch nicht bildlich ansprechend gestaltet. Bilder, die zum besseren Verständnis eingefügt wurden, waren kaum mehr erkennbar. Hintergrundinformationen zur Übertragung des Virus haben alle visuell wahrgenommen, jedoch zeigt sich in der Analyse die Schwäche der nicht eindeutigen, leicht schwammigen Darstellungen. Die Übertragungswege werden nicht in einem direkten Zusammenhang mit dem Austausch von bestimmten Körperflüssigkeiten gebracht und daher bleibt ein direkter, nachvollziehbarer Zusammenhang bei der Übertragung des Virus offen. Die Schwierigkeiten einer eindeutigen Darstellung der Übertragungswege in einem gesellschaftlich kulturell akzeptablen Rahmen sind verständlich. Dennoch wurden die Zusammenhänge nicht deutlich. Anhand dieses Unterpunktes wird das Phänomen der Wissenskluft besonders deutlich. Eine sicherlich gelungene Alternative stellen in diesem Zusammenhang die kleinen Theatergruppen dar, die sich zumeist aus Anti-AIDS-Clubs und anderen Therapiegruppen gebildet haben (UNICEF 2005, UNESCO-CCIVS 2008). Mit den von ihnen vorgeführten Szenen zu den verschiedenen Über-

tragungswegen und der Resonanz des Publikums scheinen sie eine funktionierende Form der Vermittlung für diese diffizile Thematik gefunden zu haben. Für die Pflege der Betroffenen und Versorgung der Hinterbliebenen gibt es aufgrund des *Care and Compassion Movement* aus dem Jahr 2005 eine Vielfalt von Materialien, die erneut für eine Kampagne genutzt werden könnten. Bei einer näheren Betrachtung der thematischen Ausrichtung von visuellem Material in Kanyama entsteht der Eindruck, dass bestimmte Themen sehr stark visualisiert werden (darauf wird in den folgenden Teilkapiteln noch näher eingegangen) und andere nur äußerst marginal. Insbesondere im Warteraum und den Behandlungsräumen der HIV-Ambulanz findet man nicht die Botschaften oder Informationen, die man vermuten würde, sondern eher Aufforderungen, sich freiwillig testen zu lassen oder Informationen zu den Vorteilen der antiretroviralen Therapie. Aber dort wissen bereits alle darüber Bescheid, dass man sich kostenlos testen lassen und am ART-Programm teilnehmen kann. Medien, die sich mit einer ausgewogenen Ernährung beschäftigen, spielen bei den Informantinnen und Informanten überhaupt keine Rolle und werden offensichtlich auch nicht wahrgenommen. Schon eine regelmäßige Nahrungsversorgung findet in den wenigsten Familien statt, und für den Kauf protein- oder vitaminreicher Nahrungszusätze ist erst Recht kein Geld vorhanden. Hinzu kommt, dass viele Frauen über den jeweiligen Status ihres Partners nicht Bescheid wissen und die Gender-Thematik auch beim Thema Ernährung eine Rolle spielt. Die Männer bestimmen über die finanziellen Ausgaben, daher trauen sich Frauen, die ihren Status geheim halten, nicht, ihre Männer zu bitten, nährstoffreiche Nahrung zu kaufen.

4.2 VON ABSTINENZ, TREUE UND VERHÜTUNG: SEXUALITÄT UND GLAUBEN

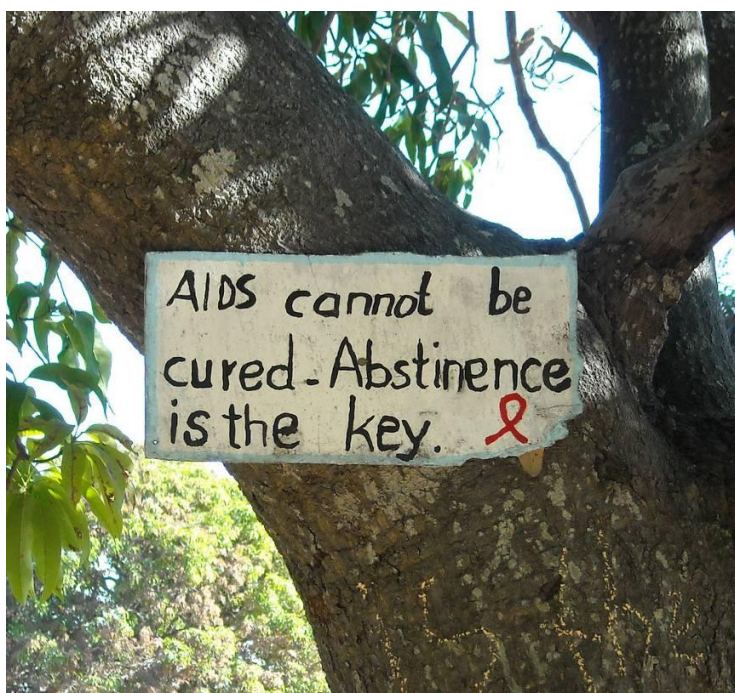


Abb. 108 Schild ‚AIDS cannot be cured – Abstinence is the key‘ in Lundazi
Quelle: Learnserve International 2008

In diesem Unterkapitel werden die zentralen Begriffe der derzeitigen Kampagnen, Abstinenz und Kondomgebrauch, genauer betrachtet. Beide Ansätze haben starke Befürworter und Gegner, deren Standpunkte sich auch in den gesundheitsfördernden Kampagnen widerspiegeln. Der erste Teil legt einen Schwerpunkt auf das Thema Sexualität im Allgemeinen, um ein besseres Verständnis für die Grundlagen der unterschiedlichen Ansätze zu erhalten, die sich dann im zweiten Teil in dem so genannten ABC-Programm manifestieren. Kirchen, nichtstaatliche und staatliche Organisationen werben für ein neues ABC des Verhaltens: *Abstain, Be faithful, Condomise* (übersetzt: sei enthaltsam, treu, benutze Kondome). Es geht bei diesem Programm grundsätzlich um eine Änderung des Sexualverhaltens. Die Auslegung von ABC fällt aber unterschiedlich aus. Die UN definiert das ABC folgendermaßen: A = Enthaltensamkeit oder ein späterer Zeitpunkt für den ersten sexuellen Kontakt, B = Treue einem Partner gegenüber oder eine Reduzierung der Anzahl der Sexualpartner und C = korrekte und konsequente Benutzung von Kondomen für sexuell aktive Jugendliche, Ehepaare, bei denen ein Partner HIV-positiv ist, Prostituierte und ihre Kunden sowie für jeden, der sexuell aktiv ist und dessen Partner von HIV betroffen sein könnte (www.unaids.org). Hingegen definiert PEPFAR⁵⁸, der größte finanzielle Unterstützer der sambischen HIV/AIDS-Arbeit, die ABC-Strategie folgendermaßen: A = Enthaltensamkeit, späterer erster sexueller Kontakt und Abstinenz bis zur Ehe, B = HIV-Test, Treue in der Ehe und monogame Beziehungen und C = korrekte und konsequente Benutzung von Kondomen für diejenigen, die zu Risikogruppen gehören. Unter diese Risikogruppen fallen Prostituierte, Drogenabhängige und Ehepaare, in denen einer HIV-positiv ist. Eine Bewerbung von Kondomen für sexuell aktive Jugendliche ist nicht vorgesehen. Und genau dieser letzte Punkt ist der Grund für die Kontroverse um das ABC-Programm. Kritiker von PEPFAR sehen in deren moralisierenden Auflagen eine Erschwerung, sogar eine Verhinderung von sachgerechter Prävention und Behandlung. Die Konservativen und christlichen Rechten hingegen verteidigen ihre auch in den USA angewandten Enthaltensamkeits- und Treueprogramme für Jugendliche. Diese beiden Positionen und deren Übertragbarkeit auf die Situation in Kanyama gilt es im folgenden Unterkapitel näher zu beleuchten.

4.2.1 SEXUALITÄT

Sexualität ist ein Thema, über das in vielen Kulturen nicht öffentlich gesprochen wird. Auch in westlichen Ländern gibt es in Bezug auf Sexualität bestimmte Verhaltenskodizes. Werden diese Regeln überschritten, kommt es zu einer Abwertung der beteiligten Personen und von deren Verhalten. In vielen afrikanischen Kulturen wird über Sexualität nur im engsten Familienkreis gesprochen. Im sambischen Kontext werden die jungen Mädchen von ihren Großmüttern und die Jungen von ihren Großvätern aufgeklärt. Die Aufklärung erfolgt nicht in einer direkten Form,

⁵⁸ Das Akronym PEPFAR steht für *The President's Emergency Plan for AIDS Relief*. PEPFAR wurde unter der US-Regierung von George W. Bush eingeführt und mit einem Etat von 15 Milliarden US-Dollar für fünf Jahre ausgestattet. Im Juli 2008 erhöhte er das Budget für die globale HIV-Bekämpfung auf 48 Milliarden US-Dollar (Mehr Informationen unter www.pepfar.gov).

sondern über Geschichten. Darüber hinaus werden Jugendliche bei ihrer Initiation, der Einführung in die Erwachsenengesellschaft, weiter informiert. Die Eltern spielen in der sexuellen Aufklärung ihrer Kinder traditionell keine Rolle. Dies hat sich im Laufe der Epidemie extrem verändert: Schulen geben Aufklärungsunterricht und Eltern müssen ihre Kinder vor Ansteckungsmöglichkeiten über den sexuellen Übertragungsweg aufklären. Insbesondere in den Städten, in denen bedingt durch die Migration häufig keine Großeltern vorhanden sind, müssen die Eltern deren Rolle übernehmen. Meine Erfahrung mit den Informantinnen zeigt, dass einige sehr offen mit ihrer Krankheit umgehen und auch ihre Kinder vor dem Virus schützen wollen und sie aus diesem Grund über Sexualität und weitere Ansteckungsmöglichkeiten aufklären. Alle haben ein enges Familienmitglied verloren und sind sich über das Ausmaß der Epidemie im Klaren. Natürlich gibt es einige, die nicht über ihre Infektion in der Familie sprechen können und ihre Erkrankung geheim halten. Diese Situation macht es außerordentlich schwierig, das Thema den Kindern gegenüber zu artikulieren.

Durch große Aufklärungskampagnen zum Schutz vor Ansteckung und zur Verwendung von Kondomen wird das Thema Sexualität öffentlich sichtbar. Dennoch wird nach wie vor außerhalb der Familien nur ungern über dieses Thema gesprochen und die Kommunikation mit Fremden vermieden. Seinen Status der Öffentlichkeit bekannt geben, heißt nicht nur sich selbst zu positionieren, sondern die gesamte Familie. Die Stigmatisierung ist nach wie vor so groß, dass man sich und seine Familie nur ungern in diese Situation bringen möchte.

4.2.1.1 AFRIKANISIERUNG VON AIDS

Of course, a disease like AIDS cannot be understood without reference to the cultural and sexual practices within which it is embedded and the different communities it selectively targets. But often bad anthropology can be worse than no anthropology at all, especially when it simply shifts the blame to tradition. (Kelly 2004)

Die gewünschten Änderungen im Sexualverhalten haben nachweislich nicht zu dem gewünschten Erfolg geführt, weder in den USA noch in den sogenannten Entwicklungsländern. Zu diesem Ergebnis kommt auch eine Übersichtsarbeit von Medizinern der Universität Oxford: „Kein Enthaltensamkeitsprogramm hat die Häufigkeit von ungeschütztem Sex, die Zahl der Partner, den Gebrauch von Kondomen oder den Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs beeinflusst“ (Bart 2007:20). Der Epidemiologe Stephen Hawes von der Universität Seattle geht sogar noch einen Schritt weiter; ihm zufolge senken nicht Abstinenzprogramme sondern Initiativen, die für den Gebrauch von Kondomen werben, das Infektionsrisiko.

Westlich geprägte Entwicklungshilfe, Geldgeber und Institutionen stellen sich die Frage, woran es liegt, dass die Kampagnen zum veränderten Sexualverhalten nicht erfolgreich sind – häufig sehen sie den Grund im Verhaften von Gruppen in ihren Traditionen (Gausset 2001).

Kulturelle Barrieren würden eine effektive Präventionsarbeit verhindern und maßgeblich zu einer weiteren Ausbreitung des Virus beitragen. Anstatt sich mehr mit dem kulturellen Umfeld, den Normen und Werten der jeweiligen Gruppe vertraut zu machen und die Art und Weise der Vermittlung des Themas zu hinterfragen, wird die eigene Position mit Hilfe von möglichst „exotischen“ Ritualen und Bräuchen untermauert. So geraten häufig Traditionen wie Polygamie, Beschneidung, sexuelle Reinigungen und trockener Sex in Verruf, die Ausbreitung des Virus wesentlich zu fördern.

Der Ursprung der gesamten Debatte liegt in dem bereits in der Kolonialzeit manifestierten Stereotyp von der afrikanischen Sexualität (Gausset 2001).⁵⁹ Mit der Ausbreitung des AIDS-Virus stand das Thema „afrikanische Sexualität“ erneut im Zentrum des Interesses. Bereits die anfängliche Theorie über den Ursprung des Virus und die Übertragung von Affen auf den Menschen durch sexuelle und rituelle Praktiken warf ein dunkles Licht auf die „afrikanische Sexualität“.⁶⁰

Insbesondere in der Diskussion über eine spezifisch ‚afrikanische Sexualität‘ wurden Bilder über eine promiske und oft auch exotische Sexualität sowie eine damit verbundene Unmoral afrikanischer Gesellschaften artikuliert. Diese Diskurse und die in ihnen vermittelte Metaphorik hatten ihren Ursprung wiederum in Diskursen der Kolonialzeit über rückständige kulturelle Praktiken und eine unkontrollierte Sexualität auf dem Subkontinent. (Wolf & Dilger 2003: 265)

Eine vergleichende Betrachtung der Verbreitung von HIV/AIDS in westlichen und afrikanischen Kontexten ergab eine divergierende Infiziertengruppe: In den westlichen Ländern waren hauptsächlich Homosexuelle betroffen, in den afrikanischen Ländern hatte sich das Virus in der gesamten heterosexuellen Bevölkerung verbreitet. Diese unterschiedlichen Profile wurden näher untersucht. Die Annahmen fokussierten erneut auf Aspekten wie der „afrikanischen Kultur“ und der „afrikanischen Sexualität“. Viele Studien griffen auf das Mittel der Stereotypisierung zurück oder revitalisierten auf diese Art bereits existierende Stereotypen (siehe auch hier Fußnote 60).

Like the first studies of African sexuality, it was once again the ‚exotic, traditional, irrational and immoral practices‘ that were the focus of the research. If the pattern of AIDS epidemic was different in Africa than in Europe, the explanation obviously had to be the difference between African and European culture and sexualities. (Gausset 2001: 511)

⁵⁹ Während des 19. und Anfang des 20. Jahrhundert waren die Beschreibungen über Afrikaner stark ethnozentristisch und evolutionistisch geprägt. Die Traditionen der afrikanischen Gruppen wurden generell als primitiv und unmoralisch gesehen. Afrikanerinnen und Afrikaner galten als sexuell wild und unersättlich (vgl. Gausset 2001: 510).

⁶⁰ Für eine nähere Beschäftigung mit „afrikanische Sexualität“ siehe die Aufsätze von Caldwells & Quiggin 1989 und von Rushton & Bogaert 1989. Eine kritische Analyse dieser Aufsätze bieten Leslie 1990, Ahlberg 1991 und 1994 sowie Bibeau and Duncan Pedersen 2002.

Traditionelle Praktiken in die Präventionskampagnen mit einzubeziehen, wäre laut Quentin Gausset nicht nur unethisch, sondern darüber hinaus kontraproduktiv. Die in diesem Teil der Arbeit beschriebenen Vorurteile finden auch im aktuellen Kontext ihre Verwendung. Zwar werden in Sambia keine Kampagnen zum Thema Tradition und AIDS durchgeführt, aber dennoch habe ich bei vielen Interviews mit internationalen Entwicklungshelfern dieses Argument als einen der Hauptgründe für die Verbreitung des Virus gehört. Eine sambische Mitarbeiterin einer nicht-staatlichen Hilfsorganisation war meines Erachtens von diesen Ideen so indoktriniert worden, dass sie selbst fest von diesen überzeugt war.

We have so many traditions that are the reasons for further transmission of the virus. We have polygamy, we have widow cleansings, we have circumcision. We even have traditional laws that allow our husbands abusing us. We should not be ignorant about it. We have to speak about it and change it. If that means we have to bury our culture we have to do it. (Anonym NGO, Interview 2007)

Am Beispiel der Einritzung von *charms* (Zauberformeln und Glücksbringern) soll an dieser Stelle das Thema exemplifiziert werden. Bei vielen sambischen Gruppen sind diese Einritzungen üblich – bei Frauen wie bei Männern. Sie sollen vor bösem Zauber schützen, Glück, Reichtum und Gesundheit bringen, Kinderwünsche erfüllen, aber auch sexuelle Leidenschaft beim anderen Geschlecht wecken. Diese *charms* werden von Familienmitgliedern, Freunden oder Heilern mit Hilfe einer Rasierklinge eingeritzt und können sich überall am Körper befinden. Zumeist befinden sie sich an den Armen, den Schläfen und um die Hüfte. Die Problematik beim Einritzen in Bezug auf HIV/AIDS liegt in dem gemeinsamen Gebrauch eines Rasiermessers. Falls das Messer nach dem Gebrauch nicht gereinigt wird und/oder mehrere Personen nacheinander damit geritzt werden, von denen einer HIV-positiv ist, kann das Virus übertragen werden. Schuld an einer solchen Übertragung ist aber nicht die Tradition, sondern die inadäquate Handhabung des Rasiermessers. Das Problem ist durchaus erkannt worden, und die Menschen verwenden mittlerweile für Einritzungen ihre eigenen Rasierklingen. Auf diese Weise kann die Tradition problemlos fortgesetzt werden. Von den Informantinnen in Kanyama war mehr als die Hälfte mit *charms* geschmückt. Sie gehörten unterschiedlichen Gruppen wie den Senga, Kunda, Bemba, Ngoni, Batonga und Ila an und variierten in ihrer Altersstruktur von sehr jung bis alt. Als häufigster Grund für die Anbringung von *charms* wurde Glück und Liebeszauber genannt.

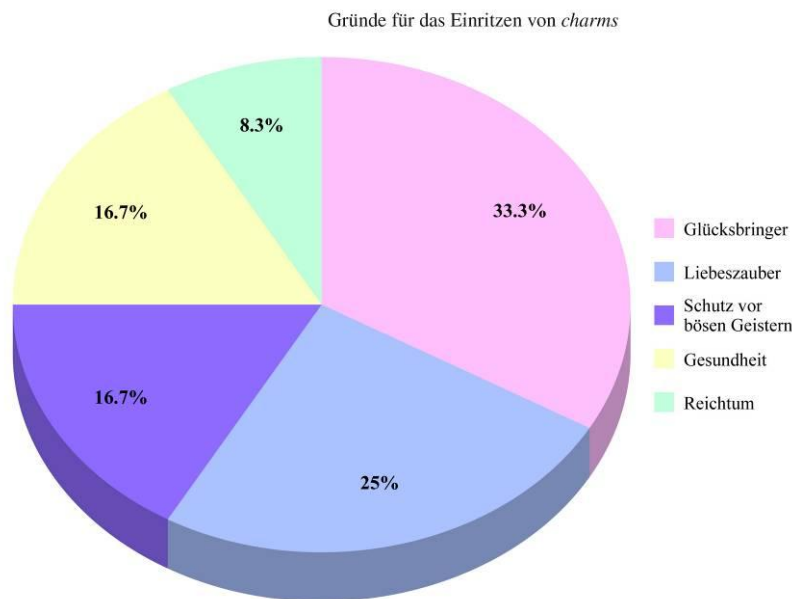


Abb. 109 Diagramm Gründe für das Einritzen von so genannten *charms*
Quelle: Annabelle Springer 2009

Maureen T. ist 42 Jahre alt und gehört zur ethnischen Gruppe der Kunda. Sie ist in Lusaka geboren und seit 15 Jahren Witwe. Sie hat *charms* auf den Armen. Zusammen mit ihren Freundinnen haben sie sich als Jugendliche gegenseitig *charms* eingeritzt. Sie wollten bestimmten Männern gefallen und von ihnen bewundert werden. Dazu haben sie eine Rasierklinge genommen und diese miteinander geteilt. Damals gab es noch kein AIDS.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 15. Mai 2008)

Concilia S. ist erst vor wenigen Jahren nach Lusaka gekommen. Sie gehört der ethnischen Gruppe der Batonga an und stammt aus dem Choma Distrikt. Grund für ihre Migration war die Eheschließung mit ihrem jetzigen Ehemann. Vor ihrer Hochzeit ritzte ihre Großmutter ihr fünf *charms* um die Hüfte. Sie sollen ihr Glück in der Ehe bringen und ihren Körper für ihren Ehemann noch attraktiver machen. Außer ihr wurde an diesem Tag niemand mit *charms* versehen.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 19. Mai 2008)

Angela N. ist 27 Jahre alt, in Lusaka geboren und aufgewachsen und hat drei Kinder im Alter von acht, sechs und vier Jahren. Ihr Ehemann ist vor zwei Jahren an AIDS gestorben. Sie und ihre beiden jüngsten Kinder sind auch HIV-positiv. Nach dem Tod ihres Ehemannes wurden ihr von der Familie ihres verstorbenen Mannes auch *charms* eingeritzt. Sie sollen sie vor bösen Geistern schützen. Dazu hat sie ihre eigene Rasierklinge benutzt. Damals war ihr nicht klar, dass sie sich bereits mit dem Virus angesteckt haben könnte.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 28. Mai 2008)

Die Interviewten wussten bei der Befragung alle über das Risiko einer Infektion durch scharfe Gegenständen wie Rasierklingen Bescheid. Aus diesem Grund bringen sie für das Anbringen von *charms* durch Heiler, Freunde oder Familienmitglieder ihre eigenen Klingen mit. So hat sich

zwar ein Teilaspekt der Ausführung eines Rituals verändert, aber das Ritual selbst bleibt unverändert Bestandteil des kulturellen Lebens.

4.2.1.2 “LOVE IS A HOT, DRY SEASON!”: TRADITIONELLE SEXUALPRAKTIK

Bei der Stereotypisierung von Sexualität wird häufig eine weitere traditionelle Praktik genannt: der so genannte *dry-sex*. In bestimmten Regionen im südlichen Afrika wird ein sogenannter *dry sex* (trockener Sex) praktiziert (Baleta 1998, Hirschmann 2003). Diese Sexualpraktik findet auch in Sambia weite Verbreitung (Sandala, Lurie, Sunkutu und Chani 1995, Mbololwa 2002). Frauen und Mädchen versuchen ihre Vagina so trocken wie möglich zu machen, um damit den Lustgewinn des Mannes beim sexuellen Verkehr zu steigern (National Aids Council 2000, Gregson et al 2002). Die Verwendung bestimmter Kräuter und Zutaten ermöglicht das „Trocknen“ der Vagina, reduziert die Vaginalflüssigkeit und vergrößert die Reibung während des Geschlechtakts. Manche Frauen führen sich ein Pulver aus zerriebenen Kräutern, Wurzeln oder kleinere Steinchen (Aluminiumhydroxid) in die Vagina ein. Dadurch wird das Vaginalsekret gebunden. Andere benutzen dafür kaltes Wasser, Seife, Wolle oder gekaute Kräuter. Zumeist werden aber anstatt der Kräutermixturen einfach nur leicht erhältliche Hilfsutensilien wie Toilettenpapier, Handtücher oder Stoffreste verwendet. Dieser Praktik liegt die Annahme zugrunde, dass die Scheide trocken, eng und heiß sein muss, um den Mann sexuell zu befriedigen. Eine Informantin in Kanyama kommentiert diesen Akt folgendermaßen: „*He has to struggle to get in. A woman does not have to be oiled.*“ Insbesondere ältere Frauen wenden deshalb diese Methode an, um weiterhin sexuell attraktiv zu sein und ihre Beziehung zu sichern. Der gewünschte Lustgewinn ist hierbei einseitig, was dem gesellschaftlichen Rollenverhältnis entspricht. Männer empfinden diese Sexualpraktik als Normalität. In manchen Fällen wird feuchter Sex als etwas Negatives gewertet. Frauen, die zu feucht sind, werden der Untreue und sogar der Promiskuität bezichtigt und diskriminiert (Human Rights Watch 2002).

There is even a name given to girls who are too wet – Chambeshi River – referring to a river in Zambia. [...] Some men tell girls that being wet means that they have been with too many men. (Human Rights Watch 2002: 23)

Der Bezug dieser Praktik zur AIDS-Epidemie ist folgender: Durch die Verletzungen und Risse in der Vagina, die durch diese Praktik hervorgerufen werden können, kann das Virus ebenso wie andere sexuell übertragbaren Krankheiten schneller übertragen werden. Beim gleichzeitigen Gebrauch von Kondomen können diese auch schneller reißen (Brown, Ayowa & Brown 1993, Gresenguet 1997). Quentin Gausset berichtet in seinem Artikel über HIV/AIDS und den kulturellen Praktiken der Batonga, dass *dry sex* in dem von ihm untersuchten Dorf nicht so häufig vorkommen würde. *Dry sex* würde hauptsächlich von Frauen praktiziert, die gerade Kinder zur Welt gebracht hätten und eine „normale“, „enge“ Vagina haben wollten. Seiner Ansicht nach wird die

Bedeutung von *dry sex* überzogen dargestellt (Gausset 2001: 514). In diesem Punkt zeigt die Untersuchung in Kanyama divergierende Ergebnisse. Im Gegensatz zu Gaussets Aussage, der trockene Sex würde nicht in dem gedachten Ausmaße stattfinden, sprechen die Zahlen der Praktizierenden unter den Informantinnen in Kanyama für sich. 72 Prozent der Befragten praktizierten mehr oder minder regelmäßig trockenen Sex. Die Begründungen waren vielfältig. Auffällig jedoch bleibt, dass nur 6,3 Prozent der Frauen angaben, selbst an dieser Praktik Gefallen zu finden. Die Mehrheit wollte durch die Anwendung von *dry sex* den Partner befriedigen und den Wünschen des Partners gerecht werden. Über 30 Prozent sahen in dieser Praktik etwas ganz Normales, etwas, das alle machen oder schon einmal gemacht haben. Obwohl *dry sex* nur für den Mann einen Lustgewinn bedeutet, war die Praktik für die Informantinnen nicht negativ konnotiert.

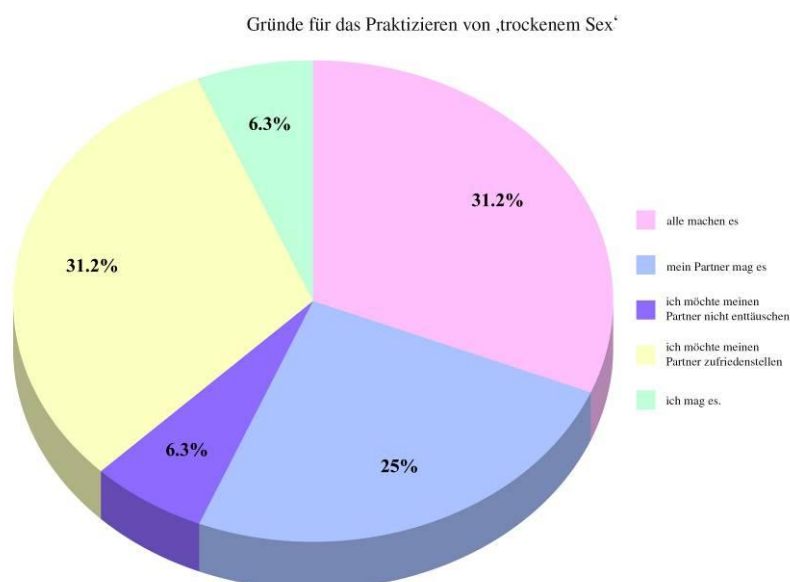


Abb. 110 Diagramm Gründe für das Praktizieren von *dry sex*
Quelle: Annabelle Springer 2009

Quentin Gausset argumentiert, dass kulturelle Eigenheiten einer Gruppe wie Witwenreinigung, Polygamie und trockener Sex keine Auswirkungen auf die Verbreitung der Epidemie haben und dass eine Vermittlung von sicheren sexuellen Beziehungen im Vordergrund stehen sollte. Die Tatsache, dass *dry sex* in Kanyama regelmäßig praktiziert wird, zeigt jedoch, dass auch dieser Punkt in der Präventionsarbeit berücksichtigt werden müsste. Im Gegensatz zum Einritzen von *charms*, bei der die Gefahr einer Übertragung des Virus durch das Mitbringen eines eigenen Rasiermessers fast gar nicht vorhanden ist, kann das Praktizieren von *dry sex* das Risiko einer Übertragung erhöhen. Dies bedeutet nicht, dass *dry sex* einer der Hauptgründe für die Verbreitung von HIV in Sambia ist und aus diesem Grund besteht auch keine Notwendigkeit, diese kulturelle Praktik zu ändern oder auszulöschen, wie einige Vertreter nationaler und internationaler Organisationen fordern (Mbozi 2000).

4.2.2 ABC-PROGRAMM



Abb. 111 Schild am Ortseingang von Mwandí (Ort zwischen Livingstone und Sesheke)
Foto: Dominique Maïetta 2006

Im Folgenden soll näher auf das ABC-Programm eingegangen werden. Dafür werden die einzelnen thematischen Schwerpunkte A, B und C differenziert betrachtet. Die meisten Plakate oder Medien zu ABC kommunizieren nicht das gesamte Programm, sondern nehmen sich für die jeweils gewünschte Argumentation einen Themenschwerpunkt heraus. Auf diese Weise gibt es eine Fülle von Medien, die sich ausschließlich des Themas A *Abstain* – Abstinenz annehmen. Das Thema B *Be Faithful* – Treue fand bei der Recherche nur eine sehr eingeschränkte Medienresonanz. Hingegen setzte sich mit dem Thema C *Condomise* – Kondomgebrauch wieder eine Vielfalt von Medien auseinander. Angemerkt werden muss an dieser Stelle, dass gerade die Kombination von A und C in den Medien häufig gewählt wurde. Wenn man nicht abstinent sein kann, dann soll man sich zumindest mit einem Kondom schützen. In der letzten Zeit gab es Überlegungen, die ABC Kampagne mit D für Delay, ein späterer Zeitpunkt für den ersten sexuellen Kontakt, zu ergänzen. Wie in Abbildung 111 deutlich wird, ist aber D schon häufig mit einer anderen, deutlich negativen Bedeutung belegt.

Kampagnen, die sich allen drei Themenschwerpunkten annehmen, sind äußerst selten. Sie stellen zumeist eine Aufschlüsselung des Akronym ABC dar (Abb. 111). Eine weitere Variante stellt die drei Unterpunkte als lebensrettende Boote dar, die miteinander verbunden sind und den Menschen eine Chance auf Rettung bieten (Abb. 112 und Abb. 113).



Abb. 112 Plakat ABC Programm
Foto: Samantha Tam undatiert

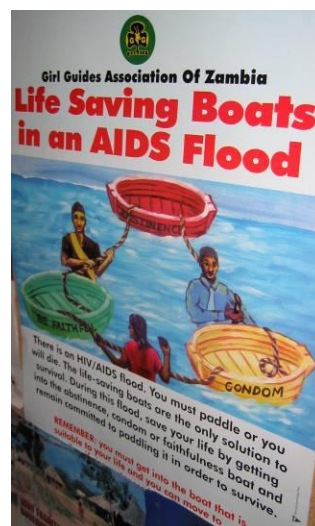


Abb. 113 Poster ABC Programm
Quelle: Girl Guides Association of Zambia
Foto: Annabelle Springer 2007

Dieses Bild des ABC-Programms, auch *Journey of Hope* (JOP) oder „Boote der Hoffnung“ genannt, wurde von dem römisch-katholischen Pfarrer Bernard Joinet in Zusammenarbeit mit dem tansanischen Künstler Theodore Mugolola in Tansania entwickelt und weltweit auf die Präventionsarbeit übertragen (vgl. McKee 2004: 82). Dahinter steht die Geschichte von einem anfänglich kleinen Strom, der außer Kontrolle geraten ist und zu einer Sintflut wird. Die Sintflut ist eine Analogie für die HIV/AIDS-Epidemie, von der man sich nur erretten kann, wenn man einen der drei Unterpunkte der ABC-Botschaft berücksichtigt bzw. sich in einem der drei Boote befindet. Die Rettungsseile, welche die Boote miteinander verbinden, sollen den Menschen die Möglichkeit geben, je nach Lebensstil oder Lebenslage die Boote zu wechseln, sollen aber auch anderen in die jeweiligen Boote helfen. Obwohl die christlichen Werte der Enthaltensamkeit und ehelichen Treue im Vordergrund stehen, ist auch das Boot mit der Aufschrift *Condom* eine Alternative. Die *Journey of Hope* wird häufig in der direkten Präventionsarbeit in Form eines Spiels verwendet und stellt auf diese Weise eine partizipative, äußerst anschauliche Methode des ABC-Programmes dar. Diese weit verbreitete Strategie bietet auch den christlich eher konservativ eingestellten Vertretern die Möglichkeit, sich mit einem Modell anzufreunden, welches sich nicht kategorisch gegen die Verwendung von Kondomen ausspricht. Der bildliche Vergleich der HIV-Epidemie mit einer Sintflut ist aber eher kritisch einzuschätzen. Im christlichen bzw. biblischen Kontext wurde die große Flut als eine „Sündflut“ stilisiert, welche fast die ganze Menschheit vernichtet. Nur Noah konnte sich und seine Familie auf seiner Arche retten. Auch in diesem Fall steht das Schiff als einziger Ort für die Errettung der bedrohten Menschheit vor den Fluten.

Die Sintflut war aber die Strafe Gottes für den zügellosen und verdorbenen Lebensstil der Menschen. Würde man diesen Aspekt auf die Darstellung der Sintflut als eine Epidemie verstehen, würde es bedeuten, dass die HIV-Epidemie eine Strafe Gottes ist. Geht man noch einen Schritt weiter, würde dies implizieren, dass die Menschen, die von der Flut betroffen sind, Sünder seien und den Tod verdienen, sofern sie sich nicht in eines der Boote retten. Die mora-

liche Wertigkeit dieses Bildes wird offensichtlich. Darüber hinaus wird auch die Botschaft von der Tödlichkeit des Virus wie in der Abb.113 in den Vordergrund gestellt: „You must paddle or you will die. The life-saving boats are the only solution for survival.“ Als Mittel der Rason wird hier der Angstfaktor eingesetzt – die Angst der Menschen vor dem Tod und ABC als der einzige ultimative Ausweg vor der Ansteckung.⁶¹ Der *Journey of Hope* Ansatz wird seit vielen Jahren von UNAIDS und USAID unterstützt und aktiv in der Präventionsarbeit eingesetzt. Befürworter stellen heraus, dass der Ansatz keine moralische Wertung abgebe, sondern ausschließlich den Menschen helfen solle, moralische Entscheidungen zu treffen.

Während einer Spendenaktion im Jahr 2007 betonte der stellvertretende US-Missionschef Michael Koplovsky, dass dieser Ansatz nur bei einer Erfüllung von allen drei Aspekten funktionieren könne. Dabei sprach er sich nicht ausdrücklich gegen den C-Zusatz aus, betonte aber die höhere Wertigkeit von A und B und spiegelte auf diese Weise die politische Gesinnung der damals agierenden US-Regierung in Bezug auf den Gebrauch von Kondomen wider.

The Zambia National Health Strategic Plan clearly articulates a comprehensive strategy for HIV prevention, an approach, which includes abstinence, being faithful and correct and consistent condom use. It is essential for people to understand that as a strategy, the ABC approaches should not be seen as separate, unrelated pieces but rather as a comprehensive whole. [...] It is also essential to note that C – the correct and consistent use of condoms – is not an excuse to forego abstinence or being faithful. (Chakwe 2007)

Hauptzielgruppe der ABC-Kampagnen sind junge Menschen mit einem HIV-Negativstatus (vgl. Kiai 2000: 41). Erst in einem weiteren Schritt sollen bereits HIV-Positive sensibilisiert werden, das Virus nicht weiter zu verbreiten. Eine positive Beeinflussung kann aber erst stattfinden, wenn den Menschen bewusst ist, wie sie sich vor dem Virus schützen können. Kritische Stimmen wie von Deborah Lupton, Professorin für Soziologie und Kulturwissenschaften an der Charles-Stuart-Universität in Bathurst, Australien, argumentieren, dass sich mit den derzeitigen Inhalten des ABC-Programms das Verhalten der Menschen nicht wirklich ändert. Individuelles Verhalten zu ändern, ist äußerst schwierig. Lupton findet einen Ansatz sinnvoller, der Gesundheitserziehungsprogramme hinsichtlich zwischenmenschlicher Kommunikation und auf dem Hintergrund der jeweiligen persönlichen Erfahrung sieht (vgl. Lupton 1994:1f).

Neben den Postern über die lebensrettenden Fähigkeiten der ABC-Programme konnte darüber hinaus nur ein Flyer gefunden werden, welcher den gemeinsamen ABC-Ansatz propagiert (Abb.114). Dieser Flyer lag bei diversen Hilfsorganisationen und HIV-Informationszentren

⁶¹ Das Thema Angstverbreitung als Mittel der Präventionsarbeit wurde bereits in Kapitel 3.2. ausführlich besprochen.

aus, im Kanyama Health Centre gab es ihn nicht. Die Abbildung 78 zeigt einen Auszug aus dem textlich sehr ausführlich gestalteten Flyer über das ABC-Programm. Die Frontseite klärt nicht über das Akronym auf, sondern nennt nur das Programm und fordert mit dem Slogan *The choice is yours!* das Individuum zum Handeln auf. Die grafische Gestaltung ist äußerst unauffällig: in einer Art Wellenbewegung sind die Schriftzüge eingebettet und farblich mit Weiß- und Blau-tönen unterlegt.⁶²

The transmission of HIV:

HIV, the virus that causes AIDS, is mainly transmitted through sex. The Zambia National AIDS Council (NAC) estimates that 90% of HIV transmission in Zambia is as a result of having sex with an infected person. Everyday approximately 200 Zambians are infected with HIV.

NAC estimates that by 2010, one million Zambians will have died of AIDS since it was first discovered in the country in the early 1980s.

There is no cure for HIV/AIDS. Every person needs to protect themselves from contracting HIV.

How can you prevent the spread of HIV?

You can prevent the spread of HIV by following the ABCs of HIV prevention:

A = Abstaining from sex

B = Being faithful to one faithful sexual partner

C = Correctly and consistently using a condom every time you have sex

You need to think about how these different methods are relevant to you and your life. You may choose only one method, or combine the methods to protect yourself and others from HIV infection.

ABSTINENCE

Abstinence from sex means NOT having sex with anyone. Abstinence can be for a long time or for a short period. You can decide to abstain at any time of your life, even if you have been sexually active in the past.

You may choose to abstain if:

- You are unmarried
- You are a couple and you do not know your HIV status
- You are married and you travel or work away from your partner
- You are a couple and either you or your partner, or both of you, have HIV

What are the benefits of abstinence?

- You avoid the risk of contracting HIV and other Sexually Transmitted Infections (STIs)
- You enjoy peace of mind
- You will not have any unplanned pregnancies
- You maintain your virginity
- You maintain your self-respect

If you abstain from sex, you will be able to:

- Keep yourself and your partner safe from HIV infection
- Complete your education without getting infected
- Be an example to the youth and your community
- Keep your virginity for marriage
- Honour your religious beliefs

“HIV is spread by having unprotected sex with an infected person. Protect yourself by abstaining from sex or remaining faithful to one faithful and uninfected partner.”

What are the challenges of abstinence?

- Pressure from your friends, some of whom may reject you for choosing not to have sex
- Learning to control your sex drive
- Pressure from your family or community to follow traditional practices that increase your risk of contracting HIV including:
 - early marriages
 - sexual cleansing

How can you practice abstinence?

- You need to make a firm commitment not to have sex until you are ready. Avoid temptations by not involving yourself in activities that compromise your stand, such as drinking alcohol or taking drugs.
- Seek support from friends and family members with similar views on abstinence.
- Learn to say no to sex and help to stop the spread of HIV.

BEING FAITHFUL

To be faithful is to have sex with only one partner who is also faithful to you. Encourage your partner to be tested for HIV. You can only tell if your partner is HIV free after he or she has been tested.

When traditional law tolerates polygamy, the partners involved should remain faithful to each other. This means that the husband should have sex only with his wives and his wives should have sex with only him.

What are the benefits of being faithful?

- It prevents HIV infection and other STIs
- It strengthens your relationship by building trust
- You can avoid having children outside marriage
- You can plan your future together

“We have committed ourselves to loving each other and remaining faithful. We have no worries of infecting each other or contracting the virus. We urge other couples to be faithful because they will have peace of mind and lead happy and fulfilling lives.”

What are the challenges of being faithful?

- Being faithful to an unfaithful partner
- Family/community pressure to have children
- Cultural practices such as sexual cleansing
- Faithfulness in polygamous marriage, particularly a lack of companionship
- Lack of sexual satisfaction in your relationship

Abb. 114 Flyer ‚ABC – HIV Prevention‘
Quelle: Zambia Ministry of Health et altri undatiert

Die Darstellung der einzelnen Aspekte des ABC-Programms ist äußerst komplex. Auf Englisch formuliert, sind die Seiten mit Text gefüllt, und nur wenige Abbildungen lockern das Layout auf. Autobiografische Anmerkungen und Zitate werden zwar integriert, aber nicht mit Gesichtern verbunden. Die Menschen hinter den Aussagen bleiben anonym. So sind nur Umriss von Menschen, „Schattengestalten“, sichtbar, welche keinen Kontakt zum Leser aufnehmen. Durch diese Darstellung wird meines Erachtens gerade das Gegenteil erreicht: Der Leser muss davon ausgehen, dass die Menschen hinter dieser Aussage unerkannt bleiben wollen, da sie Stigmatisierung fürchten und sich nicht öffentlich präsentiert sehen wollen. Eine solche Darstellung führt dazu, dass sich andere Menschen ebenfalls nicht trauen, offen über ihre Erkrankung zu sprechen und sich lieber entscheiden, ihren HIV-Status weiterhin zu verheimlichen.

Zum gesamten ABC-Konzept gab es im Vorort Kanyama keine Form der Medialisierung. Eine Visualisierung fand nur bei den jeweiligen Einzelaspekten statt. Die folgenden Abschnitte schlüsseln die Einzelaspekte auf und zeigen die Auswirkungen kirchlicher, entwicklungspolitischer und staatlicher Einflussnahme auf die Verwendung des ABC-Ansatzes in Kanyama.

⁶² Eine Interpretation dieser wellenartigen Darstellung in Bezug auf die Flutwellensymbolik ist vielleicht zu weit führend und äußerst spekulativ.

4.2.2.1 A = ABSTAIN / ABSTINENZ



Abb. 115 Talking wall ‚Abstain from SEX. Avoid pregnancies and HIV/AIDS‘ in Lusaka
Foto: Madeleine d’Ersu 2004

Abstinenzprogramme sollen junge Menschen ermutigen, sich bis zu ihrer Ehe auf keine sexuellen Aktivitäten einzulassen. Nach PEPFAR ist dies der beste und einzige Weg, sich vor Infektionskrankheiten wie HIV zu schützen. Für junge Menschen in der Pubertät ist dieser Weg äußerst konfliktreich und stellt sie vor emotionale Widersprüche. Einerseits erfahren sie den Druck seitens der Gruppe der Gleichaltrigen, sich durch sexuelle Aktion als „wahre Männer“ oder „attraktive Frauen“ zu beweisen. Viele folgen auch einfach ihrem biologischen Trieb, sexuelle Erfahrungen machen zu wollen. Andererseits soll der beste Schutz vor einer Ansteckung mit dem Virus die Abstinenz sein. Dieser Gedanke wird ihnen zumeist von Seiten der religiösen Gemeinschaft oder der Familie suggeriert. Angespornt werden sie von der Idee, auf diese Weise ihre schulische bzw. berufliche Karriere weiter fördern zu können. Das Programm soll aber auch Jugendliche ansprechen, die schon sexuell aktiv waren, sich aber aufgrund des hohen Ansteckungsrisikos für eine abstinente Lebensweise bis zur Ehe entschieden haben. Die bereits in Kapitel 2.2.2 vorgestellte HEART-Kampagne berücksichtigt das Thema Abstinenz für Jugendliche beider Geschlechter. Die folgenden Poster (Abb.116 und Abb.117) der HEART-Kampagne zeigen junge Mädchen, die für Abstinenz werben. Abbildung 118 hingegen zeigt ein Poster, welches Frauen ansprechen soll, die sich nach ihrer schulischen Grundausbildung für das College entschieden haben. Dieses Poster wurde mit der Unterstützung von USAID, der WHO und unter anderem der deutschen Regierung finanziert.

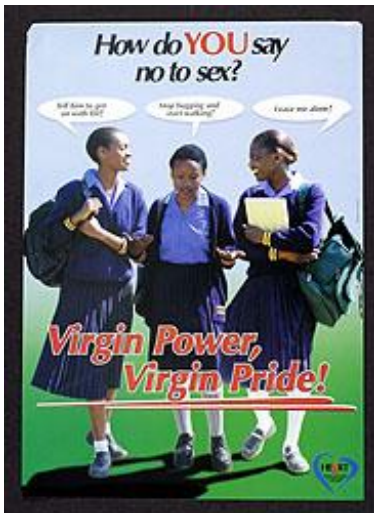


Abb. 116

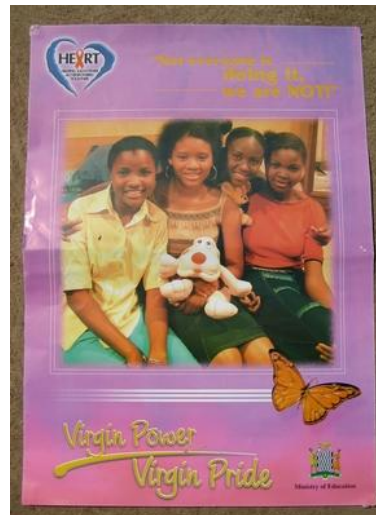


Abb. 117

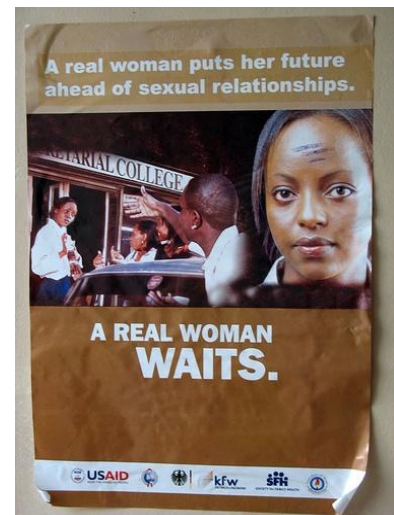


Abb. 118

Abb. 116 Poster zur Enthaltensamkeit der HEART-Kampagne, Quelle: HEART 2002

Abb. 117 Poster zur Enthaltensamkeit der HEART-Kampagne, Quelle: HEART 2000

Abb. 118 Poster zu Enthaltensamkeit, Quelle: USAID et altri undatiert

Fotos: Abb. 116 und Abb. 117 Annabelle Springer 2008, Abb. 118 Matt Corks 2006

Die Botschaften sind auf Mädchen und Jungen ausgelegt, und insbesondere die HEART-Kampagne hat versucht, möglichst beide Geschlechter gleichermaßen anzusprechen (siehe auch Abb. 34 und Abb. 35).⁶³ Dennoch dominieren die Darstellungen junger Frauen und Mädchen. Gerade in schulischen Einrichtungen finden sich diese Poster häufig. Die auf den Postern gezeigten jungen Leute werden als vorbildliche Schülerinnen und brave Mädchen dargestellt, die mit Kuscheltieren spielen. Die Poster (Abb. 116 und Abb. 117) richten sich mit ihrem deutlichen „NEIN“ zu Sex ausschließlich an die Zielgruppe junger Mädchen. Gerade bei den Postern, welche sich an die jungen Frauen richten, wird darauf geachtet, dass immer Gruppen und keine Individuen auftreten. Im Kollektiv „Nein“ zu sagen fällt vielen Mädchen leichter und stärkt ihre Position. Auch die junge Frau auf der Abb. 118 wirkt seriös und standhaft, denn sie lässt sich nicht durch ihre Freude von ihrem Ziel, dem Collegeabschluss, ablenken. Die Mädchen und Frauen auf den Postern senden folgende Signale aus: Wir haben eine Zukunftsperspektive, wir möchten etwas erreichen, wir sind nicht alleine.

Angela M. fühlt sich besonders von der Abb. 117 angesprochen. Ihr gefallen die Farben und der Schmetterling fällt ihr sofort ins Auge. Sie findet ihn sehr schön. Die Mädchen strahlen so viel Lebensfreude aus, die ihrer Meinung nach ansteckend ist. Der Slogan „Virgin Pride – Virgin Power“ ermutigt und fordert zur Nachahmung auf. Die Abbildung 118 spricht sie hingegen nicht besonders an. Die Farben sind ihr zu dunkel und auch würde man erst bei genauem Hinsehen begrei-

⁶³ Für eine ausführliche Evaluation der HEART-Kampagne siehe Underwood, Hachonda, Serlemitsos & Bharath 2001.

fen, warum es ginge. Sie fragt sich auch, für wen dieses Plakat gemacht worden sei. Sie kenne keinen in Kanyama, der seine Töchter auf das College schicken könnte.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre am 27. Mai 2010)

Abstinenz bis zur Ehe ist aber kein hundertprozentiger Schutz vor einer HIV-Infektion, denn die Ehe an sich bietet nicht unbedingt diese Sicherheit. Auch ist es möglich, dass man eine Partnerin oder einen Partner heiratet, der bereits mit dem Virus infiziert ist. Die Unkenntnis des HIV-Status der jeweiligen Partner erhöht das eigene Infektionsrisiko. Insbesondere für Frauen ist Abstinenz nicht immer eine realistische Alternative. Sexuelle Gewalt und Armut, welche Frauen dazu zwingt, ihren Körper für Geld und/oder Nahrungsmittel zu verkaufen, tragen wesentlich zu einem höheren Infektionsrisiko bei. Abbildung 119 wirbt für eine Kombination von A und C und fordert auf, entweder ein abstinentes Leben zu führen oder, wenn dies nicht möglich sei, sich beim Geschlechtsverkehr zu schützen.



Abb. 119 Plakat ‚HIV/AIDS is avoidable & preventable‘ in der Nähe von Siavonga

Quelle: Central Board of Health undatiert

Foto: Annabelle Springer 2008

Auf diese Weise gibt es eine Alternative zum abstinenten Verhalten, welche aber auch nur äußerst eingeschränkt von Frauen in der sambischen Gesellschaft angewandt werden kann. Viele Frauen haben keine Möglichkeit, Kondomgebrauch bei ihren Ehemännern oder Freunden einzufordern. Zumeist geht eine solche Aufforderung mit der Anschuldigung der Promiskuität und Untreue von Seiten des Partners einher. Die Botschaft des Plakats ist deutlich, jedoch bleibt zunächst unklar, an welche Zielgruppe sich diese Aufforderung richtet. Auf dem Plakat ist eine junge Frau abgebildet, welche die Hände vor ihrem Körper schützend verkreuzt und den Betrachter des Plakats eindringlich, sogar ein wenig elegisch, anblickt. Die Zielgruppe dieses Plakats sollen vermutlich andere Frauen seien, denen neben der Abstinenz noch die C-Alternative

angeboten wird – eine Botschaft von Frauen für Frauen. Frauen sollen hier die Möglichkeit bekommen, sich selbst zu helfen und sich auf diese Weise vor dem Virus zu schützen. Es zeigt einen sinnvollen Schritt in der Präventionsarbeit, Frauen nicht zu hilflosen passiven Opfern in der HIV-Epidemie zu machen, sondern ihnen Macht über die eigene Gestaltung ihres Lebens zuzusprechen. Der Appell *Abstain or practice safe sex* lädt zur Nachahmung ein.

Naomi Z., seit einem Jahr Patientin im Centre, sieht sich dieses Plakat länger an. Sie findet die Frau strahlt sehr viel Mitgefühl aus. Die Botschaft des Plakats allerdings kann sie nicht nachvollziehen. Sie hat schon sehr jung, mit 16, geheiratet und ist mit ihrem Mann in die Stadt gezogen. Natürlich war es wichtig für sie finanziell versorgt zu sein. Auch, dass sie Kinder haben wollte, gehört zu ihrem Lebenskonzept dazu. Abstinentes Leben und Kondomgebrauch hätten das verhindert. Sie fragt sich, wer sich heute leisten könnte, abstinenter zu leben.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre am 26. Mai 2010)

Die Botschaft der Enthaltensamkeit ist in vielen Broschüren und auf den meisten Postern, Plakaten oder Mauern an vielen Orten Sambias zu finden. Auch in Lusaka gibt es eine Fülle von Material, welches sich mit dem Thema auseinandersetzt. Die Aufklärungslogos finden sich zumeist an Schulen (hier an der Chibelo Basic School in Lusaka) und richten sich an die Zielgruppe der Jugendlichen (Abb. 120 und Abb. 121).

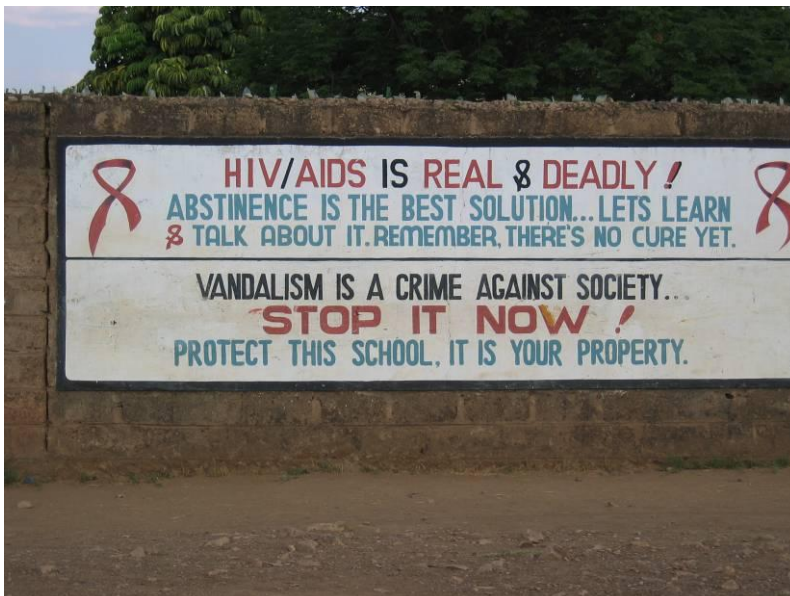


Abb. 120 Talking wall
,HIV/AIDS is Real & Deadly'
an der Chibelo Basic School,
Lusaka
Foto: Annabelle Springer 2007



Abb. 121 Talking wall ‚Achieve your dreams‘ an der Chibelo Basic School, Lusaka
Foto: Annabelle Springer 2007

Im Gegensatz zu den reicheren Vororten in Lusaka gibt es in Kanyama keine großen Projektionsflächen für Poster, welche sich mit dem Thema HIV/AIDS beschäftigen. Die dominierenden Informationsschilder klären über den Einkauf von Telefonkarten, über Bars oder Friseurläden auf. Das Thema Abstinenz an öffentlichen Gebäuden wird in diesem Fall nur an der Mauer der lokalen Verwaltung gegenüber dem Kanyama Health Centre artikuliert. Die hellblaue Farbe, die für die Anbringung der Botschaft verwendet wurde, ist auf dem grauen Hintergrund auf den ersten Blick kaum lesbar.



Abb. 122 Talking wall in Kanyama
Foto: Annabelle Springer 2008

„Do you want to live to see your dreams fulfilled? Wait for Sex – Don't risk HIV/AIDS“

Jer.29v11

“I know the plans I have for you, declares the lord. Plans to prosper you and not to harm you. Plans to give you a future and a hope.”



Abb. 123 Talking wall in Kanyama
Foto: Annabelle Springer 2008

„Safe Sex = Be a virgin“
“Marry a virgin”

Heb.12v2a, Ps119v9
“Let us fix our eyes on Jesus”

Die *talking wall* sendet eine eindeutige Botschaft an junge Menschen, enthaltsam bis zur Ehe zu leben und auf diese Weise eine Zukunftsperspektive zu haben. Auch wenn diese Botschaft visuell eher unscheinbar scheint, ist das Thema Abstinenz in Kanyama sehr präsent. Auf die Frage, was der beste Schutz vor einer HIV-Infektion sei, antworteten über 60 Prozent der interviewten Patientinnen „Abstinenz“. Bei den männlichen Patienten waren es hingegen nur 30 Prozent. Diese Zahlen bestätigen die bereits 2005 im *Zambia Sexual Behavior Survey* von der sambischen Regierung erhobenen Daten, welche der Abstinenz das höchste öffentliche Bewusstsein zusprechen.

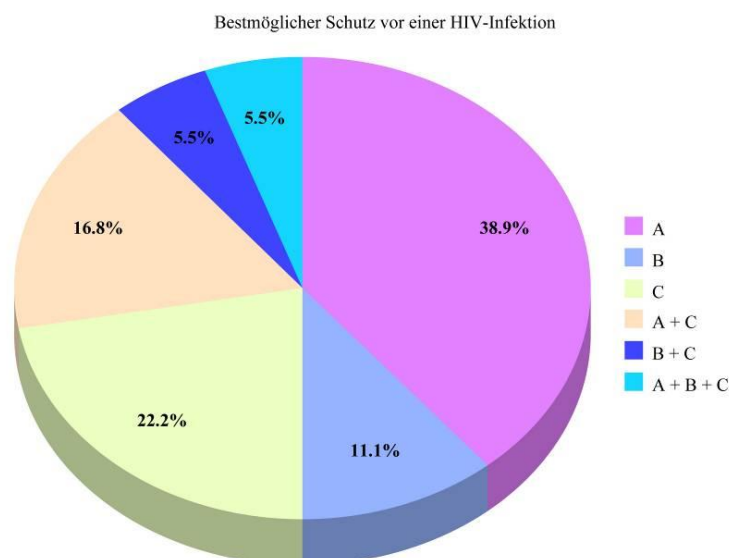


Abb. 124 Diagramm Bestmöglicher Schutz vor einer HIV-Infektion aus Sicht der Informantinnen
A = Abstain, B= Be Faithful, C= Condomize
Quelle: Annabelle Springer 2009

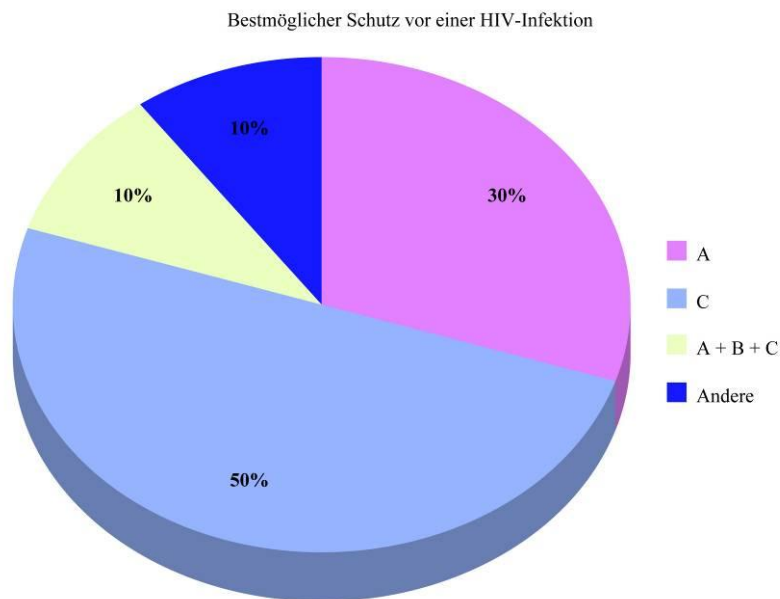


Abb. 125 Diagramm Bestmöglicher Schutz vor einer HIV-Infektion aus Sicht der Informanten

A = Abstain, B= Be Faithful, C= Condomize

Quelle: Annabelle Springer 2009

Knapp 17 Prozent der weiblichen Befragten gaben an, dass die Verwendung von Kondomen eine Alternative sei, wenn der Abstinenz-Ansatz scheitere. Diese Variante gab es bei den Männern überhaupt nicht. Bei den Männern gab es überhaupt keine Kombination von verschiedenen Teilaspekten, entweder sah man den besten Schutz im Gebrauch von Kondomen (bei 50 Prozent) oder in der Abstinenz (30 Prozent). Auffällig aber war, dass einige Patienten keine Antwort aus dem ABC-Programm-Bereich gaben. Einige sahen in der Furcht vor Gott den bestmöglichen Schutz vor einer Ansteckung oder aber auch generell in einer Verhaltensänderung in ihren kulturellen und sexuellen Aktivitäten.

Die Medienwahrnehmung zum Thema Abstinenz fiel bei den weiblichen und männlichen Patienten in Kanyama sehr unterschiedlich aus. 39 Prozent der Frauen nahmen in ihrem täglichen Umfeld Medien zum Thema *Abstain* wahr. Bei 70 Prozent von ihnen wurde das Thema über das Medium der *talking walls* vermittelt. Bei den restlichen 30 Prozent befanden sich die Botschaften zur Abstinenz auf Postern, welche auf Märkten, in Schulen oder in Gesundheitseinrichtungen angebracht waren. Bei den männlichen Patienten hatten nur knapp 20 Prozent überhaupt das Thema wahrgenommen, keiner hatte jedoch *talking walls* gesehen. Grundsätzlich muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass die männlichen Patienten überhaupt keine *talking wall*-Botschaften zu HIV/AIDS wahrgenommen haben. Es hat den Anschein, als ob dieses Medium eher von Frauen wahrgenommen wird als von Männern. Dennoch war die Reflektion über den Inhalt der Botschaften von Seiten der männlichen Patienten deutlicher: Die Botschaft *Abstain* bezog sich auf die Zielgruppe der jungen Menschen, die noch nicht sexuell aktiv waren. Die Patientinnen waren alle der Meinung, diese Botschaft würde für alle gelten – unabhängig vom Alter. Deutlich wurde auch, dass die Männer diese Botschaften nicht auf sich bezo-

gen und unabhängig von dem Abstinenzaufruf regelmäßig Sex hatten. Von den Frauen hingegen, die Abstinenz als den besten Schutz vor einer HIV-Infektion sahen, hatten 45 Prozent nur sehr unregelmäßig sexuellen Verkehr (im Schnitt einmal alle 1-2 Monate) bis gar keinen sexuellen Kontakt mehr. Sie hatten das Konzept der Abstinenz für sich verinnerlicht, obwohl es bei dieser Kampagne primär um die Abstinenz bei nicht-infizierten Jugendlichen geht.

Mary M. ist 44 Jahre alt und zum zweiten Mal verwitwet. Ihr zweiter Ehemann Rodwell M. ist vor fünf Jahren verstorben. Ihre Kinder sind alle aus ihrer ersten Ehe. Sie gehört zur ethnischen Gruppe der Lunda und ist vor drei Jahren aus dem Copperbelt nach Lusaka gekommen. So lange sie denken kann, lebte sie mit einem Mann zusammen, doch seit dem Tod ihres zweiten Ehemannes ist sie alleine. Seit zwei Jahren weiß sie von ihrer Infektion und bekommt Medikamente. Seitdem hat sie auch keinerlei sexuelle Kontakte mehr. Sie möchte auch keine mehr. Ihre Sorge liegt nicht so sehr darin, einen neuen Partner zu finden – ihre Angst beruht vielmehr darauf, nicht mehr zu den „Sündern“ gehören zu wollen. Seit zwei Jahren ist sie Gemeindemitglied bei den Zeugen Jehovas,⁶⁴ spricht aber in der Gemeinde nicht über ihre Infektion. Auch ihrem Priester hat sie sich nicht anvertraut. Sie will einfach wie alle anderen Gemeindemitglieder ein vorbildliches Leben führen.

(Gedächtnisprotokoll Interviews im Kanyama Health Centre, 15. und 29. Mai 2008)

Die Patientin Mary M. gehört zu der bereits erwähnten Gruppe, die das Abstinenz-Programm für ihr eigenes Leben übernommen hat, obwohl sie nicht zur Zielgruppe gehört. Sie war bereits verheiratet und weiß darüber hinaus auch über ihren positiven HIV-Status Bescheid. Ungefähr zur selben Zeit, in der sie von ihrem Status erfuhr, trat sie einer neuen religiösen Gemeinschaft bei.⁶⁵ In dieser Gemeinschaft kannte sie niemand und niemand wusste über ihre Vorgeschichte oder ihren positiven Status Bescheid. Bis heute hat sie sich niemandem anvertraut. In den Gottesdiensten und Gesprächen erfährt sie mehr von der Errettung der Sünder und möchte Teil dieser Errettung werden. Sie ist zwar bereits infiziert, gibt jedoch die Hoffnung nicht auf. Für sie wird die Abstinenz zu einem wichtigen Faktor in ihrem Leben. Ihrer Meinung nach kann sie durch das Praktizieren von Enthaltbarkeit noch errettet werden.

Andere Patientinnen, die sich ebenfalls der Abstinenz verschrieben haben, sind nicht so sehr wie Mary M. von der moralischen Ausrichtung des Abstinenzgedankens beeinflusst. Einige von ihnen sind gesundheitlich nicht in bester Verfassung und leiden unter Mangelerscheinungen oder Nebenwirkungen der ART-Therapie. Auch der psychische Druck, der alltäglich auf die HIV-positiven Patientinnen und Patienten ausgeübt wird, darf nicht unterschätzt werden. Unter diesem Druck versteht man nicht nur die von außen einwirkenden Faktoren wie Stigmatisierung

⁶⁴ Die Zeugen Jehovas betreiben weltweit Missionsarbeit. In Sambia geht man derzeit von circa 300.000 Mitgliedern aus. Die Zeugen Jehovas stützen sich in ihrem Glauben sehr intensiv auf biblische Inhalte. Im Gegensatz zu anderen christlichen Gemeinden glauben die Zeugen Jehovas, dass die Seele des Menschen sterblich ist. Eine Seele, die sündigt, kann sterben (www.jw-media.org).

⁶⁵ Die Begründung, warum die Patientin Mary M. zu den Zeugen Jehovas gegangen ist, bleibt spekulativ.

oder Knappheit an Ressourcen, sondern insbesondere die endogenen Faktoren. Neben der Angst, in naher Zukunft sterben zu müssen, ist für viele quälend und entkräftend, sich ständig verstellen und ihre Krankheit geheim halten zu müssen. Sie verspüren häufig gar keine Lust, sexuell aktiv zu sein oder zu werden.

Insgesamt sind Materialien zum Thema Abstinenz in Kanyama äußerst präsent und werden auch wahrgenommen. Auch wenn die Interpretationen der Medienbotschaften ein wenig divergieren und geschlechtsspezifische Schwerpunkte unterschiedlich gelagert sind, wird deutlich, dass sich insbesondere Frauen von der Enthaltensamkeitsbotschaft angesprochen fühlen. An dieser Stelle ist besonders erwähnenswert, dass sich in Kanyama auch verwitwete Frauen mit HIV-positiven Status von diesen Botschaften angesprochen fühlten und ihre Lebensweisen auf Enthaltensamkeit ausrichteten.

4.2.2.2 B = BE FAITHFUL / TREUE

Der Aspekt der Treue ist ein wichtiges Element in der HIV/AIDS-Präventionsarbeit. Er tritt als ein gleichwertiger Punkt zur Abstinenz und Kondomverwendung im ABC-Programm auf, jedoch ist er in seiner medialen Präsentation nicht so ausgeprägt wie die anderen beiden Aspekte. Nur wenige HIV-Präventionsprogramme nehmen den Treuefaktor als prominenten Unterpunkt in ihre Programme auf. Die Bedeutung dieses Aspektes sollte aber nicht verkannt werden. Gerade das Beispiel aus der Präventionsarbeit in Uganda zeigt, wie bedeutsam Treue und die Reduzierung der Anzahl von Sexualpartnern bei der AIDS-Bekämpfung sein kann.⁶⁶ Bei der Vermittlung von Treueprogrammen ist es wichtig, geeignete Vorbilder zu finden, welche über ihre Erfahrungen sprechen und erklären, weshalb sie sich für dieses Modell entschieden haben. Der Appell der Treue richtet sich vor allem an unverheiratete, aber sexuell aktive Jugendliche und an verheiratete bzw. zusammen lebende Paare. Gerade bei Jugendlichen ist dieses Modell nur schwierig zu vermitteln, denn viele Beziehungen sind nicht von langer Dauer. Die Instabilität der Beziehungen stellt ein erhöhtes Infektionsrisiko für die Jugendlichen dar. Und genau deshalb ist Propaganda für Treueprogramme mit dem Ziel, Partner zu reduzieren und eine Verlängerung der jeweiligen Beziehungen zu erreichen, grundsätzlich sinnvoll, dennoch utopisch. So sind gerade die Wünsche und sexuellen Belange von Jugendlichen in der Pubertät nicht auf Stabilität ausgerichtet. Die Jugendlichen möchten sexuelle Erfahrungen machen. Aus diesem Grund sollten sie nicht nur ihrer Partnerin oder ihrem Partner treu sein und auf die Treue des jeweils anderen vertrauen, sondern darüber hinaus auch Kondome verwenden. Auf diese Weise können sie sich vor ungewollten Schwangerschaften und sexuell übertragbaren Krankheiten schüt-

⁶⁶ Obwohl Kondome erst relativ spät in Uganda als Präventionsmittel beworben wurden und erst seit Mitte der 1990er Jahre populär wurden, sanken bereits vor dieser Einführung die Neuinfektionszahlen. Grund für diesen Erfolg war eine Änderung im Sexualverhalten. Ausführliche Umfragen kamen zu dem Ergebnis, dass ein große Anzahl der Menschen weniger unreguläre Beziehungen führte und monogame Beziehungen bevorzugte. Natürlich hat auch die Einführung von Kondomen die Zahlen der Neuinfektionen erheblich senken können. Dennoch ist dies ein Indikator für die Notwendigkeit und Funktionalität des Treue-Ansatzes (Heast & Chen 2003, McKee 2004).

zen. Treue allein ist kein hundertprozentiger Schutz. Denn wenn nur ein Partner treu ist, kann sich der andere wissentlich oder unwissentlich bei einem weiteren Partner mit dem Virus infiziert haben und ihn dann an seinen festen Partner weitergeben.

An diesem Punkt stößt man schnell auf die Dichotomie von Liebe und Sexualität. Häufig werden diese beiden Aspekte fälschlicherweise als Synonyme verwendet oder in ihrer Bedeutung missverstanden.



Abb. 126 Ausschnitt aus einem Artikel der Zeitschrift *Trendsetter* zum Thema Liebe und HIV
Quelle: *Trendsetter* 2007

Abbildung 126 stammt aus dem *Trendsetter* (Ausgabe September 2007), einem sambischen Magazin, welches von jungen Leuten für junge Leute gestaltet wird. Der Artikel *Face to Face with HIV – The Risks of Falling in Love* hinterfragt eindringlich, inwieweit jungen Menschen bewusst ist, dass sie vielleicht nicht nur die erste große Liebe finden, sondern sich auch bei ihrem Liebespartner mit HIV anstecken könnten. Die weiblichen und männlichen Befragten in diesem Artikel waren sich nicht über die Risiken im Klaren. In dem Moment des sich Verliebense stehen ihre Gefühle im Vordergrund. Über die Risiken des sich Verliebense in Bezug auf sexuell übertragbare Krankheiten haben sie sich keine großen Gedanken gemacht. Ihre Sorgen gingen eher in die Richtung, sie könnten verlassen werden, ihr Partner oder ihre Partnerin könnte fremdgehen oder sie bzw. die Partnerin könnte ungewollt schwanger werden. Der Artikel spricht auf unkomplizierte Weise das Thema Liebe und Sexualität an und trägt auf diese Weise deutlich zu einem besonnenen Umgang in Liebesbeziehungen bei. Leider hat das Magazin *Trendsetter* nur eine sehr kleine Auflage und ist aus finanziellen Gründen auch nur für eine kleine Schicht in Sambia überhaupt erhältlich. In Kanyama habe ich das Magazin nie gesehen. Zudem ist es vollständig auf Englisch geschrieben und schon allein aus diesem Grund nicht primär für Jugendliche in Kanyama vorgesehen.

Obwohl es Medien in den Präventionskampagnen ausschließlich zum Thema Treue gibt, waren diese in Kanyama nicht zu finden – weder im Health Centre noch auf den Straßen oder

Märkten. Nur in den Räumlichkeiten einiger Hilfsorganisationen und Informationszentren gab es einige Poster, die sich mit dem Thema Treue auseinandersetzten, aber eher auf eine konträre Weise. Anstatt Treue zu propagieren, nutzen sie den Treueaspekt, um deutlich zu machen, dass dieser in einer Beziehung nicht ausreicht, sondern unbedingt mit einer Kondomnutzung einhergehen muss. Die unten abgebildeten Poster (Abb. 127, Abb. 128 und Abb. 129) haben ihren Ursprung in der HEART-Kampagne und richten ihre Botschaften an beide Geschlechter.

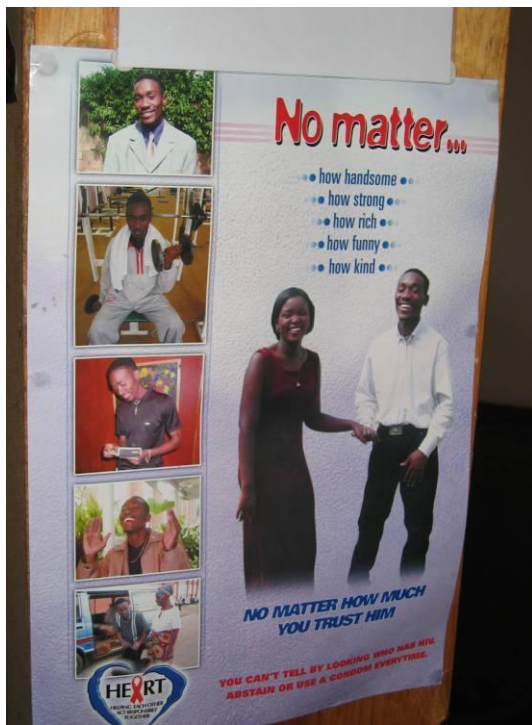


Abb. 127 Poster ‚No matter...‘
Quelle: HEART/ Youth Media 2002
Foto: Annabelle Springer 2007

No matter...

- how handsome
- how strong
- how rich
- how funny
- how kind

No matter how much you trust him.

You can't tell by looking who has HIV.
Abstain or use a condom everytime.

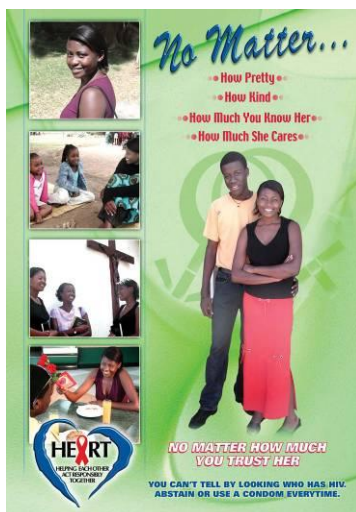


Abb. 128



Abb. 129

Abb. 128 Poster ‚No matter...‘
Quelle: HEART/ Youth Media 2002

No matter...

- how pretty
- how kind
- how much you know her
- how much she cares

Abb. 129 Poster ‚Tell your friends that trust alone is not enough‘
Quelle: HEART/ Youth Media 2002

Bei den Befragungen im Kanyama Health Centre spielte für die Interviewten der Treueaspekt eine eher untergeordnete Rolle: Nur etwa 10 Prozent der befragten HIV-Patientinnen nannten Vertrauen als den besten Schutz vor einer HIV-Infektion. Bei den Männern erwähnte

es keiner. Diese Zahlen stimmen mit der generellen Auffassung überein, dass der B-Teil der ABC Botschaft eine eindeutig weniger populäre Funktion hat als der A-Teil (Abstinenz) und der C-Teil (Kondome).

Concilia S. ist Ende Dreißig und verwitwet. Sie erzählt im Interview, dass sie ihrem Mann immer treu gewesen sei und geglaubt habe, sie sei auch die Einzige in seinem Leben. Über ihn habe sie sich mit dem Virus angesteckt. Nach seinem Tod habe sie erfahren, dass er Beziehungen zu einigen viel jüngeren Frauen gehabt habe, denen er teure Geschenke gemacht hätte. Sie ist sehr enttäuscht darüber, dass er nicht mehr Verantwortung ihr gegenüber gezeigt hat. Ihrer Meinung nach stimmt der Slogan „trust alone is not enough“. Vertrauen alleine schütze nicht vor HIV.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre am 12. Juni 2008).

Auch spielt die Treue offensichtlich nicht die dominante Rolle in den jeweiligen Beziehungen der Paare. Über 60 Prozent der männlichen Patienten gaben an, nicht ausschließlich nur mit ihren Ehefrauen bzw. Partnerinnen geschlafen, sondern zur gleichen Zeit auch andere sexuelle Beziehungen gepflegt zu haben. Bei den Frauen hingegen waren es nur 40 Prozent. Die Gründe, warum nicht immer monogam gelebt wird, unterscheiden sich nicht von denen des Fremdgehens in westlichen Kulturen. Die Unterscheidung liegt nicht im Verhalten, sondern in den Grundvoraussetzungen für eine Beziehung. Die in den westlichen Kulturen praktizierte Liebesheirat ist ein Luxus, den sich viele Menschen in Sambia nicht leisten können. Nur in einer Ehe finden Frauen die für das Leben notwendige Versorgung. Alle Befragten gaben an, dass für sie das Zusammenleben mit einem Mann eine essentielle Notwendigkeit sei.⁶⁷ Der Hauptgrund (67 Prozent) dafür lag in der (finanziellen) Unterstützung, die sie von ihren Männern erhalten. Bei den männlichen Patienten dominierte die eher emotionale Begründung, dass man gemeinsam Verantwortung trage und miteinander Probleme teile (60 Prozent), gefolgt von der Begründung, durch ein gemeinschaftliches Leben würde man Untreue verhindern (30 Prozent).

Die Ehe wiederum ist auch kein sicherer Schutz vor dem Virus. Die Anzahl der außerehelichen Beziehungen ist hoch und Verhütung in der Ehe nicht vorgesehen. Die Frauen sind entweder nicht in der Lage den Gebrauch von Kondomen mit ihrem Partner zu thematisieren oder vertrauen auch ihren Partnern bedingungslos und möchten sich ihre Kinderwünsche erfüllen. Eine Verhütungsstrategie ist aus diesem Grund zumeist nicht gewünscht.

Ruth N. ist 43 Jahre alt und seit 8 Jahren verwitwet. Ihre beiden Kinder sind 17 und 20 Jahre alt. Sie gehört zu der ethnischen Gruppe der Kunda und ist in Lusaka aufgewachsen. Sie nimmt in Kanyama am ART-Programm teil. Seit dem Tod ihres Mannes hat sie keinerlei sexuelle Kontakte mehr. Sie und ihr Mann hatten nach der Geburt des zweiten Sohnes angefangen zu verhüten. Sie hat die Anti-Baby-Pille genommen. Kondome haben sie nie gebraucht. Sie hat nie an

⁶⁷ Auf das Phänomen der „Teilzeitprostitution“, d.h. voreheliche bzw. außereheliche sexuelle Beziehungen, die der finanziellen und materiellen Versorgung dienen, wird in Kapitel 4.3. ausführlich eingegangen.

HIV/AIDS gedacht. Sie war ja verheiratet und ihrem Partner treu. Sie fühlte sich durch ihre Ehe geschützt.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 14. Mai 2008)

Insgesamt gesehen, ist die Werbung für „Treue“ immer nur in der Kombination mit A oder C sinnvoll. Für Jugendliche, die ihre Sexualität entdecken und Erfahrungen machen wollen, ist dieses Modell kaum umsetzbar.

4.2.2.3 C = CONDOMIZE/ KONDOME



Abb. 130 Packung mit Frauen- und Männercondomen der Marken Maximum und Care
Foto: Annabelle Springer 2007

In den ersten Präventionskampagnen Anfang der 1990er Jahre wurden Kondome als die effektivste Maßnahme bei der Verhinderung einer Übertragung des HI-Virus gesehen. Die meisten Kampagnen fokussierten auf die Verwendung von Kondomen und schenken Abstinenz- und Treueprogrammen nur wenig Aufmerksamkeit. Internationale soziale Marketing-Unternehmen arbeiteten mit Familienplanungsprogrammen zusammen und verbreiteten das soziale Marketing von Kondomen über den gesamten Raum südlich der Sahara (vgl. McKee 2004: 88). Diese Organisationen informieren bis heute mit Hilfe von massenmedialen Kampagnen über die Risiken einer Ansteckung mit dem Virus und die Rolle des Kondoms bei der Prävention und bieten das Produkt Kondom zu subventionierten Preisen an. In all den Ländern, in denen diese Form von sozialem Marketing stattfand, stieg die Zahl der Kondomverkäufe stark an und wurde in der Öffentlichkeit für alle sichtbar: auch in Sambia. Problematisch an dieser Idee ist, dass die Menschen mit dem höchsten Risiko sich Kondome oft selbst dann nicht leisten können, wenn diese subventioniert sind. Darüber hinaus bezweifeln viele Wissenschaftler und Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitswesens den Erfolg einer breiten Distribution von subventionierten Kondomo-

men. Ihrer Meinung nach sind die Menschen präventives Verhalten nicht gewohnt und werden ihre Lebensgewohnheiten auch nicht ändern.

Wissen über Risiken ändert nicht allein das Verhalten. Beispiele dafür finden sich beim Gebrauch von Genussmitteln, beim Verhalten im Straßenverkehr, in Konsum- und Ernährungsfragen – oder eben im Sexualleben. (Schlickum 2004: 24)

In Sambia wird seit 1992 die Marke Maximum vom Population Services International (PSI) über die *Society for Family Health* (SFH) vermarktet. Im Jahre 2004 rückte das Thema Kondome erneut in den Vordergrund der SFH-Kampagnen zum Thema HIV/AIDS. Die SFH vermarktet neben Kondomen für Männer als einziger Anbieter in Sambia auch Kondome für Frauen. Die beherrschende Stellung von Maximum Kondomen auf dem sambischen Markt wird in Abbildung 130 deutlich, in der von Sambia sogar als *Maximum Country* gesprochen wird. Nach offiziellen Angaben des *National AIDS Councils* bekam Sambia im Jahre 2006 33 Millionen Kondome gespendet, notwendig wären aber 54 Millionen Kondome, um ungeschützten Sex im gewünschten Maße einzuschränken. Nach Aussage der SFH glaubten 2007 noch 44 Prozent der Sambier an Verschwörungstheorien und nahmen an, dass Kondome das HI-Virus in sich tragen würden. Um diese falschen Vorstellungen zu unterbinden, hat die SFH eine neue Medienkampagne angeregt (NAC 2007b).



Abb. 131 Schild in der Nähe von Mchinji am Grenzübergang Sambia – Malawi
Quelle: AVERT/ Rob Noble undatiert

Die Rolle von Kondomen in dieser hauptsächlich christlichen Nation ist aber immer wieder hinterfragt worden. Die Aufgabe der Massenmedien besteht darin, einen sensiblen Umgang

mit der Thematik zu finden. Häufig wurden aber sambische Medienproduzenten kritisiert, mit ihren Kampagnen frühen Sex und Sex außerhalb der Ehe zu propagieren. Diese Kritik wurde nicht nur von den religiösen Gemeinschaften geäußert, sondern auch von politischer Seite. Gerade von Seiten der Regierung stoßen viele Kampagnen, welche Kondome bewerben, auf Widerstand mit schwerwiegenden Konsequenzen für die jeweiligen Kampagnen.⁶⁸ So wurden beispielsweise Kondomwerbespots im sambischen Nationalfernsehen untersagt und Aktionen wie die Kampagnen von HEART über ein ganzes Jahr behindert. Darüber hinaus unterlagen die TV-Spots einer weiteren Zensur: Spots, welche die Verwendung von Kondomen bei jungen Männern bewarben, wurden eher toleriert als Spots, welche junge Frauen zeigten, die Kondome bei sich trugen. Die meisten religiösen Gemeinschaften in Sambia und insbesondere die römisch-katholische Kirche sprachen sich grundsätzlich gegen eine Verwendung von Kondomen aus. Im Jahre 2003 einigten sich die führenden Kirchen jedoch auf eine Verwendung von Kondomen in Ausnahmefällen. Die Verwendung ist in ehelichen Verbindungen erlaubt, in denen ein Partner HIV-positiv ist und der andere auf diese Weise vor einer Infizierung geschützt werden kann. In allen anderen Fällen wird die Verwendung von Kondomen kategorisch abgelehnt.⁶⁹

For many people, condoms have become associated with sexual activity outside of marriage, and in many countries religious groups have discouraged or condemned their use, not only for HIV protection but, in the case of the Catholic Church, for family planning purposes. In fact, condom use even remains relatively low in discordant couples (when only one partner in marriage or a steady relationship is HIV-positive) due to factors such as the desire for intimacy, gender inequity, and desire to have children in spite of HIV. (Hearst & Chen 2003)

Nur in Verbindung mit dem Thema Abstinenz nimmt die Kondomwerbung eine populäre Rolle in der sambischen Öffentlichkeit ein. In Fernsehspots, in der Radiowerbung, auf den Straßen, Märkten, in Bars und in öffentlichen Einrichtungen wie Krankenhäusern und Schulen wird die Botschaft A + C mittels Poster, Wandmalereien oder Flyern beworben und sichtbar. Die Kampagnen, die sich ausschließlich dem Thema Kondomverwendung als Primärschutz vor einer Infektion mit HIV widmeten, waren in Lusaka nur sehr marginal vorhanden. Der Schwerpunkt der Distribution von Maximum-Kondomwerbung lag deutlich bei den Gesundheitseinrichtungen, Nichtregierungsorganisationen und HIV-Informationszentren, in denen Kondome darüber hinaus auch kostenlos verteilt werden. In Kanyama gab es keine *talking walls*, keine Großplakate oder Posterwände, die sich des Themas angenommen hätten. Nur vereinzelt traf man

⁶⁸ Präsident Frederick Chiluba, der zweite Präsident Sambias von 1991 bis 2002, kritisierte noch während seiner Regierungszeit die Verwendung von Kondomen folgendermaßen: „I don't believe in condoms myself because it is a sign of weak morals on the part of the user“ (The Post 2001). Seiner Meinung nach ist Abstinenz die einzige Antwort auf die HIV-Epidemie. Nach wie vor äußert sich Chiluba negativ über Kondome und löst damit immer wieder öffentliche Kontroversen über dieses Mittel in der Gesundheitsaufklärung aus.

⁶⁹ Der Einfluss der religiösen Gemeinschaften Sambia auf die Vermarktung und Verwendung von Kondomen wird im Kapitel 4.2.3 noch ausführlicher behandelt.

in Bars auf Werbeplakate für *Maximum Condoms*, welche darauf aufmerksam machten, dass diese Kondome in der Bar käuflich erhältlich seien. Aber nicht in allen Bars, in denen Kondomwerbung hing, mussten Kondome gekauft werden. In einigen wurden sie auch auf Nachfrage kostenlos vom Barbesitzer ausgehändigt. Informationen über ihre Verwendung waren nirgends erhältlich. Diese Abwesenheit einer adäquaten Kondombewerbung wird in der Februarausgabe 2007 von *Living Positively*, dem Newsletter des *National AIDS Council*, deutlich bemängelt. Seit ungefähr drei Jahren gäbe es keine positive, Verhaltensänderungen bewirkende Kondomwerbekampagne mehr, obwohl Sambia mittels der ABC-Strategien versuche, die Verbreitung von HIV unter Kontrolle zu bekommen. Dieser Mangel an Werbung habe dazu geführt, dass noch weniger Kondome verwendet würden (NAC 2007b). Aus diesem Grund stammen alle im Folgenden dargestellten Kondomwerbungen aus dem Jahr 2004 und repräsentieren zum Großteil die bereits erwähnte HEART-Großkampagne.

Zielgruppe dieser Kampagnen waren primär alle sexuell aktiven Heterosexuellen in Sambia. Einige Poster sprechen insbesondere ein männliches Publikum an, andere eher das weibliche. Darüber hinaus gibt es vereinzelte Aktionen mit Fokus auf Ehepartner, die Risikogruppe der Prostituierten oder aber auch auf die Gruppe der HIV-Positiven, die sexuell noch aktiv sind. Die Abbildungen 132 und 133 zeigen das eindeutig an Männer gerichtete HEART-Programm mit unterschiedlicher Herangehensweise an das Thema Kondome. Die dabei verwendeten Bilder sind auf beiden Abbildungen gleich. Sie zeigen eine Gesprächssituation zwischen zwei Männern. Aus dieser Situation geht hervor, dass der eine Mann, der sein Auto repariert, Sex ohne Kondom praktiziert hat. Der andere versucht ihn zu ermahnen, in der Zukunft vorsichtiger zu sein und keine Risiken einzugehen. Während das Poster (Abb. 132) nur die Kondombotschaft als Lösung bietet und einen regelmäßigen Kondomgebrauch propagiert, zeigt das Plakat auf dem Marktplatz im Zentrum Lusakas (Abb. 133) bereits wieder die A + C Lösung. Im öffentlichen Raum scheint es eher gewollt zu sein, die Kombination der einzelnen Aspekte Abstinenz und Kondome sichtbar zu machen und nicht Kondome als ein einzelnes wirkungsvolles Element im Kampf gegen das Virus einzusetzen.

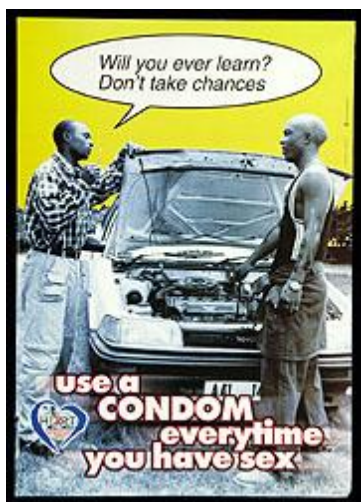


Abb. 132 Poster Kondomwerbung
Quelle: ZIHP/ CCP 2000



Abb.133 Plakat ‚Don't take chances‘, Lusaka
Quelle: ZIHP/ HEART 2004
Foto: Matt Corks 2006

Die Idee, grundsätzlich Kondome als Verhütungs- oder Schutzmittel zu nutzen, stößt bei vielen Beteiligten in Sambia – ähnlich wie in vielen anderen Ländern weltweit – auf Ablehnung. Viele Männer, aber auch Frauen möchten kein Kondom benutzen, da ihnen Sex mit Kondom weniger Spaß mache als Sex ohne Kondom oder sich ein wahrer Akt nur ohne Kondom durchführen lasse:

Some people say having sex with a condom is like taking a bath with a raincoat or eating a sweet with the wrapper. (Chakwe 2007)

Darüber hinaus stellen Kondome auch keinen 100%-igen Schutz vor einer Infektion dar, da sie schnell reißen oder aufgrund schlechter Lagerbedingungen porös sein können. Insbesondere in den *ntembas* (zumeist eher improvisierte Verschlüsse, die als Bars dienen) ist eine adäquate Lagerung von Kondomen nicht gewährleistet. Die hier vorherrschenden Temperaturen belasten das Material und lassen es austrocknen und brüchig werden.⁷⁰ Auch zirkulieren häufig Kondome mit abgelaufenem Verfallsdatum, welche den auf der Verpackung versprochenen Schutz nicht gewährleisten können. Aber nicht nur die Lagerbedingungen spielen bei Kondomen eine wichtige Rolle, häufig ist das Wissen über eine richtige Benutzung von Kondomen bei den potentiellen Akteuren nicht vorhanden.⁷¹

⁷⁰ Die meisten heutigen Kondome bestehen aus Naturkautschuklatex. Im Herstellungsprozess wird Latex mittels der so genannten Vulkanisierung dehn- und haltbar gemacht. Bei richtiger Lagerung können Kondome bis zu vier Jahre halten. Jedes Kondom ist einzeln verschweißt und sollte möglichst kühl gelagert werden. Bei einer Lagerung bei 65° Celsius ist die Maximaltemperaturgrenze erreicht. Sind die Temperaturverhältnisse nicht konstant oder überschreiten die kritische Grenze, dann können Kondome eintrocknen und reißen (www.frauen-aerzte-im-netz.de_news_652_1_440.html).

⁷¹ An dieser Stelle möchte ich anfügen, dass ich von verschiedenen Seiten gehört habe, dass Kondome auch gerne zweckentfremdet werden. Anstatt sie als Verhütungsmittel zu gebrauchen, repariert man mit ihnen Fahrräder oder stellt Armbändchen her, die man wiederum auf dem Markt verkaufen kann. Diese Armbändchen habe ich aber auf keinem Markt entdecken können.

Most men do not know how to use them (condoms). They do not follow the instructions or they even use them more than once. [...] Some men ask the women to remove the condom. The women have to clean the men. They take the condom off and wash them. (Interview Mitarbeiterin NGO Lusaka, 17. Oktober 2007)

Die Verwendung von Kondomen in ehelichen Verbindungen ist in Sambia kaum verbreitet. Im *Sexual Behavior Survey* von 2005 liegt die Rate von Ehepaaren, welche mit Kondomen verhüten, bei unter 8 Prozent (vgl. CSO 2006: 37). Kondome werden in Beziehungen, die auf Liebe und Vertrauen basieren nicht als adäquates Mittel der Verhütung angesehen. In vielen Teilen Afrikas ist die Kondomverwendung bei Männern als auch bei Frauen immer noch mit Promiskuität und unmoralischem Verhalten assoziiert (Dilger 2003, Smith 2003). Bereits eine von USAIDS finanzierte Studie zur Familienplanung in Sambia (spezifisch in Ndola) aus dem Jahre 1999 kommt zu dem Ergebnis, dass gerade diese Assoziation eine Barriere für die Kondombenutzung darstellt.

Two main issues emerge from the study as barriers to condom use for the prevention of HIV infection. One issue is the problematic association of condoms with outside relationships, prostitution, promiscuity, and lack of trust. When one partner in a couple proposes condom use, it suggests that either he or she has been unfaithful, does not trust that his/her spouse has been faithful and/or suspects that the partner has a sexually transmitted disease. (Rutenberg, Biddlecom & Kaona 1999: 21)

Aus diesem Grund stellt das Poster in der Abbildung 134 einen der seltenen Versuche dar, das Thema Liebe und Kondome miteinander zu kombinieren. Es zeigt ein vertrautes, sich im Arm liegendes Paar, welches sich entschieden hat, Kondome zu nutzen – mit der Begründung „aus Liebe“.



Abb. 134 Poster ‚When there is love...‘ Werbung für Treue und Kondome

Quelle: Youth Media 2000

Foto: Annabelle Springer 2007

In diversen Gesprächen im Kanyama Health Centre wurde immer wieder davon berichtet, dass viele Paare nach einer bestimmten Zeit aufhören, sich mit Kondomen vor einer Infektion zu schützen, obwohl die Paare sich nicht auf HIV testen lassen. Nach einer Weile der gemeinsamen Beziehung haben sie das Gefühl, sich gut zu kennen und sich vertrauen zu können. Sie vergessen, dass die Partnerin oder der Partner vor ihrer Beziehung bereits andere Partnerinnen und Partner gehabt haben, die vielleicht mit dem Virus infiziert waren. Das hier auftauchende Thema des Vertrauens in einer Beziehung wurde bereits im vorherigen Unterkapitel diskutiert.

Wie in jedem anderen Land auf dieser Welt gibt es auch in Sambia Menschen, die fremdgehen und ihre wechselnden Partnerinnen und Partner häufig in einer Bar kennen lernen. Zumeist ist bei solchen Ersttreffen Alkohol im Spiel. Aus diesem Grund wird gerade in Bars und in Hotels, in denen Tagungen und Konferenzen stattfinden, für den Gebrauch von Kondomen geworben.⁷² Alkohol jedoch blockiert häufig diese rationale Entscheidung und es werden keine Kondome verwendet. Bei der Studie in Kanyama wurde deutlich, dass rund 60 Prozent der Männer und 33 Prozent der Frauen mindestens schon einmal in stark alkoholisiertem Zustand sexuell aktiv waren. Das Thema Alkoholmissbrauch ist in Kanyama von tragischer Brisanz, da aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit, des mangelnden Einkommens und der Perspektivlosigkeit viele Menschen alkoholabhängig sind.⁷³ Eine „Bewerbung“ dieses Themas in Zusammenhang mit HIV/AIDS habe ich weder in Kanyama, dem restlichen Lusaka noch in anderen Teilen der Südprovinz entdecken können.

Edward M. ist 32 Jahre alt und in Lusaka geboren. Er ist seit 14 Jahren verheiratet und hat drei Kinder. Bevor er über seinen Status Bescheid wusste, ging auch er in Bars, um zu trinken. Das ein oder andere Mal hat er bei diesen Barbesuchen jemanden kennen gelernt und hatte Sex. Über Kondome hat er gar nicht nachgedacht.

(Gedächtnisprotokoll E. Lubumbashi im Kanyama Health Centre, 19. Mai 2008)

⁷² Das Vergessen von Verhütungsmitteln ist natürlich nicht ausschließlich in einem diese Handlung begünstigenden Kontext der Alkoholisierung verankert. Sexuelle Aktionen beruhen zumeist nicht auf rationaler Planung.

⁷³ Neben dem aus Maismehl gewonnenen Bier, genannt Shake-Shake, da es vor dem Trinken geschüttelt werden muss, wird insbesondere ein illegal hergestellter Maisschnaps, *kachasu*, konsumiert. Die nationalen Biersorten wie Mosi und Castle können sich die Menschen in Kanyama nicht leisten. Eine Flasche von diesen Bieren kostet im Schnitt 5.000 Kwacha (circa 78 Cent).



Abb. 135 – 137 Straßenszenen in Kanyama

Fotos: Annabelle Springer 2007/2008

Abb. 135 Ein Bottle Store wird neu mit *Shake-Shake*-Kartons beliefert.

Abb. 136 Herstellung von Maisschnaps (*kachasu*)

Abb. 137 Bierbar mit morgendlichen Gästen.

In den Bars findet man ab dem späten Nachmittag neben hauptberuflichen Prostituierten auch die so genannten Freizeitprostituierten, welche im folgenden Kapitel noch näher beleuchtet werden sollen. Die Prostituierten verdienen durch die Zahlungen der Freier aus den Bars ihren Lebensunterhalt und müssen deshalb deren Wünsche befolgen. Eine Mitarbeiterin einer Nicht-regierungsorganisation, die mit Prostituierten arbeitet, äußerte sich folgendermaßen:

Prostitutes get 20,000 Kwacha [circa 3,- Euro] with a condom and 50,000 Kwacha [circa 7,30 Euro] without a condom. I keep asking them: ‚Is 50,000 Kwacha worth your life?‘ And they will answer me: ‚HIV is for everyone. Who is going to feed me? Who is going to feed my children these days?‘ (Interview Mitarbeiterin NGO Lusaka, 17. Oktober 2007)

Diese Gleichgültigkeit nicht nur dem eigenen Leben, sondern auch dem Leben der anderen gegenüber, findet sich bei einigen Prostituierten auch bei der Benutzung von Kondomen wieder. Wenn nicht ausreichend Kondome zur Verfügung stehen, werden die vorhandenen Kondome einfach wiederbenutzt, d.h. sie werden mit Bier ausgewaschen. Ein vorangegangener Freier könnte auf diese Weise eine eigene sexuell übertragbare Krankheit nicht an die Frau, aber mit großer Wahrscheinlichkeit an den folgenden Kunden weitergeben (vgl. NAC 2007b). Werbekampagnen, welche den Gebrauch von *Female Condoms* in den Mittelpunkt stellen, haben bisher noch nicht großflächig und offensichtlich stattgefunden. Von den interviewten Frauen im Kanyama Health Centre, die bisher noch nie Kondome zur Verhütung und zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten genutzt hatten, hatte noch keine *Female Condoms* ausprobiert. Nur ungefähr 40 Prozent der Frauen benutzten mehr oder weniger regelmäßig überhaupt Kondome. *Female Condoms* waren nicht besonders populär und noch nicht einmal ein Drittel der

ansonsten Kondome verwendenden Frauen hatte diese Form des Schutzes erprobt. Bei den meisten blieb es bei einem einmaligen Versuch.

Falace F. ist 35 Jahre alt, Witwe und Mutter von drei Kindern. Sie lebt seit dem Tod ihres Mannes vor sieben Jahren bei Verwandten in Kanyama. Bevor sie Witwe wurde, haben sie und ihr Mann verhütet, um nicht ungewollt schwanger zu werden. Mehr als drei Kinder wollten sie nicht. Sie hat zumeist die Anti-Baby-Pille genommen, und gelegentlich haben sie auch Kondome benutzt. Seit vier Jahren weiß Falace F., dass sie HIV-positiv ist. Sie hat trotz ihrer Infektion wieder einen neuen Partner gefunden, und sie schützen sich mit Kondomen. *Female Condoms* hat sie einmal versucht zu verwenden, aber sie wusste nicht richtig, wie sie es benutzen sollte. Sie hatte Angst, es nicht mehr entfernen zu können. Seitdem hat sie nie wieder ein *Female Condom* benutzt. (Gedächtnisprotokoll Interviews im Kanyama Health Centre, 16. und 27. Mai 2008)

Eine Anzahl von Präventionskampagnen bildet ausschließlich weibliche Protagonisten ab. Frauen fordern auf den Plakaten selbstbewusst den Gebrauch von Kondomen ein. Dass dies eine sehr optimistische Vorstellung ist, wurde bereits im vorhergehenden Kapitel näher erläutert. Der Nichtgebrauch von Kondomen gilt als ein Treuebeweis und wird als Ausdruck wahrer Liebe verstanden. Eine Einforderung von Safe Sex gilt als Geständnis der Untreue. Die Abbildung 138 zeigt aber junge Frauen, die sich gelassen präsentieren, sich mit dem Thema Sexualität beschäftigen, offen über Kondome sprechen und eigene Entscheidungen treffen. Der Slogan *no condom, no sex* ist eindeutig. Das Poster ist im Jahre 2004 ebenfalls im Rahmen der HEART Kampagne entstanden und hat in der öffentlichen Diskussion für Brisanz gesorgt, da es ebenfalls zu von Konservativen unerwünschten liberalen Darstellungen von sambischen Frauen gehörte.

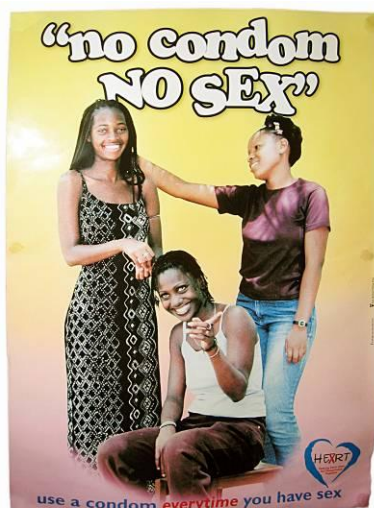


Abb. 138 Poster ‚no condom – no sex‘
Quelle: HEART 2004
Foto: Annabelle Springer 2007



Abb. 139 Poster ‚Prevent STIs‘
Quelle: Ministry of Health/unicef/Afya Mzuri undatiert
Foto: Annabelle Springer 2007

Auch Abbildung 139 zeigt ein Plakat, welches den Frauen eine eigenständige und dominante Rolle zuspricht. Im Gegensatz zur Abbildung 138 wird auf diesem Plakat nicht mit realen Menschen agiert, sondern es handelt sich um Zeichnungen mit Comic-Charakter. Es ist in zwei Abbildungen unterteilt: Die erste zeigt einen Mann und eine Frau, die auf einem Bett sitzen und über die Verwendung von Kondomen diskutieren. Die Frau macht einen selbstsicheren Eindruck und versucht den Mann von der Notwendigkeit einer Verwendung zu überzeugen. Der Mann hingegen zeigt in seiner Gestik deutlich, dass er keine Notwendigkeit zur Benutzung eines Kondoms sieht. In der zweiten Abbildung verweist eine Frau einen Mann des Hauses: *no condoms – no sex*. Der Mann wirkt niedergeschlagen und geht seiner Wege. Die Reaktionen bei den Informantinnen und Informanten auf die beiden Plakate waren äußerst divergent: Viele Frauen fanden das Auftreten der weiblichen Protagonistinnen mutig und nachahmenswert, sahen aber für sich, in dieser Thematik keinen Handlungsspielraum. Die Informanten hingegen waren in der Mehrzahl davon überzeugt, dass Frauen eine solche Entscheidung nicht zu treffen hätten und verfolgten damit einen sehr konservativen Ansatz in Bezug auf das Rollenverständnis zwischen Mann und Frau in der sambischen Gesellschaft.

Maureen M. ist 19 Jahre alt und Mutter von zwei Kindern (3 Jahre und 1 Jahr). Sie und ihre älteste Tochter sind HIV-positiv und Patienten im Centre. Sie findet es gut, dass Mädchen aus ihrer Generation den Mut aufbringen würden, ihre Rechte einzufordern. Die schlechte wirtschaftliche Situation würde es für Mädchen sehr schwer machen, Männer zu finden, die sie versorgen könnten. Daher würden sich viele prostituieren. Und aus dieser Situation heraus, könne man keine Forderungen stellen. Das Leben der abgebildeten Mädchen sei offenbar nicht von dieser Unsicherheit und Armut geprägt.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 23. Mai 2008)

Webby M., 27 Jahre alt, zum zweiten Mal verheiratet, versteht nicht den Zweck der Kampagne. Seiner Meinung nach sollte die Frau die Entscheidung des Mannes akzeptieren. Die abgebildeten Frauen machen auf ihn den Eindruck als wollten sie Männer auf sich aufmerksam machen. Er findet ihre Kleidung nicht angemessen – zu freizügig – und gerade die Frau auf dem unteren Bild der Abb. 139 sehe seiner Meinung nach aus, als ob sie sich prostituere.

(Gedächtnisprotokoll Interview Emmanuel Lubumbashi im Kanyama Health Centre, 20. Mai 2008)

Die Zeitschrift *Trendsetter* berichtet in einem Artikel aus dem Jahr 2007 über die Nutzung von Kondomen und der Position, die Mädchen und Frauen in dieser Diskussion einnehmen sollten. In dem Artikel wird die Geschichte einer jungen Frau erzählt, die Kondome zur Verhütung und als Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten nutzt. Es wird hinterfragt, warum sie sich für Kondome entschieden hat und zu welchem Zeitpunkt dieser Entschluss gefasst wurde. Die Geschichte betont ihre Entwicklung, sich mehr Gedanken über ihre eigene Gesundheit zu machen und ihre bewusste Entscheidung, selbst Verantwortung dafür zu übernehmen.

Die Abbildung 140 zeigt eine den Artikel begleitende Fotografie, auf der man sieht, wie eine manikürte Frauenhand mit lackierten Nägeln eine bronze-orangefarbig glänzende Kondompackung aus einer mit Perlen verzierten Handtasche zieht. Der künstlerische Umgang mit dem Motiv und die „edle“ Darstellung vom Kondomgebrauch weisen auf die Zielgruppe dieses Artikels: heranwachsende weibliche Teenager der sambischen Oberschicht. Nur eine Minderheit wird sich diese Zeitschrift leisten und sich mit einer solchen Darstellung identifizieren können. Die jungen Mädchen und Frauen in Kanyama haben kein Geld für Nagellack und kostbare Accessoires.

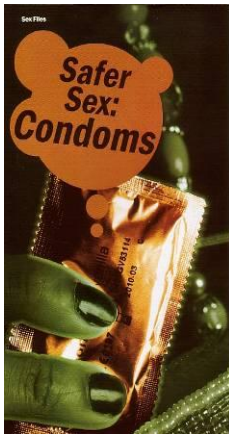


Abb. 140 Ausschnitt aus der Zeitschrift *Trendsetter* zum Thema Kondomgebrauch
Quelle: *Trendsetter* 2007

Die Interviewten im Kanyama Health Centre waren alle HIV-positiv und, falls sie noch sexuell aktiv waren, auf den Gebrauch von Kondomen angewiesen. Patientinnen und Patienten werden im Centre darüber aufgeklärt, dass sich bei Sex ohne Kondom schnell Mutationen bilden können, was zur Folge hat, dass die antiretrovirale Therapie nicht in dem gewünschten Umfang oder überhaupt nicht mehr anspricht.

Concilia F. ist 37 Jahre alt und arbeitet im Kanyama Health Centre als sogenannte Volunteer. Ihr Ehemann ist vor vier Jahren an AIDS gestorben. Er hatte an der juristischen Fakultät der *University of Zambia* unterrichtet. Damals hat Concilia F. auch erfahren, dass sie ebenfalls HIV-positiv ist. Heute lebt sie mit ihren beiden Söhnen bei Verwandten in Kalingakalinga, einem *Compound* am anderen Ende der Stadt. Sylvester M. hat sie bei der Arbeit im Kanyama Health Centre kennengelernt. Er ist ebenfalls HIV-positiv und kommt ins *Centre*, um seinen CD4-Helferzellenwert überprüfen zu lassen und seine Medikamente zu bekommen. Es ist für beide selbstverständlich, Kondome zu benutzen. Sie bekommen die Kondome kostenlos im *Centre* zur Verfügung gestellt. Sie wissen, dass sie Mutationen riskieren und ihre Therapie gefährden, wenn sie ungeschützten Sex praktizieren. Mit Kondomen können sie ihre Sexualität ausleben. Concilia F. will so lange wie möglich für ihre Kinder da sein und kein Risiko eingehen.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 21. Mai 2008)

Nicht alle Interviewten verhielten sich so verantwortungsvoll wie Concilia F. Die folgende Grafik (Abb.141) über die Häufigkeit des Kondomgebrauchs bei HIV-positiven Frauen und Männern im

Kanyama Health Centre zeigt deutlich, dass noch nicht einmal ein Fünftel der Frauen den Klirnikanweisungen folgte und immer Kondome benutzte.

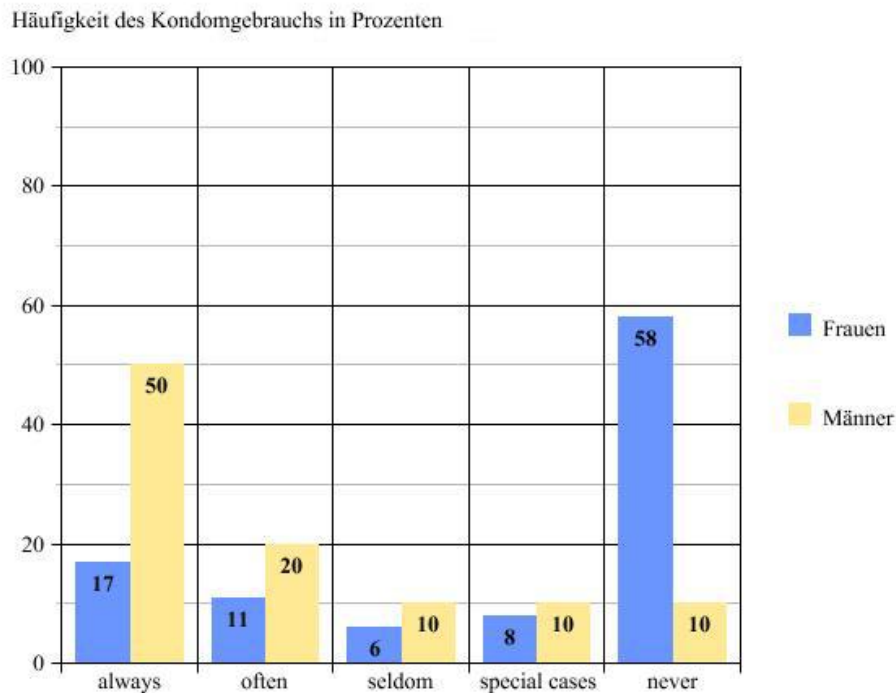


Abb. 141 Grafik Kondomgebrauch bei Frauen und Männern in Kanyama
Quelle: Annabelle Springer 2009

Fast 60 Prozent der Informantinnen benutzten sogar niemals Kondome. Diese hohe Zahl der Nichtbenutzerinnen erklärt sich aus der Tatsache, dass viele Frauen ihren Status vor ihren Ehemännern geheim halten und aus diesem Grund noch weniger als andere Frauen den Gebrauch von Kondomen einfordern können. Obwohl sie wussten, dass sie damit die Therapie gefährden, überwog die Angst vor einer Enthüllung ihres Status. Bei den Patienten zeigte sich das umgekehrte Phänomen. 50 Prozent aller Interviewten gaben an, immer ein Kondom zu benutzen, und nur 10 Prozent sie nie zu verwenden. Dieses Ergebnis spiegelt auch die generelle Wahrnehmung von Kondomen im Geschlechtervergleich wider. Gaben 50 Prozent der männlichen Interviewten an, dass Kondome der bestmögliche Schutz vor einer HIV-Infektion seien, waren es bei den interviewten Frauen nur knapp 20 Prozent.

Bei der Medienwahrnehmung zum Thema HIV/AIDS und Kondome gaben 17 Prozent der Frauen an, dass ihnen Medien zu diesem Thema in Posterform präsent wären. Bei den Männern hingegen waren es nur 10 Prozent. Diese Werte, welche nicht zum bisherigen Ergebnis zu passen scheinen, konnten aber auf einfache Weise aufgeklärt werden. Während die Männer nur vereinzelt Kondomwerbeposter in kleineren Geschäften gesehen hatten, bezogen sich die weiblichen Informantinnen bei dieser Aussage alle auf ein Poster (Abb.142), welches im Behandlungszimmer für Frauen des Kanyama Health Centres hängt, zu welchem Männer keinen Zugang haben. Es gehört der Reihe *ARVs and me* an und klärt äußerst umfangreich,

aber ausschließlich auf Englisch, über den Gebrauch von männlichen und weiblichen Kondomen auf.

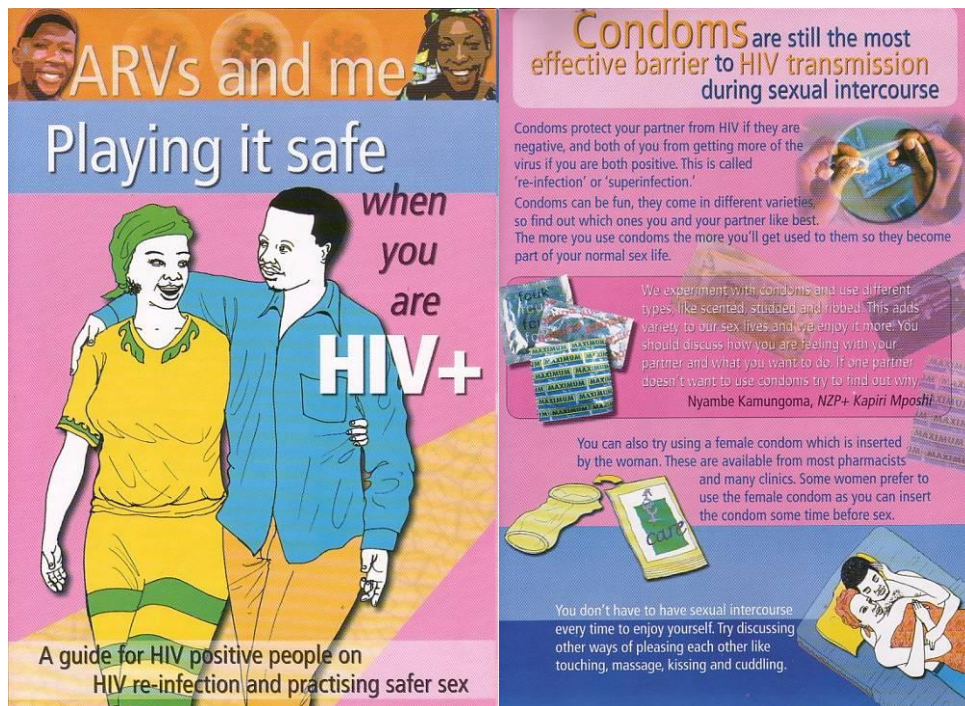


Abb. 142 Poster und Flyer aus der Reihe *ARVs and me: ,Playing it safe when you are HIV+'*
Quelle: Zambia Ministry of Health/unicef/Afya Mzuri 2008

Einige junge Frauen, welche in Kanyama Health Centre interviewt wurden, gehörten der ersten Generation der bereits HIV-positiv Geborenen an. Sie waren im Alter von 16-19 Jahren und sexuell aktiv. Sie durchliefen eine schwierige Phase. Zum einen wollten sie sexuelle Erfahrungen machen und nicht jedem, den sie gerade kennen gelernt hatten, von ihrer Infektion erzählen – alles in allem ein normales Teenagerdasein durchleben. Andererseits sollten sie potentielle Partner immer über ihren HIV-positiven Status aufklären und auf der Verwendung von Kondomen bestehen. Die Angst, von anderen abgewiesen und ausgegrenzt zu werden, war bei ihnen so groß, dass sie durchaus das ein oder andere Mal auch sexuell aktiv wurden, ohne sich und den Partner zu schützen.

Hope C. ist 17 Jahre alt. Sie ist bereits mit dem Virus geboren worden und lebt jetzt bei ihrer Großmutter in Kanyama. Sie kommt regelmäßig ins Kanyama Health Centre, um ihre Werte zu überprüfen und ihre Medikamente abzuholen. Sie hat noch viele Träume, die sie in ihrem Leben erfüllen möchte. Sie möchte gerne zum College gehen, heiraten und Kinder kriegen. Derzeit ist sie einfach nur ein ganz normaler Teenager, der Erfahrungen sammeln will. Sie erzählt, dass ihr Sex sehr viel Spaß mache und sie oft Kondome benutzen würde. Auf die Frage, warum nur oft und nicht immer, antwortet sie, sie habe es einfach manchmal vergessen.
(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 15. Mai 2008)

Die Konfliktsituation, in der sich die bereits HIV-positiv Geborenen befinden, wird anhand dieses Beispiels sehr deutlich. Einerseits existiert der Wunsch nach Normalität, andererseits gibt es in sexueller Hinsicht diese Normalität nicht und wird es auch nie geben. Das Verständnis für eine solche Situation und die daraus folgenden Konsequenzen sind für die jungen Menschen noch nicht so greifbar. Lieber verdrängen sie ihre Krankheit und gehen auf diese Weise enorme Risiken für ihre eigene Gesundheit, aber insbesondere für die der auserwählten Partner ein. Bei dieser Studie zeichnet sich ab, dass mehr Männer als Frauen Kondome als Verhütungs- und Schutzmittel nutzen. Laut dem *Zambia Sexual Behavior Survey* von 2005 ist der Kondomgebrauch bei Männern aus dem urbanen Raum mit nicht regelmäßigen Sexualpartnern um 5 Prozent gesunken. Die Gründe für diesen Rückgang sind vielfältig und spiegeln ein wenig die derzeitige sambische Stimmung zum Thema Kondome wider. Seit der PEPFAR-Initiative wird der Schwerpunkt der Präventionsarbeit auf das Abstinenzprogramm gelegt. Der Gebrauch von Kondomen gilt offiziell nicht mehr als der sicherste Schutz vor einer HIV-Infektion und wurde darüber hinaus mit einer moralischen Wertigkeit besetzt. Die Gelder fließen, wenn überhaupt, nur noch in Kampagnen mit einer Kombination von A + C. Darüber hinaus sind Kondome nicht mehr an so vielen Stellen und kostenfrei erhältlich. Durch den erschwerten Zugang entscheiden sich viele auf Kondome zu verzichten. Die bereits erwähnte Kritik des *National AIDS Council* an der nicht mehr vorhandenen Kondomwerbung ist durchaus berechtigt.

4.2.3 DAS ABC-PROGRAMM UND DIE ROLLE DER RELIGION

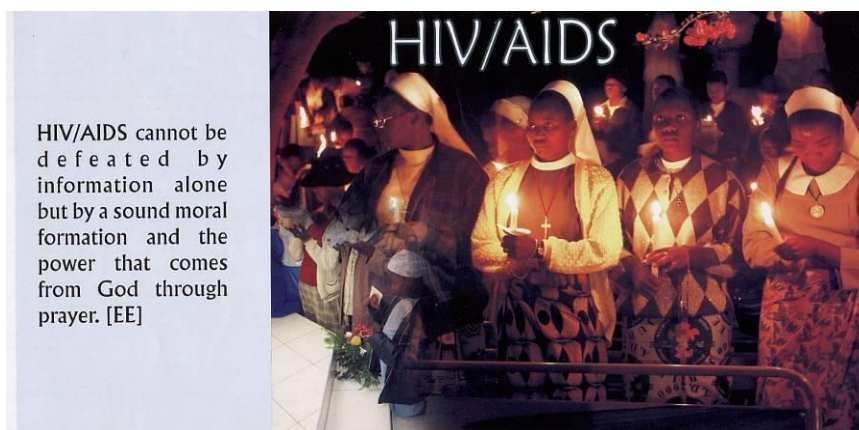


Abb. 143 Oberer Teil eines Kalenderblatts ‚HIV/AIDS‘
Quelle: Jesuit Centre for Theological Reflection, Lusaka 2007

In diesem Teil des Kapitels soll die religiöse Einbindung des ABC-Ansatzes näher betrachtet werden. Schwerpunkt dieser Arbeit war keine religionsethnologische Untersuchung der Thematik, sondern eine medizin- und medienethnologische. Aus diesem Grund spielte bei dieser Studie die religiöse Einbindung eine eher untergeordnete Rolle, dennoch gab es einige interessante Ergebnisse, die an dieser Stelle spezifiziert werden sollen.

Wie bereits in der Einführung erwähnt wurde, sind die meisten Menschen in Sambia Christen. Neben den großen Kircheninstitutionen wie der Römisch-Katholischen Kirche und der *United Church of Zambia (UCZ)* gibt es eine Vielzahl von kleineren christlichen Gruppierungen (u.a. *Bread of Life*, *Grace Church Salvation Army*, *Seventh-Day Adventists* und *African Methodists*). Alle Informantinnen und Informanten im Kanyama Health Centre gehörten einer christlichen Gemeinde an. Ungefähr ein Drittel gehörte der *United Church of Zambia* an, ein Drittel der *Salvation Army* und ein Drittel den sonstigen christlichen Gruppierungen. Bis auf wenige Ausnahmen gehörten sie diesen Glaubensgemeinschaften bereits seit ihrer Kindheit an.

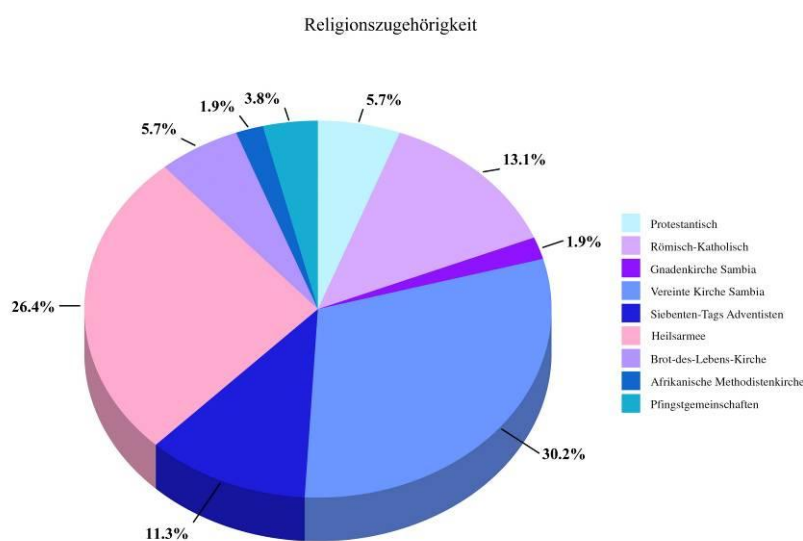


Abb. 144 Grafik Religiöse Zugehörigkeit der Informantinnen im Kanyama Health Centre
Quelle: Annabelle Springer 2009

Weltweit setzen sich Glaubensgemeinschaften gemeinsam dafür ein, das Virus zu „bekämpfen“ und die sozialen Folgen einzudämmen.⁷⁴ Auch in Sambia sind Vertreter der christlichen, muslimischen und hinduistischen Gemeinden nachhaltig in der AIDS-Arbeit tätig. Schätzungsweise sind knapp 70 Prozent der sambischen Bevölkerung christlich und aus diesem Grund dominieren auch die christlichen Einflüsse in der HIV/AIDS-Arbeit. Die katholische Kirche

⁷⁴ AIDS wird häufig als Folge von Hexerei gesehen. Neben den großen Religionsgemeinschaften glaubt eine Vielzahl der Menschen in Sambia an Hexerei (engl. *witchcraft*). Einige bekennen sich vollständig zu diesem Teilaspekt der traditionell religiösen Auffassung, andere praktizieren eine Art Synkretismus – eine Mischung aus christlichem und traditionellem Glauben und Hexerei. Dieser Aspekt spielt im soziokulturellen Umgang mit HIV/AIDS eine wichtige Rolle, ist aber für die Medienrezeption nicht von so großer Bedeutung. Angeblich Verhexte sollen AIDS durch den bösen Blick weitergeben können. Für die Betroffenen und ihre Familien hat diese Vorstellung dramatische Folgen. Häufig werden sie stigmatisiert und ausgegrenzt. In meinen Gesprächen in Kanyama berichtete mir ein Informant, dass Hexerei aber auch einen positiven Effekt auf AIDS-Erkrankte haben kann. Angehörige und Freunde kümmern sich eher um AIDS-Erkrankte, die verhext wurden, da sie an ihrem Zustand keine Schuld tragen. Nicht ihr Verhalten hat zu ihrer AIDS-Erkrankung geführt, sondern die Schuld eines Hexers oder einer Hexe. Zu diesem Thema gibt es ausführliche und überzeugende Beiträge beispielsweise von Colson 2005, 2006 und Luig 1999.

zum Beispiel hat von Anfang an einen Schwerpunkt auf die häusliche Pflege von AIDS-Erkrankten und die Versorgung von AIDS-Waisenkindern gelegt. Der zumeist größere Erfolg von kirchlichen im Gegensatz zu staatlichen Projekten liegt nicht nur an den breiteren Netzwerken der Kirchen, sondern auch an dem Engagement ihrer Mitglieder und deren Einfluss auf die Familie und das schulische System. Auf diese Weise werden die Menschen direkter und persönlicher angesprochen (Liebowitz 2002, Kelly 2004). Jedoch legen sie ihre Vorstellung von Moral, Glauben und Familienstrukturen fest, und danach richtet sich auch die Thematisierung von Sexualität und HIV/AIDS. Der ABC-Ansatz ist sicherlich ein geeigneter Ansatz, um verschiedene Aspekte zum Schutz vor einer Übertragung des Virus anzusprechen. Für einige konservative Vertreter der christlichen Lehre ist aber gerade der C-Teil nicht tolerierbar. Ihrer Meinung nach fördert das Angebot von Kondomen die Promiskuität. Aber mittlerweile gibt es immer mehr kirchliche Institutionen und auch kleinere religiöse Gemeinschaften, die sich hinter Menschen, die mit dem Virus leben, stellen und sie in ihrer Mitte akzeptieren, ohne deren Krankheit einer moralischen Wertung zu unterziehen. Neben dem Dachverband der christlichen Gemeinden Sambias, der *Christian Health Organization Zambia* (CHAZ), engagiert sich auch die *United Church of Zambia* stark in der nationalen, regionalen und lokalen AIDS-Arbeit. Bischof Banda ist nicht nur die Autorität der *United Church of Zambia*, sondern ist darüber hinaus auch noch einer der Vorsitzenden des *National AIDS Council*.⁷⁵

In der sambischen Hauptstadt und auch in den ärmeren Vororten sieht man häufig Medienbotschaften zum Thema HIV/AIDS, die von religiöser Seite aus gesteuert sind. Die Botschaften wie auf den *talking walls* in Kanyama (Abb.105 und Abb.106) sind eindeutig: die Lösung heißt Abstinenz. Die jeweiligen Botschaften sind zumeist mit Bibelziten oder zumindest Bibelverweisen unterlegt, um den religiösen Kontext der Botschaft zu untermauern. Auf der Abbildung 105 kann man die englische Aufschrift lesen: „*Do you want to live to see your dreams fulfilled? Wait for Sex – Don't risk HIV/AIDS*“. Und darunter folgenden Bibelvers: „I know the plans I have for you, declares the lord. Plans to prosper you and not to harm you. Plans to give you a future and a hope.“ (Jeremia 29v11). Dieser Vers stammt aus dem Alten Testament, dem prophetischen Buch Jeremia. Außerhalb des biblischen Kontexts lässt dieser Vers Hoffnung auf eine Zukunft aufkommen – Gott, der den Menschen Gutes und nichts Böses will – Gott, der ihnen eine Zukunft bietet. Liest man diesen Vers aber in seinem biblischen Kontext, stößt man direkt auf die Geschichte um den Turmbau zu Babel. Jeremia 29 ist das Sendschreiben an die Verbannten in Babel. Gott mahnt darin die Menschen in Babel, nicht zu sündigen, sich nicht verführen zu lassen und seinen Geboten zu folgen. Aber die Menschen hören seine Worte nicht und versuchen mit dem Turmbau Gott gleichzukommen. Für diese Selbstüberhöhung straft Gott

⁷⁵ Es handelt sich hier um eine sehr kurze Zusammenfassung der religiösen Strukturen Sambias, die nicht alle Verbindungen und Bezüge berücksichtigen kann. Die grundlegenden Strukturen der christlichen Gemeinschaften und deren moralische Auslegungen in Bezug auf HIV/AIDS galt es kurz und knapp zu skizzieren. Es gibt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da dieses Thema in sich so komplex ist, dass weitere Dissertationen darüber geschrieben werden könnten.

die Menschheit mit einer Vielzahl von verschiedenen Sprachen und verstreut die Menschen überall auf der Welt. Im Alten Testament handelt es sich dabei nicht um einen verzeihenden Gott wie im Neuen Testament, sondern um einen strafenden Gott, der seine Position als monotheistischer Gott noch stark verteidigen muss. Als Babel wird noch heute ein vom Sittenverfall gekennzeichneter Ort bezeichnet. Liest man diesen Kontext in das für die Abstinenzbotschaft gewählte Zitat hinein, so kann man diese erneut als eine Warnung Gottes lesen, nicht zu sündigen. Denn wer sündigt, den wird Gott bestrafen. Die Kombination von AIDS-Botschaften mit den Begriffen der Sünde und der Strafe Gottes ist offensichtlich kein Relikt aus den Anfängen der Epidemie, als noch niemand die genauen Übertragungswege verstand und man sich auf unmoralisch lebende Gruppen wie Prostituierte, Stricher und Drogenabhängige konzentrierte. Diese Kombination ist manchmal nicht direkt erkennbar und bleibt eine Frage der Interpretation. Manchmal ist sie aber auch eindeutig und sehr offensiv in ihrer Direktheit wie zum Beispiel in der Abbildung 145, welche eine *talking wall* an einer Schulmauer in Siavonga (Südprovinz) zeigt. Finanziert wurde diese *talking wall* von der *The Churches Health Association of Zambia* (CHAZ) und *Brethren in Christ Church* (BICC).



Abb. 145 Talking wall Schulgebäude in Siavonga
Quelle: CHAZ/BICC undatiert
Foto: Annabelle Springer 2007

Inwiefern das Mittel der Angst – in diesem Fall vor dem Zorn oder der Strafe Gottes – Menschen vor der Infizierung mit dem Virus schützt – bleibt offen. Doch offensichtlich kommen diese Botschaften bei den Menschen an. Bei den männlichen HIV-Patienten im Kanyama Health Centre nannten einige den Zorn Gottes als bestmöglichen Schutz vor einer Infektion.

Verbindet man die einzelnen Ansätze des ABC-Programms mit der jeweiligen Konfessionszugehörigkeit der Informantinnen und Informanten, kommt man zu äußerst interessanten Ergebnissen. Der Abstinenzansatz (A) wird bei knapp 40 Prozent der Frauen als bestmöglicher Schutz vor einer HIV-Infektion gesehen. Die Mehrheit dieser Frauen gehört evangelikalen Kirchen an, die in den letzten Jahren hauptsächlich aus den USA nach Afrika gekommen sind und immer größeren Zulauf bekommen. Insbesondere die Tatsache, dass der zweite Präsident

Sambias, Frederick Chiluba, bekennendes Mitglied der Pfingstgemeinschaft ist, hat dieser Bewegung seit Beginn seiner damaligen Präsidentschaft im Jahre 1991 einen enormen Aufschwung ermöglicht. Unter die erwähnten evangelischen Freikirchen fallen in dieser Studie hauptsächlich die Heilsarmee (engl. *Salvation Army*)⁷⁶, die Brot-des-Lebens-Kirche (engl. *Bread of Life Church*)⁷⁷, die Siebenten-Tags-Adventisten (engl. *Seventh Day Adventists*)⁷⁸, die Pfingstgemeinschaft (engl. *Pentecostal Church*)⁷⁹ und die Afrikanischen Methodisten (engl. *African Methodists*). Der Treueaspekt (B) wird von 11 Prozent der Frauen befürwortet. Diese gehörten entweder der Heilsarmee oder den Siebenten-Tags-Adventisten an, d.h. einer evangelikalen Freikirche. Für den Kondomansatz (C) sprachen sich knapp 20 Prozent der Frauen aus. Sie gehörten hauptsächlich der *United Church of Zambia*, der Heilsarmee oder der Katholischen Kirche an.⁸⁰ Die meisten Frauen, welche sich für Kondome aussprachen, gehörten zur Altersgruppe der Ende Zwanzigjährigen Anfang Dreißigjährigen. Dieser Aspekt ist insofern interessant, als diese Frauen zu einer Zeit groß und sexuell aktiv geworden sind, in der Kondome als das einzig ‚wahre‘ Schutzmittel vor HIV/AIDS gesehen und beworben wurden. Die Frauen, die die Kombinationen A + C und A + B und A + B + C angaben, gehörten hauptsächlich den Freikirchen an, wobei die Kombination mit C fast nur bei der Heilsarmee möglich war. Fazit dieser Analyse ist, dass gerade in der Zeit, in welcher die Informantinnen über ihren HIV-positiven Status erfahren haben, einige die ursprünglichen Kirchen, insbesondere die Katholische Kirche, verlassen und zu den neuen protestantischen Kirchen gewechselt haben. Diese setzen in ihrem

⁷⁶ Die Heilsarmee ist aus der von dem Methodistenprediger W. Booth und seiner Frau Catherine 1865 gegründeten „Ostlondoner Christlichen Mission“ hervorgegangen. Im Jahr 1878 wurde sie in Heilsarmee umbenannt. Sie ist nach militärischem Muster organisiert und verbindet ihre evangelistische Tätigkeit mit einer umfassenden, den sogenannten Randgruppen der Gesellschaft verpflichteten Sozialarbeit (vgl. Zeitverlag 2005: 314-315).

⁷⁷ Die Brot-des-Lebens-Kirche wurde 1992 in Sambia aus einer Baptistengemeinschaft heraus gegründet. Mittlerweile gibt es über 84 Brot-des-Lebens-Kirchen, darunter auch einige in der Demokratischen Republik Kongo, Südafrika und Malawi. Die Brot-des-Lebens-Kirche überträgt wöchentlich einen Gottesdienst im Fernsehen – die *Hour of Blessing* – und knüpft an die Tradition der amerikanischen TV-Prediger an (www.blci.info).

⁷⁸ Die Siebenten-Tags-Adventisten sind eine protestantische Freikirche, die im 19. Jahrhundert in den USA gegründet wurde. Es ist die größte adventistische Religionsgemeinschaft. Sie glauben an die Lehre vom zweiten Advent, d.h. an eine baldige Wiederkehr von Jesus Christus. Sie richten sich auch nach der kirchlichen Zählung der Wochentage und halten den siebten Wochentag, den Samstag (Sabbat), heilig (www.adventisten.de).

⁷⁹ Die Pfingstgemeinschaft ist eine christliche Strömung, die das Wirken des Heiligen Geistes betont. Die ersten Pfingstgemeinschaften entstanden in den USA um 1900. Unter den Pfingstlern gibt es fundamentalistische Gruppen mit autoritären Leitern, die mit ihren Lehren und Versprechungen in Kritik geraten sind. Es gibt Prediger, die ihren Anhängern nicht nur die Befreiung von der Schuld der Sünde, sondern auch Gesundheit und Reichtum versprechen. Dies findet natürlich in einer Gesellschaft mit einer hohen HIV-Prävalenz in der Bevölkerung erheblichen Anklang. Weiterführende Informationen über die Pfingstler finden sich bei Steel 2005.

⁸⁰ An dieser Stelle ist auffällig, dass gerade katholische Informantinnen sich für den Kondomansatz aussprechen. Häufig sind sie seit ihrer frühesten Kindheit dieser Konfession zugehörig, sind aber keine regelmäßigen Kirchgängerinnen. Darüber hinaus wird in einigen katholischen Gemeinden vor Ort der Umgang mit Kondomen nicht in solchen Maße ausgegrenzt, wie es vom Vatikan gewünscht wird. Einige katholische Priester vor Ort zeigen sich gegenüber dem C-Ansatz eher aufgeschlossen und suchen einen Kompromiss.

Programm klassischerweise auf den A + B Ansatz. Den ausschließlichen C-Ansatz findet man nur bei den größeren Kirchenverbänden und der Heilsarmee.

Bei den Informanten gehörte die Mehrheit der *United Church of Zambia* an, der mittlerweile größten religiösen Gruppierung in Sambia. Nur einige wenige hatten einen Konfessionswechsel vollzogen. Dabei tendierten sie zu den *Zeugen Jehovas* oder der *United Church of Zambia*. Fünfzig Prozent der Männer hatten sich für den Kondomgebrauch, dreißig Prozent für die Abstinenz, zehn Prozent für den ABC-Ansatz und weitere zehn Prozent für Sonstiges als bestmögliches Schutzelement entschieden. Im Gegensatz zu den Frauen konnte hier kein eindeutiges Muster erkannt werden. Auffällig aber war, dass der Abstinenzansatz entweder von ganz jungen Männern (Anfang der Zwanziger) oder von älteren Männern (über 50 Jahren) bevorzugt wurde.

Insgesamt gesehen hat diese Untersuchung gezeigt, dass es durchaus wichtig ist, den Faktor Religionszugehörigkeit bei einer Medienuntersuchung zu integrieren und auszuwerten, da er enormen Einfluss auf die moralische Haltung der Menschen ausüben kann und damit die Medieninhalte zu einer Krankheit wie HIV beeinflusst.

4.2.4 ZUSAMMENFASSUNG

Ziel dieses Kapitels war es zu zeigen, welchen Einfluss Sexualität und Glauben auf die Medienwahrnehmung der Menschen in Kanyama hat. Die Analyse hat gezeigt, dass es eine deutliche Diskrepanz zwischen den von den Medien und den dahinter stehenden Produzenten vermittelten Botschaften und der realistischen Umsetzung dieser gibt. Viele Frauen haben beispielsweise gar keine Möglichkeit, in ihrer Beziehung Abstinenz oder Kondomgebrauch einzufordern (Agha 1998). Verheiratete Paare verwenden ebenfalls häufig keine Kondome und auch nur die Anfrage nach Kondomverwendung kann als gegenseitiger Untreuevorwurf missverstanden werden. Die Verwendung von Kondomen scheitert aber nicht nur an diesem geschlechter-spezifischen Aspekt, sondern auch an dem kaum vorhandenen Zugang zu qualitativ hochwertigen Kondomen und fehlendem Wissen über deren Verwendung. Eine grundlegende ausführlichere Kommunikation über Kondome könnte diese einerseits zu einem praktikablen Mittel beim Schutz vor einer HIV-Infektionen machen und andererseits deren soziale Akzeptanz steigern.

Insgesamt gesehen, wurden von den Informantinnen und Informanten in Kanyama hauptsächlich Materialien zum Thema Abstinenz wahrgenommen. Es wurde deutlich, dass insbesondere Frauen von der Enthaltensamkeitsbotschaft erreicht wurden und sich darüber hinaus nicht nur junge, sexuell inaktive Frauen, sondern auch verwitwete Frauen mit HIV-positiven Status von diesen Botschaften angesprochen fühlten und ihre Lebensweisen auf Enthaltensamkeit ausrichteten. Der Treueaspekt spielte in der Medienwahrnehmung nur eine geringfügige Rolle. Das lag zum einen daran, dass es kaum Medien zu diesem Einzelaspekt gab, und zum anderen daran, dass dieser Unterpunkt im ABC-Programm keine persönliche Entscheidung erfordert, sondern immer auf Vertrauen gegenüber der Partnerin und dem Partner basiert. A und C kann

das Individuum mehr oder weniger selbst bestimmen, B ist immer eine gemeinschaftliche Entscheidung. Kondome als Verhütungs- und Schutzmittel wurden deutlich mehr von Männern benutzt und auch in den Medien wahrgenommen. Häufig wurden aber auch Verhütungsmittel vergessen oder nur äußerst unregelmäßig gebraucht. Medienkampagnen, welche das Thema Kondome aktuell und konkret angehen, fehlen derzeit in Sambia. Die Gründe dafür spiegeln die politische und religiöse Einflussnahme nationaler und internationaler Geldgeber wieder. Seit der PEPFAR-Initiative wird ein deutlicher Schwerpunkt der Präventionsarbeit auf das Abstinenzprogramm gelegt. Der Kondomgebrauch gilt nicht mehr als der sicherste Schutz, sondern wurde moralisch nahezu als verwerflich eingestuft. Die von nationaler und internationaler Seite geäußerte Kritik an PEPFAR und an dem großen Einfluss der neuen protestantischen Kirchen in Sambia, die mittlerweile auch über christliche Hilfsorganisationen Zugang zu den PEPFAR-Geldern haben, bezieht sich auf die Einseitigkeit von Abstinenzprogrammen und der Vernachlässigung von Kondombewerbung.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die letzten Jahre gezeigt haben, dass ein ausbalancierter Ansatz von A, B und C mehr Erfolg verspricht als eine einseitige Bewerbung von Einzelaspekten. Eine ausschließliche Fixierung auf die Abstinenz oder die Kondomverwendung erzielt nicht den gewünschten Erfolg. Der ABC-Ansatz muss an die lokalen Gegebenheiten angepasst werden, d.h. es muss beispielsweise geklärt werden, welche genaue Zielgruppe erreicht werden soll. Gibt es sogenannte Risikogruppen, die man mit dem Sozialen Marketing von Kondomen besonders ansprechen kann, oder versucht man eher bei der Gesamtbevölkerung eine Verhaltensänderung zu erreichen, indem man die Zahl der Sexualpartner reduziert und diesen Aspekt in den Vordergrund stellt. Die Schuldfrage an der weiteren Ausbreitung des Virus fälschlicherweise in der „afrikanischen Sexualität“ oder in „afrikanischen Praktiken“ suchen, steht außer Frage, vielmehr spielt eine Konzentration auf das Risikoverhalten der jeweiligen lokalen Gruppen und auf deren Bedürfnisse eine entscheidende Rolle.

4.3 ‚You have the right to say NO‘: MEDIALE UMSETZUNG VON GENDER-THEMEN

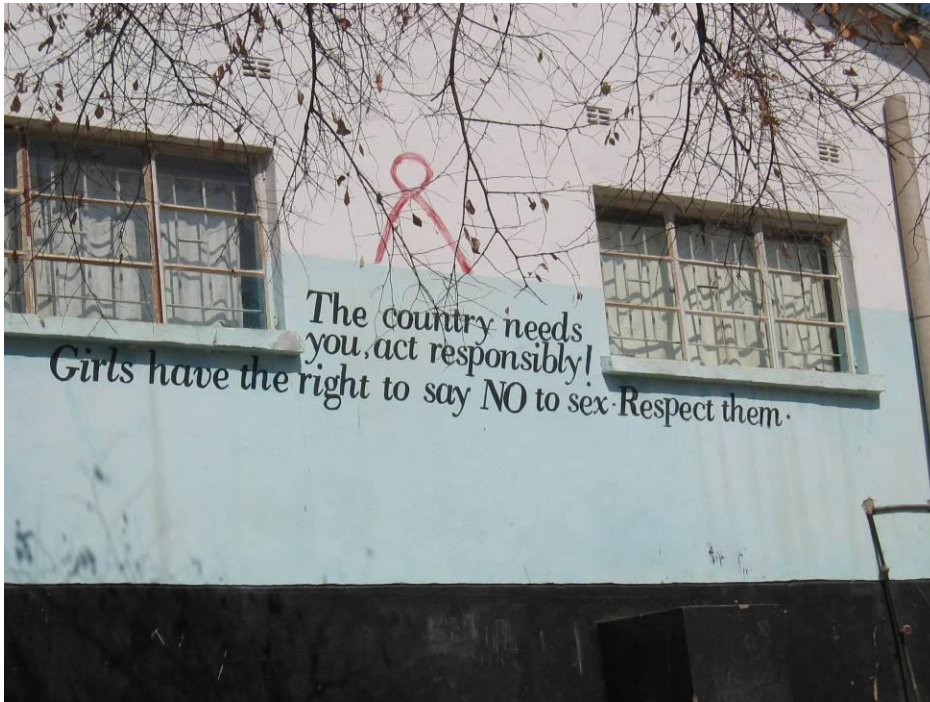


Abb. 146 Talking wall ‚The country needs you, act responsibly!‘ an einem Schulgebäude, Siavonga
 Quelle: CHAZ/BICC undatiert
 Foto: Annabelle Springer 2007

Die von der UN 2008 veröffentlichten Zahlen über die Infektionsrate bei jungen sambischen Frauen sind alarmierend. Ähnlich wie in anderen afrikanischen Ländern leben auch in Sambia mehr Frauen als Männer mit dem Virus (UNAIDS Zambia Update 2008). *Human Rights Watch* berichtet 2007, dass 57 Prozent aller mit dem Virus lebender Erwachsenen in Sambia Frauen sind. Mädchen und Frauen im Alter von 14-25 Jahren seien viermal so gefährdet, sich mit HIV anzustecken, wie Jungen und Männer gleichen Alters (*Human Rights Watch* 2007a und 2007b). Für diese Zahlen gibt es eine Fülle von Erklärungsversuchen. Primär spielt die biologische Vulnerabilität bei Frauen die Hauptrolle. Beim Geschlechtsakt sind Frauen aufgrund der biologischen Beschaffenheit ihrer vaginalen Schleimhäute für eine Übertragung des Virus empfänglicher als Männer (Kristensen, Sinkala & Vermund 2002, Tlou 2002, Offe 2005). Auch sind sexuell übertragbare Krankheiten bei Frauen häufig asymptomatisch, d.h. es gibt keine offensichtlichen Symptome, die auf eine solche Krankheit schließen lassen, mit der Folge, dass sie auch nicht behandelt werden. Sexuell übertragbare Krankheiten bewirken aber wiederum eine höhere Ansteckungsgefahr (Tlou 2002, Kapiga & Aitken 2002). Frauen sind aber auch aus anderen Gründen besonders vulnerabel: durch ihren Status, ihre Geschlechterrolle und ihre limitierten Rechte in der Gesellschaft. Die soziokulturelle und ökonomische Vulnerabilität spielt eine weit aus größere Rolle als die biologische (Baylies & Burja 2000, Tlou 2002). Frauen haben keine Macht über ihren Körper und ihr Sexualleben. Ihr Status in der sambischen Gesellschaft steht in

direkter Abhängigkeit zu ihrer Rolle als Ehefrau. Männer dominieren den wirtschaftlichen Sektor. Sie haben Macht über die produktiven Ressourcen wie Land und Vieh und kontrollieren das Einkommen. Einige Männer demonstrieren ihre Macht, indem sie das Familieneinkommen nach eigenem Ermessen ausgeben (Taylor 2006).

Dominant ideologies of masculinity encourage men to be aggressive and to demonstrate their sexual prowess of virility by having multiple partners, and by consuming alcohol and other substances that predispose them to violent behaviour and sexual risk taking. [...] Men prove their virility by making a woman or women pregnant. For women, motherhood is the passport to womanhood, and the only way a woman can prove that she is fertile. (Tlou 2002: 656)

Insgesamt gesehen darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass die meisten gemeldeten Testergebnisse aus obligatorischen Tests resultieren, die in Krankenhäusern und in Krankenzentren bei Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen vorgenommenen werden. Dies führt dazu, dass Frauen in den Statistiken mehr Berücksichtigung finden. Dennoch bleibt gewiss, dass der ökonomisch und sozial niedrige Status von Frauen gegenüber Männern dazu führt, dass viele Frauen kein sexuell selbstbestimmtes Leben führen (*Human Rights Watch* 2002, Ilse, Nagel & Sebgo 2007) und dass diese Vulnerabilität ein erhöhtes Ansteckungsrisiko mit dem HI-Virus mit sich bringt. Ihr Zugang zum Gesundheitswesen und damit zu ART ist aufgrund ihrer gesellschaftlichen Position schwieriger. Im folgenden Kapitel soll dieses geschlechtsspezifische Problem näher beleuchtet werden. Ferner werden Phänomene wie die stark angewachsene häusliche Gewalt, die Funktion von *sugar mummies* und *sugar daddies* und sexuelle Übergriffe auf Jugendliche und Kinder thematisiert.

4.3.1 GLEICHE RECHTE

Viele sambische Frauen sind ihr Leben lang bestimmten Strukturen unterworfen, die ihnen nur äußerst eingeschränkt die Möglichkeit bieten, Entscheidungen über ihr eigenes Leben, ihren Körper und ihre Gesundheit zu fällen (SARDC 2005, Human Rights Watch 2007b). Die traditionelle Rolle der Frau beschränkt sie auf Aufgaben im Haushalt, in der Versorgung der Familie und im Erwerb von Nebenverdiensten wie etwa durch den Verkauf von Gemüse auf dem Markt. Diese Aufgaben bekommen sie vom jeweiligen männlichen Haushaltsvorstand vorgegeben. Der Mann trifft die für die Familie wichtigen Entscheidungen und verwaltet die Finanzen (Geisler 1990, 1997). Unterstützt wird diese Rolle durch das in Sambia bestehende duale Rechtssystem: zum einen das traditionelle Rechtssystem der jeweiligen ethnischen Gruppen und zum anderen die staatliche Legislative. Beide Rechtssysteme werden parallel angewendet. Nach traditionellem Recht haben Frauen beispielsweise kein Recht auf Land- oder Viehbesitz. Sie haben keinen Zugang zu Krediten oder dürfen keine Verträge ohne die Erlaubnis ihrer Ehemänner abschließen.

Gravierender ist die indirekte Diskriminierung von Frauen. Nach den Regeln der Bank gibt es Kredite nur gegen Sicherheiten. Diese erwartet sie jedoch nicht von der Frau, da nach allgemeinem Verständnis der Besitz der Eheleute, Land, Haus, automatisch dem Manne zugerechnet werden. Eine Frau kann also nur über den Mann Kredite erhalten. (Longwe 2006: 27)

Das traditionelle Recht ist nicht kodifiziert, sondern wird mündlich weitergegeben. Es kann als ein patriarchalisches Arrangement gewertet werden, welches systematisch Männer bevorzugt. Das traditionelle Gesetz wird durch die lokalen Gerichte angewandt (*local courts*), den in der konstitutionellen Hierarchie der sambischen Gerichte am niedrigsten gewerteten. Dennoch sind sie die populärsten, denn man geht davon aus, dass zwischen 80 und 90 Prozent aller Gerichtsfälle von den *local courts* gehandhabt werden (*Human Rights Watch* 2007b).

Auch die Legalität der Polygamie schwächt die gesellschaftliche Position der Frauen. Männer als Haushaltsvorstände können eine und mehrere Frauen haben. Für jede Frau wird ein Brautgeld, die *lobola*⁸¹, entrichtet. Nicht nur das Land „gehört“ den Männern, sondern auch die Frauen zählen zu ihrem „Besitz“. Überschüssiges Geld wird häufig für Bier, Prostituierte oder eine weitere *lobola* ausgegeben. Die Belange der Frauen, ihre Einnahmen aus Produktion und Vermarktung selbst zu kontrollieren, werden ignoriert (Longwe 2006).

Viele Bemühungen wurden unternommen, Frauen eine bessere juristische und sozio-ökonomische Stellung in der sambischen Gesellschaft zu geben. In vielerlei Hinsicht sind auch schon große Erfolge erzielt worden, beispielsweise bei der Festlegung von Rechten im staatlichen Rechtssystem. Auch der ehemalige Präsident Sambias Mwanawasa äußerte sich bereits 2004 während einer Erinnerungsfeier für an AIDS-Verstorbene in der Holy-Cross-Kathedrale in Lusaka zur bedeutsamen Rolle der sambischen Frau in der Gesellschaft. Es sei falsch, Frauen als reine Reproduktions- und Sexualobjekte zu sehen, denn sie würden einen wichtigen Beitrag in der Hausarbeit und -pflege leisten (Jabani 2004). Obwohl diese Äußerung positiv gedacht war, spiegelt sich in ihr erneut das traditionelle Klischee von der Frau im Haus und am Herd wider.

Im Gesundheitswesen und gerade hinsichtlich der HIV-Epidemie ist in den letzten Jahren die besondere Vulnerabilität von Frauen erkannt worden. *Das Zambia National HIV and AIDS Strategic Framework* für 2006 – 2010 betont die Bedeutsamkeit dieses Aspektes und fordert in diesem Bereich mehr Aufklärung und rechtliche Sicherheit. Für diese Arbeit müssen die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

A guiding principle for Zambia's National HIV and AIDS Strategic Framework, 2006 – 2010, is recognition of the interconnection between gender equity and HIV. [...] Zambia needs to do much

⁸¹ Für ausführlichere Informationen über Liebesheiraten und das Zahlen von *lobola* siehe die Publikation von Ann Schlyter (1999) über genderspezifische Ungleichheiten im *George Compound* in Lusaka.

more to level the playing field, so that both women and men are treated equally in laws, policies and practices. Specially, the national AIDS programme needs to dedicate significant resources to campaigns against violence and inequality, concurrent sexual partnerships and intergenerational sex, and to securing the necessary law reform and implementation. (Kelly 2007: 7)

Dennoch erweist sich die pragmatische Umsetzung der Bestrebungen als äußerst schwierig. Frauen werden häufig auf ein häusliches Umfeld beschränkt, ihnen obliegt die Versorgung der Familie, hauptsächlich der Kinder, und die Pflege von erkrankten Familienmitgliedern. Sie tragen die Hauptbelastung der HIV-Epidemie, da sie häufig selbst unter einer Infektion leiden und neben ihren täglichen Arbeiten noch die Pflege anderer übernehmen müssen. Entscheidungen, die ihr Leben und ihren Körper betreffen, können sie aber zumeist nicht selber fällen. Dr. Chinyonga betonte 2008 auf einer Fortbildung für den besseren Umgang von Journalisten mit dem Thema HIV/AIDS in Livingstone die schwierige Lage von verheirateten Frauen.

It is difficult for married women to go for voluntary testing and counselling (VCT). [...] I have attended to a lot of women to try and carry out even a simple vaginal check: they say that they have to consult their husbands. (Post, 23. Mai 2008)

Insbesondere verheiratete Frauen sind auch in Kanyama in ihren Rechten äußerst eingeschränkt. Viele verheimlichen ihre Besuche im Kanyama Health Centre, nicht nur um ihren positiven Status geheim zu halten, sondern auch, weil sie primär schon „unerlaubt“, d.h. ohne die Erlaubnis ihrer Ehemänner, in die Klinik gegangen sind.

Die interviewten Patientinnen lebten insgesamt gesehen in ihrem traditionellen Rollenverständnis. Mehr als 72 Prozent der interviewten Frauen war der Auffassung, die Hauptfunktion einer Frau im Leben sei das Kinderkriegen und deren Versorgung. Auch waren über 40 Prozent der Meinung, eine Frau solle ihrem Mann gehorchen und seine Entscheidungen nicht hinterfragen, sondern diese einfach akzeptieren. Zu diesen Entscheidungen gehörte auch ein Arzt- oder Klinikbesuch. Die Männer hingegen sahen die Rolle der Frau nicht ausschließlich im Gebären und Aufziehen von Kindern, sondern befürworteten eine gute Schulausbildung und die damit verbundenen besseren Einkommensmöglichkeiten für Frauen. Hinsichtlich des Themas Entscheidungsfindung waren jedoch auch über 70 Prozent der Männer der Meinung, dass dies ausschließlich in ihrem Entscheidungsspielraum läge.

Die Medienwahrnehmung zum Thema Rechtsgleichheit in Bezug auf AIDS war in Kanyama äußerst gering. Keiner der Informantinnen oder Informanten hatte über Medien wie Plakate oder *talking walls* etwas zu diesem Thema erfahren. Die Abbildung 146, eine *talking wall* von einem Schulgebäude in Siavonga, einer kleinen Stadt am Lake Kariba in der Südprovinz, wurde während der Interviews gezeigt. Die *talking wall* stellt eine Ausnahme der öffentlichen Thematisierung dar. Der Slogan „*The country needs you – act responsibly! Girls have the right to say NO to sex! Respect them!*“ ist in sich äußerst widersprüchlich. Der erste Satz fordert

dazu auf, sich seiner Taten und Handlungen bewusst zu werden und Verantwortung dafür zu tragen. Das „you“ muss sich nicht ausschließlich an Frauen richten. Der nächste Satz jedoch spricht nicht direkt Frauen an, sondern soll offenbar Männer darauf aufmerksam machen, dass Mädchen das Recht haben, Geschlechtsverkehr zu verweigern. Diese indirekte Verpackung der Botschaft, verweigert den Mädchen und jungen Frauen die Möglichkeit, sich selbst zu positionieren. Ihnen wird auf diese Weise eine eigene Stimme versagt. Andere sprechen für sie. Die Mädchen müssten sich im Optimalfall selbst äußern können und damit eine eigenständige Position einnehmen. Die Botschaft müsste in einem solchen Fall, wie auch bereits in anderen Kampagnen artikuliert, lauten: „Wir haben das Recht, nein zu Sex zu sagen. Respektiert uns und unsere Rechte!“ Zum Abschluss richtet sich die Botschaft in Form einer leichten Ermahnung an eine männliche Zielgruppe: „Respektiert die Mädchen!“ Dies klingt eher nach einer Bitte. Die Resonanz der Interviewten in Kanyama auf dieses Foto war äußerst divergent: Während die Männer den Slogan so verstanden, dass Frauen für das Land eine wichtige Rolle spielen, insbesondere für die Reproduktion, und daher nicht außer acht gelassen werden durften, sahen die Frauen darin ihre Rechte bestätigt, aber keine Chance diese auch zu implementieren. Das Thema Rechtsgleichheit wurde weder in Kanyama noch in anderen Teilen Lusakas visualisiert und spielte aus diesem Grund bei den Interviews keine Rolle.

4.3.2 GEWALT



Abb. 147 Plakat ‚Musanibvute! Nisamaleni!‘ an einer der Hauptstraßen Lusakas

Quelle: Partnership against Gender-based and Sexual Violence against Children and Women in Zambia undatiert
Foto: Annabelle Springer 2008

Häufig werden Mädchen und Frauen Opfer verbalen, physischen oder psychischen Missbrauchs. Sie werden geschlagen, beleidigt, ausgebeutet oder aber auch sexuell missbraucht. Zumeist geht dieser Missbrauch von Ehemännern, Partnern, männlichen Bekannten oder anderen Familienmitgliedern und Vormündern aus. Zu den häufigen Opfern gehören ältere Menschen, Witwen, AIDS-Waisen aber auch Ehefrauen. Die Angst vor Gewalt besteht auch bei Frauen, die HIV-positiv sind und Medikamente nehmen müssen. Dies äußert sich darin, dass sie zumeist nicht bereit sind, ihre Ehemänner über ihren Status zu informieren. Durch die Epidemie werden extreme Gewaltbeziehungen zwischen den Geschlechtern offenkundig. Die Anzahl der angezeigten Missbrauchsfälle steigt in Sambia kontinuierlich. Dem *Zambia Demographic and Health Survey* von 2001 – 2002 zufolge gaben mehr als die Hälfte aller verheirateten Informantinnen an, bereits einmal von ihren Ehemännern oder Partnern geschlagen oder missbraucht worden zu sein. Im November 2006 informierte die *Zambia Young Women's Christian Association*, dass ihr Frauenhaus in Lusaka jede Woche zehn neue Fälle von Vergewaltigungen bei erwachsenen Frauen erfassen würde. Ein Großteil der Frauen (85 Prozent) und Männer (69 Prozent) sind aber der Auffassung gewesen, dass Gewalt der Männer gegenüber ihren Frauen gerechtfertigt gewesen sei.

In Kanyama gaben im Rahmen der Interviews im Kanyama Health Centre 60 Prozent der Männer an, Frauen gegenüber gewalttätig geworden zu sein. Zumeist handelte es sich um ihre Ehefrauen. Die Gründe für diese Gewaltanwendungen variierten von Eifersucht, Vorwurf der Untreue, familiären Unstimmigkeiten und spätem Nachhausekommen bis hin zu mangelnder Demut und Unterwerfung seitens der Ehefrau. Auch bei den Patientinnen gaben fast 67 Prozent an, bereits von einem Mann geschlagen worden zu sein, zumeist von ihrem Ehemann. Gründe für diese Handlungen waren hauptsächlich unerklärliche Aggressivität, falsche Anschuldigungen, Verdacht auf Untreue und Alkoholmissbrauch gewesen. Die folgende Zusammenfassung eines Interviews ist in Rücksprache mit Emmanuel Lubumbashi, meinem Assistenten, entstanden, der sich mit männlichen Patienten im Kanyama Health Centre unterhalten hat. Es hat sich gezeigt, dass die männlichen Patienten in ihren Interviews sehr offen über bestimmte Themen mit Herrn Lubumbashi gesprochen haben, teilweise auf eine sehr direkte Art und Weise.

Lloyd K. ist 36 Jahre alt und seit zehn Jahren mit Faith C. verheiratet. Sie haben drei gemeinsame Kinder. Er hatte immer wieder auch sexuelle Kontakte zu anderen Frauen. Seit einem Jahr weiß Lloyd K., dass er HIV-positiv ist. Er hatte damals eindeutige Symptome und ist ins Centre zum Test gekommen. Die Schuld an dem Virus hat er seiner Frau gegeben. Er habe immer schon vermutet, dass sie ihm untreu gewesen sei. Aus diesem Grund schlägt er sie auch. Sie ist schuld, dass er nun Medikamente nehmen muss. Sie soll dankbar sein, dass er sie nicht hinauswirft.

(Gedächtnisprotokoll E. Lubumbashi im Kanyama Health Centre, 19. Mai 2008)

Abigail C. ist 46 Jahre alt. Als junge Frau ist sie nach Lusaka gekommen, um Victor P. zu heiraten. Seit sieben Jahren ist sie Witwe. Von ihrem HIV-positiven Status hat sie erst vor zwei Jahren erfahren. Ihr gesundheitlicher Zustand wurde immer schlechter, und sie ist im Centre getestet worden. Nun nimmt sie an der antiretroviralen Therapie teil. Sie hat drei Kinder und lebt seit dem Tod ihres Mannes im Haushalt ihrer ältesten Tochter. Zu diesem Haushalt gehören insgesamt sieben weitere Personen, darunter auch der Ehemann ihrer Tochter und drei Enkelkinder ihrer jüngsten Tochter, die vor vier Jahren an AIDS gestorben ist. Trotz ihres gesundheitlich schlechten Zustands ist es ihre Aufgabe, sich um die Kinder im Haushalt zu kümmern. Manchmal ist sie zu schwach, um die alltäglichen Pflichten zu erfüllen. Dann schlägt sie der Ehemann ihrer Tochter, ein ehemaliges Mitglied der sambischen Armee. Sie hat Angst vor ihm, doch sie weiß nicht, wo sie sonst wohnen sollte. Und wer soll sich dann um die Kinder kümmern.

(Gedächtnisprotokoll Interviews im Kanyama Health Centre, 20. und 28. Mai 2008)

Auch wenn die sambische Regierung die notwendigen Gesetzesgrundlagen für den Schutz von Frauen geschaffen hat, fehlt es an den notwendigen Ressourcen zur Implementierung.

In a few other countries, including Zambia and Malawi, women's groups have successfully lobbied for laws and/or constitutional reforms that address marital rights, domestic violence, and inheritance rights. Unfortunately, the state has failed to provide resources needed to enforce the changes. Zambia is an instructive case. On paper, its penal code prohibits many of the rights violations previously discussed, and it even created a victim support unit of the police force in 1997. But because of clashes with customary law, unwillingness to acknowledge widespread disregard for the law, and ineffectual performance of the victim support unit, statutory changes have not translated into meaningful changes in the circumstances of women and girls. (Siplon 2005: 21)

Für Frauen gibt es nur wenige Rückzugsmöglichkeiten oder Schutzzonen wie Frauenhäuser. Einer Studie aus dem Jahre 2005 zufolge gibt es seit Mitte der 1990er Jahre zwar 11 *Drop-in-Centre* für Frauen, die Opfer von Gewalttaten geworden sind, aber bis heute nur ein staatliches Frauenhaus, welches von der *Young Women's Christian Association* (YWCA) initiiert wurde (SARDC 2005). Nach Aussage von *Human Rights Watch* aus dem Jahr 2007 gibt es mittlerweile sogar schon zwei Frauenhäuser in Sambia, aber nur eins in Lusaka, welches ständig überfüllt ist und nur für wenige Frauen und ihre Kinder Platz hat.

YWCA staff told Human Rights Watch, 'We only have one shelter in Lusaka and it is with the government [for the establishment of] a social housing unit for women who need it.' YWCA is in the process of establishing another shelter outside Lusaka. YWCA's shelter in Lusaka is supported through funds generated by YWCA's small businesses, and through funds from Scandinavian countries. (*Human Rights Watch* 2007b: 61)

Die schlechten sozialen Bedingungen in den *Compounds* von Lusaka führen häufig zu Alkohol- und Drogenabhängigkeiten. Auch der *Compound* Kanyama ist geprägt durch hohe Arbeitslosigkeit, Armut und Alkoholmissbrauch. Eine Vielzahl von kleinen Bars, Trinkhallen und illegalen Schnapshändlern, die *Umunkoyo* für circa 200 Kwacha (noch nicht einmal drei Euro-Cent) pro Becher verkaufen, ermöglichen einen schnellen Zugang. Die Abhängigkeit führt häufig bei den Betroffenen zu einem Kontrollverlust und ist Auslöser für verbale und physische Konflikte.

In den folgenden Unterpunkten zu häuslichen Übergriffen, dem Phänomen von *sugar mummies* und *sugar daddies* sowie sexuellem Missbrauch von Minderjährigen soll differenzierter betrachtet werden, wie die Medienpräsenz zu diesem wichtige Thema in Kanyama aussieht, wie diese von den Interviewten wahrgenommen wird.

4.3.2.1 HÄUSLICHE ÜBERGRIFFE

Trotz vieler Versuche der Regierung zu intervenieren, bleibt Gewalt gegen Frauen insbesondere im häuslichen Kontext weiterhin ein ernstes Problem. Die AIDS-Epidemie verschärft die Situation der Frauen deutlich. Viele fürchten sich, mit ihrem Partner über die Verwendung von Verhütungsmitteln zu sprechen oder einen HIV-Test vorzuschlagen. Bereits positiv Getestete sprechen zuhause zumeist nicht über ihren Status, gehen heimlich zu weiteren Arztterminen und verstecken ihre Medikamente. Sie nehmen lieber in Kauf, weiterhin ungeschützten Sex mit ihren Ehemännern zu praktizieren und damit eine Mutation des Virus zu riskieren, als ihren Status öffentlich zu machen. Die Angst vor der Reaktion des Ehemannes ist zu groß.

Lizzy S. ist 27 Jahre alt und seit neun Jahren mit ihrem Mann Webby M. verheiratet. Er war die große und erste Liebe. Sie hat zwei Kinder im Alter von sieben und fünf Jahren und ist mit ihrem dritten Kind im sechsten Monat schwanger. Bei ihrem letzten Besuch in der Klinik ist sie auf HIV getestet worden. Sie ist verzweifelt, da sie positiv getestet wurde. Sie versteht nicht, warum sie positiv ist – sie ist ihrem Mann immer treu gewesen, hat keine Bluttransfusion bekommen oder sich irgendwo anders infiziert. Sie vermutet, dass ihr Mann sie infiziert hat. Nach Hause gehen und mit ihrem Ehemann über die Situation sprechen, kommt für sie aber nicht in Frage. Er würde sie beschimpfen, schlagen oder sogar wegschicken. Sie hat sich entschlossen, ihm nichts zu sagen und sich für das ART-Programm angemeldet. Heimlich nimmt sie jetzt jeden Tag ihre Medikamente.

(Gedächtnisprotokoll Interview im Kanyama Health Centre, 13. und 21. Mai 2008)

Wie bereits im Kapitel 4.1.2 zur Teilnahme an der antiretroviralen Therapie angedeutet wurde, verschwinden viele Frauen, die auf der HIV-Ambulanz des Kanyama Health Centres positiv getestet wurden. Ihre Angst vor einer Scheidung oder Isolation ist offensichtlich größer als vor dem Tod – denn ohne Therapie werden diese Frauen in naher Zukunft an opportunistischen Krankheiten sterben. Aber auch die Frauen, die in ihrer Verzweiflung ihre Medikamente heim-

lich nehmen, können die häufig sehr starken Nebenwirkungen nicht verheimlichen oder aber auch die Verbesserung ihres Gesundheitszustandes nicht verbergen. Einige Informantinnen gaben an, dass sie ihren Männern gesagt hätten, sie hätten Malaria und seien deshalb nicht in so guter Verfassung. Diese Erklärung rechtfertigte auch ihren Besuch im Kanyama Health Centre. Die Frauen kommen aus dem Teufelskreis der Abhängigkeit nicht heraus und können dabei nur verlieren. Viele Frauen werden zu Opfern von Gewalt in ihren Ehen. Sie reicht von verbalen Übergriffen über Vergewaltigungen bis hin zu Ermordungen. Über die erfahrene Gewalt wird allgemein nicht gesprochen. Probleme werden innerhalb der Familie gelöst und nicht nach außen getragen. Auch medizinisches Personal in den Kliniken und Gesundheitszentren spricht diese Probleme kaum an. In seinem Training wird dieser Aspekt nicht artikuliert und die ständige Zeitknappheit ermöglicht ihm auch keine tiefgründigen Gespräche mit den Patientinnen und Patienten.

„Healthcare facilities can play a key role in responding to violence and other abuses against women,” said Ali. „Doing so not only helps women access and adhere to HIV treatment, it could also help end the abuse if it were part of a wider strategy to end violence and inequality between women and men. Unfortunately, this is not happening in Zambia.” (Human Rights Watch 2007b)

Durch die zunehmenden Aufklärungskampagnen, die hauptsächlich in Schulen stattfinden, trauen sich mittlerweile auch mehr Mädchen und Frauen, über das Geschehene zu sprechen und Anzeige zu erstatten. In der *Victim Support Unit* (VSU) wurden nach Aussage von SARDC im Jahre 1998 nur 117 Missbrauchfälle gemeldet, 2003 waren es bereits 9.585 Fälle (BIWZ 2005: 33). Dennoch bleibt das Thema auch ein juristisches Problem, denn das sambische Strafgesetzbuch sagt nichts aus über Vergewaltigung in der Ehe oder psychologischen Missbrauch. Solange Missbrauch in der Ehe keinen offiziellen Verstoß gegen das Gesetz darstellt, wird auch weiterhin die Position der Frauen in der Ehe äußerst vulnabel bleiben. Die bereits erwähnten Aufklärungskampagnen wurden zumeist von kleineren lokalen Hilfsorganisationen oder Vereinigungen zur Stärkung von Frauen- und Kinderrechten organisiert und fokussieren in ihren Botschaften eher die Zielgruppe der älteren Frauen und Witwen und AIDS-Waisenkinder. Die am Anfang dieses Unterkapitels gezeigte Abbildung 147 zeigt ein Straßenplakat mit der Aufschrift *Musanibvute! Nisamalen! Dont’ abuse me! Protect me!*. Die Protagonisten, eine ältere Frau und ein kleines Kind, schauen den Betrachter direkt an und vermitteln das Bedürfnis nach Schutz und Fürsorge. Sie wirken hilflos und betonen auf diese Weise ihre Opferrolle. Der für die Darstellung der Protagonisten gewählte schwarz-weiße Hintergrund transportiert dieses Bild besonders deutlich. Er betont die tiefen und dunklen Augenringe und die herausstehenden Knochen der offensichtlich unterernährten älteren Frau. Der Slogan hingegen fordert direkt und deutlich den Schutz vor Missbrauch. Die Protagonisten haben eine eigene Stimme. Diese Abbildung war die einzige ihrer Art, die während der Feldforschungsaufenthalte in Lusaka ins Au-

ge fiel. Sie thematisiert nur Gewalt gegen die Gruppe der jungen und alten Frauen. Zum Thema häusliche Gewalt oder sogar Vergewaltigung in der Ehe habe ich während meiner Feldforschungszeit keine Kampagne gesehen. Das Thema AIDS und Ehefrauen oder Frauen, die in einer festen Beziehung leben, wird nicht in den Medien kommuniziert. Auch in den Printmedien findet sich keine Berichterstattung über Frauen, die in ihren Ehen missbraucht werden. Es hat nahezu den Anschein, dass dieses Thema in der sambischen Öffentlichkeit tabu ist.

In diesem Zusammenhang wird der Zugang zu bestimmten Medien äußerst bedeutsam. Anhand eines Fallbeispiels aus Kanyama soll im Folgenden gezeigt werden, dass dieser Zugang häufig geschlechtsspezifisch besetzt ist. An den Außenmauern des Kanyama Health Centre befindet sich eine Vielzahl von *talking walls*, die auf Themen wie sauberes Wasser, Hygiene und HIV-Prävention verweisen. Eines dieser Projekte informiert über die kostenlose HIV-Talkline, welche unter der Nummer 990 zu erreichen ist (Abb.148). Die Vergabe einer Notfallnummer für die HIV-Talkline (die allgemeine Notfallnummer ist die 999) zeigt den Stellenwert, den die Epidemie und ihre Bekämpfung auf nationaler Ebene eingenommen haben.



Abb. 148 Talking wall ‚let’s talk about it – HIV Talkline‘ in Kanyama
Foto: Annabelle Springer 2008

Die Hotline wurde vom *National AIDS Council Zambia* und der USAID finanziert und mit Hilfe der *John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs (CCP)* implementiert. Die immer noch starke Stigmatisierung von Menschen, die mit dem Virus leben, führt dazu, dass viele immer noch nicht den notwendigen Zugang zu aktuellen und richtigen HIV-Informationen haben. Zur Zielgruppe gehören diejenigen, die sich aus Angst nicht in die Kliniken trauen, in ihrem Umfeld keine geeigneten Gesprächspartner oder Fragen zu Medikamenten, Therapien und der Rechtslage haben. Die Hotline ist kostenlos, anonym und 24 Stunden für die Anrufer da. Sie wurde zum ersten Mal am 1. Dezember 2003 freigeschaltet. Seitdem haben mehr als 420.000 Menschen die Hotline angerufen und mehr als 123.000 kon-

krete Hilfestellungen bekommen. Die meisten Anrufer sind unter 29 Jahre alt und kommen aus den städtischen Zentren. Im März 2007 kamen die ehemalige First-Lady von Sambia, Maureen Mwanawasa und die ehemalige US-Botschafterin Carmen Martinez zusammen, um die Hotline erneut zu bewerben und alle Gesundheitseinrichtungen aufzufordern, die Hotline in ihre Programme zu integrieren. Die Zahlen sprechen für einen eindeutigen Erfolg des Projektes. In Kanyama scheint aber die Zielgruppe der Kampagnen nicht erreicht worden zu sein. Von den von mir interviewten HIV-positiv lebenden Sambierinnen hatte noch keine die Hotline angerufen, man war sich weder bewusst, dass es eine *talking wall* an der Klinikmauer gab noch war ihnen die sehr einprägsame Nummer der Hotline präsent. Bei den männlichen Patienten verhielt sich die Situation nicht anders. Eine Vielzahl bereits erwähnter Gründe wie zum Beispiel die Verortung der *talking wall*, die Nutzung der englischen Sprache und eine nicht ansprechende bildliche Darstellung geben Aufschluss darüber, warum die Medienbotschaft nicht bei ihrem Zielpublikum in Kanyama angekommen ist bzw. ihr Inhalt nicht transparent zu sein scheint. Ein wichtiger Punkt dabei ist aber in diesem Fall der Medienzugang. In Kanyama gibt es nur vereinzelt feste Telefonanschlüsse, daher ist eine Kommunikation zumeist nur per Mobiltelefon möglich. In Sambia hat es in den letzten Jahren einen enormen Zuwachs bei den Mobiltelefonen gegeben. So besaß 2007 bereits jeder fünfte Einwohner Sambias ein Mobiltelefon (ITU 2008). Auch in den ärmeren Vororten geht die Verbreitung von Mobiltelefonen stark voran. Alle männlichen Informanten in Kanyama besaßen ein eigenes Mobiltelefon. Bei den weiblichen Informanten hatte nur knapp die Hälfte ein Mobiltelefon. Von diesen Telefonen gehörten wiederum 39 Prozent den Ehemännern. Auf meine Frage, ob sich die Informantinnen vorstellen könnten, die HIV-Hotline in Zukunft zu nutzen, bekam ich von den Besitzerinnen eigener Mobiltelefone eine rundweg positive Resonanz. Die meisten Frauen aber, die sich mit ihren Ehemännern ein Mobiltelefon teilten, befürchteten, der Anruf könnte vom Ehemann zurückverfolgt werden und damit ihren positiven HIV-Status aufdecken. Die HIV-Hotline anzurufen kommt daher für sie nicht in Frage.

4.3.2.2 SUGAR MUMMIES UND SUGAR DADDIES

Das folgende Unterkapitel setzt sich mit dem Thema der *sugar mummies* und *sugar daddies* auseinander. Es handelt sich dabei um eine Form der sogenannten Teilzeitprostitution. Dieser verharmlosende Begriff umschreibt den Austausch von sexuellen und finanziellen Gefälligkeiten zwischen Mädchen und älteren Männern bzw. Jungen und älteren Frauen. Auf der Suche nach Überbrückungsmöglichkeiten von finanziellen Engpässen gehen junge Mädchen eine Beziehung zu einem sogenannten *sugar daddy*, einem älteren gut situierten Mann, ein. Gegen gewisse sexuelle Leistungen machen diese den Mädchen Geschenke, kaufen ihnen Nahrung und Kleidung, bezahlen ihr Schulgeld oder bieten ihnen Mitfahrgelegenheiten in ihren Autos an (Lutke 2005). Es gibt aber nicht nur *sugar daddies*, sondern auch so genannte *sugar mummies*, die Jungen zu ihrer sexuellen Befriedigung unterhalten. Diese Jungen werden auch häufig *garden*

boys genannt. Diese Jungen werden angeheuert, um bei der Gartenarbeit zu helfen. Ebenso wie bei den *sugar daddies* sind die meisten *sugar mummies* verheiratet. Im Gegensatz zu den Mädchen, die auf diese Weise ausschließlich ihren finanziellen Notstand decken wollen, gewinnen Jungen neben dem finanziellen Vorteil durch die sexuellen Erfahrungen mit einer reiferen Frau ein höheres Ansehen bei ihren Altersgenossen. Ein erhöhtes Infektionsrisiko mit dem HI-Virus ist natürlich dann gegeben, wenn kein Safer Sex stattfindet. Häufig wird bei der Freizeitprostitution Sex ohne Kondome praktiziert bzw. ein solcher wird deutlich besser „honoriert“ (Machein 2003: 33-34). Mit den erhaltenen Zuwendungen können die Mädchen und Jungen aber nicht nur ihren Lebensstil verbessern, sondern tragen oft zum Überleben von ganzen Familien bei (SARDC 2005). Da häufig Schülerinnen und Schüler von diesem Phänomen betroffen sind, gibt es einige Aufklärungskampagnen, die gezielt für den Schulunterricht kreiert wurden. Die beiden unteren Abbildungen (Abb.149 und Abb.150) zeigen Publikationen des Longman-Verlags aus der Reihe der *Health Education HIV/AIDS Awareness*.

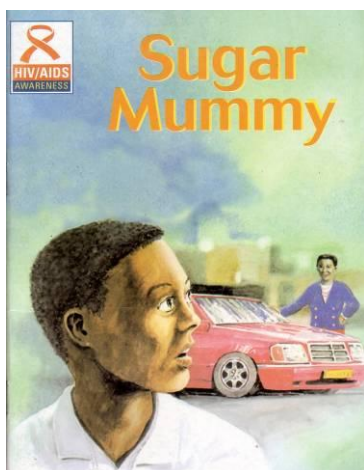


Abb. 149 Titelblatt ‚Sugar Mummy‘
Quelle: Longman Health Education
HIV/AIDS Awareness Zambia 2001

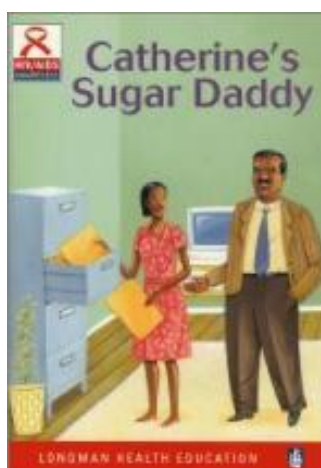


Abb. 150 Titelblatt ‚Sugar Daddy‘
Quelle: Longman Health Education
HIV/AIDS Awareness Zambia 2001

Die Titelbilder der Publikationen stellen typische Situationen dar, die in Verbindung mit *sugar mummies* und *sugar daddies* gebracht werden. Das erste Titelbild (Abb.149) zeigt einen Jungen, der sich zu einer älteren Dame umdreht, die hinter ihrem Mercedes steht. Das zweite Titelbild (Abb.150) zeigt einen Geschäftsmann (höchstwahrscheinlich der Chef oder ein Vorgesetzter), der eine junge Angestellte an den Arm fasst. Die hier präsentierten Bilder von *sugar mummies* and *sugar daddies* werden in den Medien und auch in pädagogischen Broschüren verwendet, entsprechen aber nicht der Realität in Kanyama.

Many of the popular descriptions of sugar daddies in the print, radio, and online media portray them as prosperous businessmen in luxurious automobiles, who offer their female partners large amounts of cash and gifts, including clothing, trips abroad, and jewellery. (Luke 2005)

In Kanyama sind *sugar daddies* oder *sugar mummies* nicht als wohlhabend zu bezeichnen. Sie besitzen zumeist keine Autos oder verschenken Schmuck und Kleidung. Die erbrachten sexuellen Dienstleistungen werden häufig nicht mit Geldgeschenken, sondern mit Nahrungsmitteln honoriert. Zum großen Teil handelt es sich bei den *sugar daddies* um kleinere Händler, die einfach nur einen besseren Zugang zu Ressourcen haben. In einer Studie von Luke und Munshi in Kisumu (Kenia) wurde gezeigt, dass die meisten *sugar daddies* wohlhabende Männer waren, aber die HIV-Infektionsrate nicht durch sie erhöht wurde. Gerade wohlhabenden Männern seien aufgrund ihres Bildungsgrades die Risiken einer Infektion bekannt, und sie würden sich deshalb mit Kondomen schützen. Die Feldforschung in Kanyama zeigt jedoch, dass die *sugar daddies* nicht im gleichen Zusammenhang mit Wohlstand und Bildungsgrad stehen wie in der Studie von Luke und Munshi. Die Protagonisten sind ärmer und weniger gebildet. Viele reflektieren nicht im gleichen Maße über eine mögliche Ansteckungsgefahr.

Die zuvor gezeigten Broschüren des Longman-Verlags werden in den Schulen Kanyamas nicht verwendet. Sie wären auch nicht angemessen, da sie nur lange englischsprachige Texte ohne Illustrationen beinhalten. Darüber hinaus fehlen der Schule nicht die notwendigen finanziellen Mittel, diese Broschüren anzuschaffen.

Eine Visualisierung des Themas in der Öffentlichkeit fand ebenso wenig statt wie beim Thema Gewalt in der Ehe. Der direkte Bezug zwischen einer sexuell-finanziellen Austauschbeziehung mit *sugar daddies* und *sugar mummies* und der Möglichkeit einer Ansteckung mit HIV/AIDS wurde von den Informantinnen und Informanten nicht hergestellt.

4.3.2.3 VERGEWALTIGUNGEN UND JUNGFRAUENMYHTOS



Abb. 151 Plakat ‚Sex with me doesn't cure AIDS‘, Lusaka

Quelle: Partnership against Gender-based and Sexual Violence against children and women in Zambia 2007

Foto: Annabelle Springer 2007

Das in Abbildung 151 gezeigte Plakat spricht einen weiteren, stark diskutierten Aspekt der AIDS-Epidemie an: Die Vorstellung Sex mit einer Jungfrau heile AIDS. Hierzu hat es in den letzten Jahren eine Vielzahl von Berichten gegeben, die das Thema hochstilisierten und übertrieben darstellten. Die Annahme, diese Praxis heile AIDS, hat aber durchaus auch zu sexuellen Übergriffen auf junge Frauen, Mädchen und Kleinkinder geführt. Häufig verstecken sich hinter den Vergewaltigern nahe Verwandte, Vormunde oder auch Lehrpersonal. Die Zahlen der Vergewaltigungen sind, unabhängig vom „Jungfrauenmythos“ in Sambia in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen (vgl. SARDC 2005: 34). Besonders betroffen sind Straßenkinder, AIDS-Waisen oder Kinder, die aufgrund der schlechten Situation Gelegenheitsarbeiten in anderen Haushalten oder auch außerhalb ihres Wohnortes annehmen müssen.

Hardly a day passes without reports of a minor being defiled in Zambia and other parts of the world. Despite Government's efforts in imposing stiffer punishments on the culprits, the problem is still on the increase. (Artikel Zambia Daily Mail Oktober 16th, 2007)

Neben einer Ansteckung mit dem HI-Virus kommt es auch häufig zu anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, welche bei Nicht-Behandlung tödlich verlaufen können. Deshalb ist es von so großer Wichtigkeit, dass diese Vorfälle angezeigt werden. Doch ähnlich wie bei den Opfern von häuslicher Gewalt trauen sich viele Vergewaltigungsoffer nicht, darüber zu sprechen. Zum einen haben sie Angst vor ihrem Vergewaltiger, der ihnen zumeist überzeugend gedroht hat und/oder zu dem das Opfer in einem Abhängigkeitsverhältnis steht (wie zum Beispiel Schullehrer oder Stiefvater). Zum anderen müssten sie bei einer Anzeige sich offiziell von einem Arzt untersuchen lassen und vor Gericht aussagen. In vielen Fällen sind Vergewaltigungsoffer von den Behörden selbst der Promiskuität bezichtigt und vor Gericht als unglaublich dargestellt worden. Über die Dunkelziffer der Nicht-Anzeigen lässt sich nur spekulieren. Der in Lusaka privat praktizierende Arzt Dr. George Mangwende hat viele Vergewaltigungsoffer untersucht und äußert sich zu dem Thema folgendermaßen:

For every case published, there are (probably) 10 others unheard. (Jere 2003: 1)

Bei Vergewaltigungen und dem damit häufig erwähnten Jungfrauenmythos assoziiert man zumeist Mädchen als Opfer dieser Vorfälle. Auch wenn es eine größere Anzahl an missbrauchten Mädchen gibt, werden auch Jungen von älteren Frauen, die mit dem Virus leben, missbraucht. Für sie gilt die Vorstellung, dass der Beischlaf mit einer in diesem Fall männlichen Jungfrau HIV heilen könne. Aber es geht ihnen nicht nur um die Heilung vom HI-Virus, sondern auch um die Befriedigung von sexuellen Begehrlichkeiten.

Oftentimes young boys are defiled by older women who are HIV+, because of the belief that when an older person who is HIV+ sleeps with a virgin child, they will be cured. Also, women who are suf-

fering from STI's find it easier to scratch the itchy sores inside their vaginas by having sex with a small penis. (Children's Press Bureau 2008)

Jungen schweigen häufiger über diese Vorkommnisse – nicht nur weil sie sich schämen, sondern weil auch die Erwartungshaltung der sambischen Gesellschaft an Jungen Stärke und nicht Schwäche vorgibt (Children's Press Bureau 2008). Derzeit kümmert sich in Sambia nur eine Organisation, die *Young Men Christian Association* (YMCA), um sexuell misshandelte Jungen. Obwohl es eine dringliche Notwendigkeit wäre, auch diese Form des Missbrauchs einer breiten Öffentlichkeit zu vermitteln, gibt es keine Medienkampagnen dazu. Aufklärungskampagnen ignorieren sexuell missbrauchte Jungen und fokussieren den sexuellen Missbrauch von Mädchen. Die Botschaften der Plakate zielen ausschließlich auf den Schutz von Mädchen und jungen Frauen.

In den letzten Jahren ist immer wieder betont worden, dass es stärkere Strafen für den sexuellen Missbrauch an Kindern geben solle. Die Regierung hat reagiert und die Strafen erhöht. Dennoch fehlt es oftmals an der Einsicht, dass Sex mit Kindern ein Straftatbestand ist.

Some people may find it surprising to note that some adults do not know that having sexual intercourse with a child is wrong. Usually it is those people who are advised by traditional healers to sleep with a child in order to be cured of AIDS. Evidently, there is need to sensitise people that it is indeed a heinous crime to sleep with a child; it carries a maximum sentence of life imprisonment. Traditional healers who tell people to sleep with children are given the same sentence as the defiler.

(Children's Press Bureau 2008: 35)

Wie das Zitat zeigt, stehen oft traditionelle Heiler in Verdacht, HIV-positiven Männern zu Vergewaltigungen von Jungfrauen zu raten. Diese Anschuldigung wird von der Vereinigung der *Traditional Healer Practitioners of Zambia* vehement zurückgewiesen und in der letzten Zeit wird häufig über die gute Zusammenarbeit von Heilern und Medizinern berichtet.

In den sambischen Zeitungen findet das Thema Vergewaltigungen eine rege Resonanz. Die beiden in dieser Studie näher untersuchten Tageszeitungen *The Post* und *The Zambia Daily Mail* berichten hauptsächlich über Vergewaltigungsfälle in der Hauptstadt, aber auch aus anderen Regionen Sambias. Der folgende sechsspaltige Artikel mit gefetteter Headline „*Kapiri Mposhi man defiles 9-year-old girl*“ vom 29. Mai 2008 aus *The Post* berichtet in zwei kurzen Spalten von der Vergewaltigung eines Schulkindes im Kapiri-Mposhi-Distrikt und verweist in den anderen vier Spalten auf fehlende Bezüge für Polizisten dieser Region, die nun mit einem Streik drohen.

10 • HOME NEWS

THE POST, Thursday May 29, 2008

By Gillian Namungala
A 40-YEAR old man has allegedly defiled a 9-year-old girl of chief Mukonchi's area in Kapiri Mposhi district.

Chief Mukonchi confirmed the incident that happened last Sunday night.

He identified the man as Isaac Mulenga.

He said Mulenga took the girl who is in grade one from the crowd to a nearby bush where he defiled her.

Kapiri Mposhi man defiles 9-year-old girl

Chief Mukonchi said that according to the girl's narration, Mulenga took her to the bush, made her to undress, lie on the ground and had sex with her.

He said the girl was taken to Kabwe General Hospital where it was con-

firmed she was defiled.

Meanwhile, police officers working at Kapiri Mposhi Weighbridge have threatened to abandon work if the Ministry of Works and Supply does not pay their meal allowance arrears.

A police officer who

spoke on condition of anonymity said since the weighbridge was opened last year, they have only received meal allowance once.

The police officer wondered how corruption could end when those working at the weigh-

bridge were not being paid.

"There is no way you can stop an officer from receiving money from people if you are not giving them anything," he said.

"We are tired of submitting our names and yet no

money is coming. So far we are owed millions of kwacha in unpaid meal allowances," said the officer.

Literacy campaigns have weekend,

Abb. 152 Zeitungsartikel aus *The Post*

Quelle: *The Post* 29.5.2008

Die Berichterstattung der Zeitungen divergiert stark: Während *The Post* äußerst plakativ über die Geschehnisse (zumeist über sexuellen Missbrauch von Kindern) berichtet und keine Informationen über die mutmaßlichen Vergewaltiger und deren Bestrafung gibt (siehe Abb.152), informiert *The Zambia Daily Mail* hauptsächlich über Gerichtsverfahren, Anklagen und Gefängnisstrafen. Als staatlich geführte Zeitung versucht *The Zambia Daily Mail* hiermit deutlich zu machen, dass es Strafen für Vergewaltigung und Mittäterschaft gibt und dass diese auch von Gerichten verhängt werden. Besonders häufig und rigoros wird die Mithilfe bei der „Beschaffung“ von Jungfrauen bestraft.

Medienresonanz zum Thema Vergewaltigungen und Jungfrauenmythos gab es in Kanyama kaum. Das lag hauptsächlich daran, dass in Kanyama selbst keine Poster, Plakate oder Flyer zu diesem Thema angebracht waren. Das einzige Poster (Abb.153), das in Kanyama während der Feldforschung zu sehen war, war öffentlich nicht zugänglich. Es hing im Aufenthaltsraum eines der wenigen Waisenhäuser. Es richtet sich in seiner Botschaft an die Zielgruppe der Mütter. Dieses Poster erschien in einem Waisenhaus ein wenig befremdlich. Mütter gab es hier keine. Einzig und allein die Betreuer der Waisen Kinder könnten sich von der Botschaft auf dem Plakat angesprochen fühlen und mit den Waisenkindern über sexuellen Missbrauch sprechen.⁸²

Insgesamt gesehen handelt es sich um ein wirkungsvolles Poster, welches allerdings nicht richtig verortet war.

⁸² Ein schwieriges Unterfangen, da die Mitarbeiter im Waisenhaus nicht psychologisch für eine solche Aufgabe geschult sind. Die meisten dort lebenden Waisen Kinder waren Opfer von Missbrauch und bräuchten dringend therapeutische Hilfe in der Aufarbeitung ihrer bereits bestehenden Traumata.



Abb. 153 Poster zum Thema sexueller Missbrauch in Kanyama

Quelle: Partnership against Gender-based and Sexual Violence against children and women in Zambia 2007

Foto: Annabelle Springer 2008

Nur die Patientinnen und Patienten, die auch außerhalb Kanyamas verkehrten, hatten die Möglichkeit, diese Plakate wie zum Beispiel die Abbildung 151 an größeren Straßenkreuzungen oder Kreisverkehren im Zentrum von Lusaka zu sehen. Bei Frauen wie Männern waren dies nur knapp zehn Prozent. Das Thema Vergewaltigungen und Jungfrauenmythos war aber allen bekannt. 80 Prozent der Männer und 100 Prozent der Frauen wussten über den Jungfrauenmythos Bescheid. Die 20 Prozent der Männer, die den Jungfrauenmythos nicht kannten, konnten zwar keine Beziehung zwischen den Vergewaltigungen und der „Heilung“ von AIDS herstellen, waren sich aber im Klaren darüber, dass auch Minderjährige und Kinder Opfer von Vergewaltigungen wurden. Alle Interviewten waren der Meinung, dass Aggressivität, Kriminalität und Gewaltanwendungen in den letzten Jahren zugenommen haben. 60 Prozent der interviewten männlichen Patienten kannten Vergewaltigungsfälle hauptsächlich aus dem Radio. Die Vorfälle waren jedoch nicht aktuell – teilweise wurden Fälle vom Ende der 1990er Jahre und von Anfang des neuen Jahrtausends angegeben. Es entstand der Eindruck, dass man zwar von dem Jungfrauenmythos gehört habe und auch einige Heiler in diese Vorfälle verstrickt gewesen seien, aber dass dies schon lange Zeit vorbei sei. Dies ist ein deutlicher Widerspruch zu der Aussage, dass die Gewaltanwendungen in Kanyama zugenommen haben und zu der Tatsache, dass die Lage in Hinblick auf den Jungfrauenmythos nach wie vor äußerst angespannt ist. Denn die weiblichen Patienten nannten überwiegend aktuelle Beispiele von Vergewaltigungen, die in den letzten Monaten, zumeist sogar in Kanyama selbst, verübt worden waren. Ihre Erzählungen brachten das gesamte tragische Ausmaß des Themas zu Tage: Einige kriminelle Männer missbrauchten ihre Kinder, Nichten und Stieftöchter, ein Stiefbruder verging sich an seiner Stiefschwester, ein Lehrer an seiner Schülerin, der Nachbarsohn an der Nachbarstochter und Menschen, die mit dem Virus lebten, suchten sich nach wie vor ihre „Jungfrauenopfer“. Von diesen Vorfällen hatten die Frauen auf dem Markt gehört oder von Freunden oder Bekannten berichtet bekommen. Sie bedienten sich dabei eines Mediums, welches eine noch schnellere Verbreitung gewährleistet als das Radio: das sogenannte *radio trottoire*. Es ist besonders effektiv in der Verbreitung von Nachrichten, Neuigkeiten und Gerüchten (Schmidt 2004, Förster 2007). Im öffentlichen Raum kommen die Menschen ins Gespräch und tauschen Neuigkeiten aus. Auf diese Weise verbreiten sich Nachrichten auf lokaler bis regionaler Ebene äußerst schnell, so

auch Nachrichten über Vergewaltigungen und andere Formen des Missbrauchs. Die Frauen erhielten auf diese Weise Informationen über Vergewaltigungsfälle in ihrer direkten Nachbarschaft. Eine Patientin erklärte, sie sei nicht verwundert, so viel über Vergewaltigungen zu hören, denn diese würden jeden Tag in Kanyama passieren, doch nur selten würden sie angezeigt. Fraglich bleibt aber, warum die Männer in den Interviews keine aktuellen Missbrauchsfälle nannten. Ob sie dieses Wissen nie erhalten, überhört oder verdrängt haben oder es einfach nur von sich weisen wollten, bleibt ungeklärt.

4.3.3 ZUSAMMENFASSUNG

Die Studie zeigt, dass Geschlechterungleichheiten durch die HIV-Epidemie noch um ein Vielfaches verschärft werden. Durch den krankheitsbedingten Ausfall von Arbeitskraft und mangelndes Einkommen werden die Ressourcen immer knapper. Dies führt dazu, dass geschlechts- und altersbedingte Unterschiede weiter ausgeprägt werden. Die Situation hat sich aber im Laufe der Zeit bereits auch in mancher Hinsicht verbessert. Zum Beispiel sind die institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen für eine Gleichberechtigung der Geschlechter in Sambia gut verankert.⁸³ Im Kabinett gibt es eine Abteilung *Gender and Development*, welche für die Umsetzung des nationalen Plans für Gleichberechtigung verantwortlich ist. Kritisch an dieser Angelegenheit bleibt aber, dass für die Implementierung keine ausreichenden personellen, finanziellen und physischen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden (FAO 2003). Auch die Frauen beginnen langsam, sich ihrer Rechte bewusst zu werden. So werden beispielsweise nicht ausreichend, aber zumindest immer häufiger Missbrauchsfälle bei der Polizei angezeigt.

Die derzeitigen Gesetze sind aber noch nicht streng genug, um wirklich eine Abschreckungsfunktion zu haben. Viele Frauen und Kinder werden Opfer von physischem und psychischem Missbrauch. Bei dieser Studie haben die meisten Frauen so viel Angst vor ihren Ehemännern oder Partnern, dass sie ihren HIV-Status verheimlichen. Sie verstecken ihre Medikamente und geraten immer wieder in Erklärungsnot. Vor allem die besonders vulnerable Gruppe der Ehefrauen wird von den Kampagnen nicht fokussiert.

Frauen sollten jedoch nicht generalisierend als Opfergruppe betrachtet werden. Frauen sind zwar anfälliger für eine Infektion mit dem Virus und aufgrund ihrer gesellschaftlichen Rolle einer größeren Gefahr ausgesetzt, bilden aber keine homogene Gruppe und unterscheiden sich in ihren Handlungen.

In Abgrenzung zu früheren Darstellungen von Frauen als einheitlich betroffene Gruppe zeigen neuere Studien Unterschiede und Konflikte zwischen Frauen. So sind insbesondere junge Frauen zwischen 15 und 29 sowie verwitwete und geschiedene Frauen von einer Infektion und der damit einhergehenden Stigmatisierung betroffen (vgl. Baylies 2000). (Offe 2005).

⁸³ Für weitere Informationen zum den gesetzlichen Rahmenbedingungen in Sambia siehe *Human Rights Watch* 2002: 51-73 und *Human Rights Watch* 2007b: 52-65.

Darüber hinaus ist diese Form der Verallgemeinerung scharf kritisiert worden, da sie die Opfer zu hilflosen Geschöpfen macht, die sich selbst nicht wehren können und aus diesem Grund keine Initiative zeigen. Dies erschwert vielen Hilfsorganisationen vor Ort nicht nur den Zugang zu den Menschen, sondern auch, diese zu motivieren. Sie müssen selbst aktiv werden, um eine Veränderung zu bewirken und dürfen nicht in der Opferrolle verharren.

Armchair commentators often criticize those who advocate community-level approaches to HIV-prevention as 'victim blaming', through placing responsibility for social change on communities who are in fact the victims of economic inequalities beyond their control. Such critics often advocate strategies such as the global redistribution of wealth as the only solution to the epidemic. [...] These generalizations lead to despair and hopelessness because sweeping analyses of this nature do not have immediately actionable implications for those facing the enormity of the death and suffering that exist at the coal-face of the epidemic in deprived communities. (Campbell 2003: 105)

Im Unterkapitel über die *sugar mummies* und *sugar daddies* wurde deutlich, dass Frauen auch in einem anscheinend nicht-gewalttätigen Kontext missbraucht werden. Junge Frauen und Männer versuchen durch sexuelle Gefälligkeiten mit älteren Partnern einen besseren Zugang zu Ressourcen zu bekommen. Dennoch haben sie häufig keine Macht, in den verschiedenen Beziehungsformen über Safer Sex und damit den Schutz vor HIV-Infektion zu verhandeln. Dieses Thema wurde nicht in den Medien visualisiert. Hingegen fanden sich einige mediale Versuche, gegen den sexuellen Kindesmissbrauch vorzugehen. Dabei stand der Schutz von Mädchen eindeutig im Vordergrund. Jungenmissbrauch wurde überhaupt nicht thematisiert. Die im Rahmen der Studie interviewten Frauen waren für das Thema empfänglicher, sprachen offen über diese Missstände und konnten zahlreiche tragische Geschichten aus ihrem direkten Umfeld erzählen. Die männlichen Patienten hingegen sprachen von dem Jungfrauenmythos eher als etwas Vergangenenem ohne aktuellen Bezug. Es soll jedoch nicht der Eindruck entstehen, dass alle Männer in Kanyama Kinder missbrauchen oder darüber nachdenken, dass sie beim Beischlaf mit einer Jungfrau von AIDS geheilt werden könnten. Im Gegenteil die Vielzahl der Männer trägt Verantwortung und kümmert sich trotz ihrer Krankheit so gut es geht um ihre Familie, Partnerinnen und Kinder. Medien könnten aber noch intensiver zur Sensibilisierung zum Thema Gewalt beitragen und so einen wichtigen Beitrag im Kampf gegen die Ausbreitung des HI-Virus leisten.

5 – VOM LEBEN, HOFFEN UND VERSTEHEN: EIN KOMMENTAR UND AUSBLICK

HIV? AIDS? Yes, we know there's a danger, but often it doesn't seem real. Is that because we believe HIV/AIDS can now be cured, thanks to new treatments? Is it because we think it only happens to others? Is it because we are not properly informed?

The truth is – HIV/AIDS is still with us. That's why it's important to talk about it and spread the message. Then maybe we'll better understand how the virus is transmitted and won't discriminate against others out of fear. Then maybe we'll break the taboo. We'll remember that we can all be affected by HIV/AIDS – we'll remember to remember. (EU-Kampagne *Aids remember me?* 2007)

Wie die Arbeit gezeigt hat, ist eine nähere Betrachtung der sambischen Medienlandschaft zum Thema HIV/AIDS und insbesondere deren Rezeption durch die lokale Bevölkerung von großer Bedeutung für die weitere Präventions- und Informationsarbeit. Das Fallbeispiel in Kanyama verdeutlicht welche besondere Aufmerksamkeit es bedarf, um eine verständliche und funktionierende Informations- und Präventionskampagne zu lancieren. Es dreht sich ausschließlich um eine funktionierende bzw. nicht funktionierende Kommunikation. Hier ist der gesamte Kommunikationsprozess von Bedeutung – von der Produktion über die Distribution bis hin zur Rezeption. Kommunikation kann nur dann stattfinden, wenn die Informationen und Botschaften so eindeutig formuliert und dargestellt sind, dass sie mühelos von den gewünschten Adressaten verstanden werden können. Dies war bei einem Großteil der betrachteten Medienkampagnen in Sambia nicht der Fall.

Das folgende Kapitel gliedert sich in zwei Teile: In einem ersten Teil möchte ich noch einmal auf die im Einführungsteil genannten Fragestellungen zurückkommen, diese zu Themengruppen bündeln und beantworten. Der zweite Teil bietet einen Ausblick auf die Themen und Wege zukünftiger Informations- und Präventionskampagnen zu HIV/AIDS in Sambia. Grundsätzlich ist anzumerken, dass es bei den gemachten Beobachtungen darum geht eine positive kritische Haltung gegenüber den medialen HIV/AIDS-Kampagnen einzunehmen. Die HIV/AIDS-Arbeit, die in Sambia getätigt wird, ist dringend notwendig und in den meisten Fällen äußerst sinnvoll und hilfreich. Es gilt Anregungen zu geben – vielleicht die Chance zu nutzen, mehr über die Verortung und Gestaltung sowie die Adressatengruppe und die zu vermittelnden Inhalte bestimmter Medien nachzudenken, um diese transparenter und damit „lesbarer“ zu machen.

5.1 ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN

5.1.1 HIV-PRÄVALENZ UND GESUNDHEITSVERSORGUNG

Warum ist die HIV-Prävalenz in den Städten so hoch?

Gibt es keine ausreichende gesundheitliche Versorgung?

Die HIV-Prävalenz in den Städten ist zumeist nicht höher als in den ländlichen Regionen, aber messbarer. Die Statistiken zum Messen von HIV-Prävalenz beziehen sich hauptsächlich auf die Daten, welche von den Krankenhäusern und Krankenstationen zur Verfügung gestellt wurden. Aufgrund der Tatsache, dass es in den städtischen Zentren einen besseren Zugang zu medizinischer Versorgung als auf dem Lande gibt, werden hier mehr Menschen untersucht und auf HIV getestet. Insbesondere Frauen, die im Rahmen ihrer Schwangerschaftsvorsorge in die Gesundheitseinrichtungen kommen, werden automatisch auf HIV getestet. Diese erhöhte Anzahl an getesteten Personen spiegelt sich in den Statistiken wider. In den ärmeren Vororten der Städte, zumeist illegalen Ansiedlungen, ist die HIV-Prävalenz deutlich höher als im Zentrum und den reicheren Vororten. Dies liegt daran, gerade sozio-ökonomische Aspekte eine entscheidende Rolle spielen und daher ressourcenarme Gebiete und Gruppierungen besonders schwerwiegend von der Epidemie betroffen sind. Neben dem erschwerten Zugang zu Informationen sind Armut und mangelnde Bildung sowie nur rudimentär vorhandene Aufklärung Gründe für eine stärkere Ansteckungsgefahr mit dem HI-Virus. Dies betrifft deutlich stärker die sozial schlechter gestellten Gebiete wie die *Compounds* rund um Lusaka als die wohlhabenden Viertel der Stadt.

Der schlechte Zustand des sambischen Gesundheitssystems ist darüber hinaus ein Grund für die mangelhafte Versorgung von HIV-positiven Menschen. Insbesondere in den ärmeren Regionen, in denen der Zugang zu gesundheitlichen Einrichtungen nur eingeschränkt vorhanden ist, ist die Situation kritisch. Auch in Kanyama spiegeln sich die Finanzknappheit und der Personalmangel im Gesundheitssektor wider. Das Kanyama Health Centre ist der einzige Anlaufpunkt für erkrankte Menschen in ganz Kanyama. Es muss mit einer sehr niedrigen Anzahl von Ärzten um die 130.000 Menschen versorgen, dazu kommen noch Patienten aus anderen *Compounds*, die sich aus Angst vor Stigmatisierung nicht trauen, in ihrem eigenen Wohnort eine medizinische Einrichtung aufzusuchen. Die medizinische Versorgung des Kanyama Health Centres ist jedoch nicht auf diese Anzahl von Menschen ausgerichtet, und die Kapazitäten der Krankenstation sind bei weitem nicht ausreichend. Das nicht vorhandene medizinische Personal wird durch angelegerte *Volunteers* ersetzt, die natürlich nicht im gleichen Maße die Qualifikation und das Wissen besitzen wie ausgebildetes Personal. In vielen Fällen ist qualifiziertes Personal im Laufe der Epidemie verstorben oder aufgrund besserer Arbeitsmöglichkeiten ins Ausland migriert (*brain drain*). Auch die steigende Migration in die urbanen Räume hat dazu ge-

führt, dass die *Compounds* in den sambischen Großstädten weiterhin anwachsen. Die finanziell schlechte Situation zwingt viele Migranten, sich in den illegalen Siedlungen niederzulassen und verschärft die sozio-ökonomische Situation und führt damit zu einer weiteren wirtschaftlichen Destabilisierung. Die meisten Bereiche sind darüber hinaus nicht an die städtische Infrastruktur angeschlossen, d.h. gibt es für die Bewohner keine Wasser- oder Stromanschlüsse, keine Kanalisation und keine Abflussrinnen, welche die jährlichen Regenfälle kontrolliert abfließen lassen würden. Dies hat die Konsequenz, dass jedes Jahr diese Gebiete überschwemmen, sich die hygienischen Zustände verschlimmern und es zu Choleraausbrüchen kommt. Neben Arbeitslosigkeit, Nahrungsmittelmangel, Malaria und Engpässen in der medizinischen Versorgung ist die HIV-Epidemie zwar von besonders großem Ausmaß in ihren Auswirkungen, aber letztlich im Leben der Menschen nur ein Trauma unter vielen.

5.1.2 MEDIENPRÄSENZ UND -DISTRIBUTION

Wie präsent sind Medien, die über HIV/AIDS berichten und wer hat Zugang dazu?

Wie sieht ihre Verotung aus?

Es gibt eine enorme Vielfalt an Medien, die sich mit dem Thema HIV/AIDS auseinandersetzen. Auf den ersten Blick scheint ganz Sambia flächendeckend mit diversen Medien, die verschiedenen Botschaften übermitteln, versorgt zu sein. In dieser Studie näher betrachteten *Compound* Kanyama ist die Situation divergent; hier gibt es nur wenige bis gar keine Medien. Zumeist handelt es sich um *talking walls* und Straßenplakate, deren Lesbarkeit durch den oftmals bereits hohen Grad der Verwitterung erschwert wird. Das Radio spielt als massenmediales Medium bei der Vermittlung von HIV/AIDS-Botschaften eine wichtige Rolle, Fernsehen und Zeitungen aufgrund des schlechten Zugangs hingegen fast gar keine. Frauen sind aufgrund des Haushalts und der Kinderversorgung häufig fest an das Gefüge des *Compounds* gebunden. Männer hingegen sind arbeitsbedingt mobiler und haben dadurch die Möglichkeit, einen erweiterten Zugang zu Medien und damit auch zu HIV-Aufklärungskampagnen zu erhalten. Gerade das Beispiel der Mobiltelefone zeigt deutlich, wie stark die Mediennutzung geschlechterspezifisch betrachtet werden muss und dass der Genderaspekt bei allen Aufklärungskampagnen eine entscheidende Rolle spielt. Materialien, welche die verschiedenen Themenbereiche einer HIV-Infektion, verständlich und für den Patienten hilfreich vermitteln, gibt es vielfältig, jedoch besteht das im Kanyama zur Verfügung gestellte Material aus kaum lesbaren Kopien, welche die für die HIV-positiven Menschen essentiellen Themen wie Nebenwirkungen der Medikamente und Ernährungsfragen nur rudimentär aufgreifen. Die Studie hat allerdings auch gezeigt, dass Menschen, die mit dem Virus leben, ihren Status aus Angst vor einer Stigmatisierung und Diskriminierung geheim halten und aus diesem Grund keine Informationen und Broschüren mit-

nehmen wollen. Die Notwendigkeit eines alternativen Lösungsansatzes, der diesen Umstand berücksichtigt, wird deutlich.

Die Verortung der Medien verdient besondere Berücksichtigung. In Kanyama wurden viele der betrachteten Medienformen unglücklich platziert: Es gab *talking walls* an der Außenmauer des Kanyama Health Centres, die von niemandem beachtet wurden, Aufklärungsplakate zum Thema Testen im Untersuchungsraum, in das nur bereits getestete Patienten kamen oder Plakate, die Eltern über Kindesmissbrauch aufklären sollten in Waisenhäusern. Die größeren Flächen, die in Kanyama für Informationskampagnen hätten genutzt werden können, da sie an öffentlich zentralen und gut besuchten Stellen gewesen wären, wurden kaum genutzt. Im Gegensatz zu anderen urbanen Regionen gab es aber auch gerade hier nur äußerst marginal andere Nutzungsformen wie Werbeflächen. Mit Ausnahme der kirchlichen Einrichtungen und Gesundheitszentren gab es keine Instanz, die Kampagnen großflächig und visuell wahrnehmbar platziert hat. Und die vorhandenen Ausnahmen waren entweder in ihrer Thematik veraltet, christlich motiviert oder aufgrund des Verwitterungszustandes kaum noch lesbar. Im Zentrum von Lusaka stellte sich das Bild allerdings ganz anders dar: Hier gab es an den großen Verkehrsknotenpunkte lesbare *talking-wall*-Botschaften und großformatige Plakatierungen von Informationskampagnen, die hauptsächlich vom Gesundheitsministerium und US-AID finanziert wurden. An den Mauern der öffentlichen Schulen gab es überall frisch aufgemalte Botschaften. Es hatte den Anschein, als ob mit diesen Plazierungen der Staat seine Präventionspflicht und den „Kampf“ gegen das Virus erfüllt hätte, ohne die für eine wirksame Kampagne notwendige Verbindung von strategisch bedachter Platzierung und intendierten Adressatengruppe zu berücksichtigen.

5.1.3 MEDIENINHALTE

Wie sieht die mediale Umsetzung aus?

Sind die Kampagnen westlich geprägt?

Welche Rolle spielt die Sprache?

Werden Frauen in den Medien ausreichend berücksichtigt?

Die gesamte HIV/AIDS-Thematik ist äußerst komplex und schwierig medial umzusetzen. Und genau hier liegt das Kernproblem. Die Aufgabe liegt darin, bestimmte Anliegen so weit textuell und visuell zu vereinfachen und gleichzeitig ansprechend zu gestalten, ohne dass Falschaussagen, Fehler oder verfälschte Sinnausdrücke entstehen. Die Studie hat gezeigt, wie schnell eine Kampagne unwirksam werden kann, wenn die Botschaft nicht eindeutig ist, keine Hilfestellung bietet oder auch keine konkreten Adressaten anspricht. Als Kernproblem bei den Informantinnen und Informanten stellt sich das nicht vorhandene Wissen über HIV/AIDS dar. Nach wie vor gibt es enorme Lücken bei Fragen der Übertragung. Die Menschen haben zumeist eine

schlechte schulische Vorbildung und kennen sich bereits in grundlegenden medizinisch-biologischen Zusammenhängen nicht aus. Darüber hinaus schränkt das gesellschaftliche Tabu, Körperkontakt öffentlich zu zeigen, klare und direkte Darstellungsmöglichkeiten stark ein.

Eine Vielzahl von sambischen HIV/AIDS-Kampagnen arbeitet nach wie vor nach westlichem Vorbild und verwendet in der Umsetzung ihrer nationalen Kampagnen westliche Slogans. Aber es gibt auch einige Hilfsorganisationen, die sich bemühen, sambische Werte und Normen in ihren Kampagnen zu berücksichtigen. Hier ist in den letzten Jahren ein Wandel vollzogen worden. Einige international initiierte Kampagnen arbeiten in diesem Sinne mit der lokalen Bevölkerung zusammen, um die Menschen mit den Botschaften besser erreichen zu können. Auch wird häufiger neben Englisch in den lokalen Sprachen gearbeitet und damit eine größere Öffentlichkeit angesprochen. Die im Kanyama Health Centre erhältlichen Kopien sind teilweise in den lokalen Sprachen wie Bemba, Nyanja, Lozi, Kaonde, Luvale und Chitonga verfasst. So offensichtlich das Verständigungsproblem auch sein mag, wenn man vor Ort in Kanyama tätig ist, so ist dennoch nach wie vor die Mehrzahl der Präventions- und Informationsbotschaften zu HIV/AIDS in Englisch. Viele Menschen in Kanyama haben aber zumeist gar kein Englisch oder dieses nur auf sehr niedrigem Niveau gelernt und aus diesem Grund nicht die notwendigen Kenntnisse, um die Botschaften überhaupt zu lesen. Für viele ist bereits das Lesen der Muttersprache – der erlernten Primärsprache – eine Herausforderung. Hier zeigt sich ein eindeutiges Kommunikationsproblem.

Der finanzielle und inhaltliche Einfluss des Westens auf die sambische Präventionsarbeit zeigt sich aber nach wie vor deutlich, insbesondere in der Vielzahl der vorhandenen Abstinenzprogramme. Das Thema Abstinenz beherrscht den sambischen Alltag – visuell präsent auf Plakaten, Postern, Broschüren oder *talking walls* – und wird von allen mehr oder weniger intensiv wahrgenommen. Das Thema verdrängt dabei alle anderen Themen wie Kondomgebrauch oder Abbau von Stigmata. Ein Grund für diese Dominanz liegt in den 56 Millionen US-Dollar, welche die US-Initiative PEPFAR Sambia für Präventionsprogramme zur Verfügung gestellt hat. Diese Unterstützung ist an die Bedingung geknüpft, 33 Prozent des Geldes in Abstinenz-bis-zur-Ehe-Programme fließen zu lassen. Die Fokussierung auf einen Aspekt des ABC-Strategieansatzes ist in den letzten Jahren sehr stark kritisiert worden. Die Kritiker meinen, dass der Enthaltensaspekts unterschiedliche moralische Standards für Mädchen und Jungen widerspiegelt und der A-Ansatz die komplexe HIV-Thematik zu stark eingrenzen und simplifizieren würde (Morrison & Fleschman 2005: 12). Stella Goings von UNICEF Sambia äußert sich in dieser Hinsicht ebenfalls skeptisch.

We need less moral correctness and more public health; otherwise, we'll miss the targets. We need a more concerted effort to bring in a more realistic public health approach, to work more effectively with local organizations, and bring clear strategies and approaches that would be more

effective. We need to foster a dialogue that puts PEPFAR in more of a listening mode, since HIV is a complex problem in a complex society. (Morrison & Fleschman 2005: 19)

Frauen werden in den Kampagnen zwar berücksichtigt, jedoch werden sie zumeist in Bezug auf den Abstinenz-Aspekt gezeigt. Die vorhandenen Poster und Abbildungen richteten sich zumeist an junge Frauen, die anhand der Kleidung, ihres wohnlichen Umfelds und Bildungsstandes aus einer eindeutig besseren Einkommensschicht kommen. Die Zukunftsperspektive einer abgeschlossenen Schulausbildung bzw. eines höheren Abschlusses entspricht in keiner Weise der Realität des Alltags der von mir befragten Patientinnen. Die gut und sportlich gekleideten Frauen und Mädchen bildeten nicht die Alltagswelt der Informantinnen ab. Diese waren in den Zwanzigern oder Dreißigern und zumeist verheiratet bzw. verwitwet und wieder in neuen Beziehungen. Für diese Gruppe schien es gar keine Kampagnen zu geben. Sie wurden von den Gestaltern der Kampagnen völlig ignoriert. Wie in der Studie klar wurde, sind aber gerade verheiratete Frauen einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt und hätten als eine wichtige Adressatengruppe erkannt werden müssen.

5.1.4 MEDIENREZEPTION

Werden Medien zu bestimmten HIV/AIDS-Themen überhaupt wahrgenommen?

Fühlen sich die Informantinnen und Informanten von den Botschaften angesprochen?

Sind die Botschaften „lesbar“?

Die Studie hat gezeigt, dass es in Sambia zwar grundsätzlich eine Vielfalt von Medien zum Thema HIV/AIDS gibt, sich die Situation in Kanyama aber deutlich anders darstellt. Im öffentlichen Raum gibt es nur wenige Medien, welche das Thema aufgreifen. Die Informantinnen und Informanten nehmen diese Themen äußerst eingeschränkt wahr. Gründe für diese Nicht-Wahrnehmung waren häufig eine falsche Verortung der Medien, die Ansprache einer anderen Adressatengruppe und nicht eindeutige Botschaften der Kampagnen. Anhand der Kampagnen, welche über die Nicht-Übertragungsmöglichkeiten des HI-Virus informieren, zeigt sich beispielsweise die Bedeutung von eindeutigen Darstellungen. Die nicht eindeutigen Zusammenhänge einer Übertragung des Virus führen bei den Informantinnen und Informanten zu Unsicherheiten, die zu weiteren Stigmatisierungen führen können. Hinsichtlich der Verortung von Medien zu HIV/AIDS fiel am deutlichsten die Fehlplatzierung eines Plakats im Behandlungszimmer des Centers auf, auf dem zum Testen aufgerufen wurde. Die interviewten Patientinnen wurden von dieser Abbildung nicht angesprochen, da sie bereits getestet waren, HIV-positiv sind und eindeutig nicht zur Adressatengruppe der Kampagne gehören. Manche Themen, die in der HIV-Therapie von großer Bedeutung sind und sich auch in Kampagnen wiederfinden wie u.a. eine gesunde Ernährung fielen den Informantinnen und Informanten nicht

auf. Das Thema war ihnen nach Rückfrage bekannt und auch wichtig, jedoch konnten sie diesen Aspekt nicht eigenverantwortlich kontrollieren. Viele von ihnen bekommen Nahrungsmittelpakete vom Health Centre zur Verfügung gestellt, da sie ansonsten noch nicht einmal zwei Mahlzeiten pro Tag zu sich nehmen könnten. Die vielen Patientinnen, die ihren Status vor ihren Männern geheim halten, können noch nicht einmal auf diese Pakete zurückgreifen. Sie sind froh, wenn ihnen die Grundnahrungsmittel zur Verfügung stehen. Die Bewerbung einer ausgewogenen nährstoffreichen Ernährung ist für sie nicht von Interesse, da es kein realistisch erreichbares Ziel darstellt. Kampagnen zu diesem Thema, obwohl vorhanden, wurden einfach nicht gesehen.

Die Studie hat gezeigt, dass es eine deutliche Diskrepanz zwischen den von den Medien vermittelten Botschaften und der Resonanz darauf gibt. Besonders deutlich wurde dieser Aspekt bei der Kommunikation des ABC-Programms. Die Fülle von Abstinenz befürwortenden Programmen berücksichtigt ebenso wenig wie die Werbung von Kondomgebrauch, dass viele Frauen gar nicht die Möglichkeit haben, diese Aspekte in ihren Beziehungen einzufordern. Bei den Kampagnen wurde nicht berücksichtigt, dass das Verhalten der Menschen nicht nur von persönlichen und rationalen Entscheidungen des Einzelnen abhängt, sondern durch das soziale Umfeld und die jeweilig bestehende Machtverhältnisse. Die Dominanz der Enthaltensamkeitsprogramme führt zwar dazu, dass diese Botschaft insbesondere von den Informantinnen gut wahrgenommen wurde, ließ aber auch Menschen auf diese Botschaft reagieren, die primär nicht adressiert werden sollten. So richteten auch einige verwitwete HIV-positive Frauen ihr Leben ausschließlich auf die Enthaltensamkeitsbotschaft aus. Die männlichen Patienten fühlten sich weniger vom Abstinenzprogramm als von der Verwendung von Kondomen angesprochen. Hier wurde deutlich moniert, dass der Zugang zu Kondomen zwar über das Health Centre möglich sei, Kondome aber ansonsten teuer und schwer erhältlich seien. Ein ausbalancierter Ansatz mit A-, B- und C-Aspekten wurde gar nicht wahrgenommen: Man entschied sich zumeist entweder für die Abstinenz oder den Kondomgebrauch. Die überwältigende Dominanz der Abstinenzprogramme liegt eindeutig in den von PEPFAR initiierten Kampagnen, die das Thema HIV/AIDS in Sambia äußerst einseitig angehen und keine Alternativen zur Abstinenz bieten.

Abschließend kann man sagen, dass sich die Informantinnen und Informanten grundsätzlich mehr Informationsmaterial gewünscht hätten. Insbesondere wären sie gerne mehr über Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie aufgeklärt worden. Sie erhofften sich, offener über ihre Krankheit sprechen zu können und dass Stigmatisierung und Diskriminierung ein Ende nähmen.

5.2 AUSBLICK

5.2.1 ALTE UND NEUE THEMEN IN HIV/AIDS-KAMPAGNEN

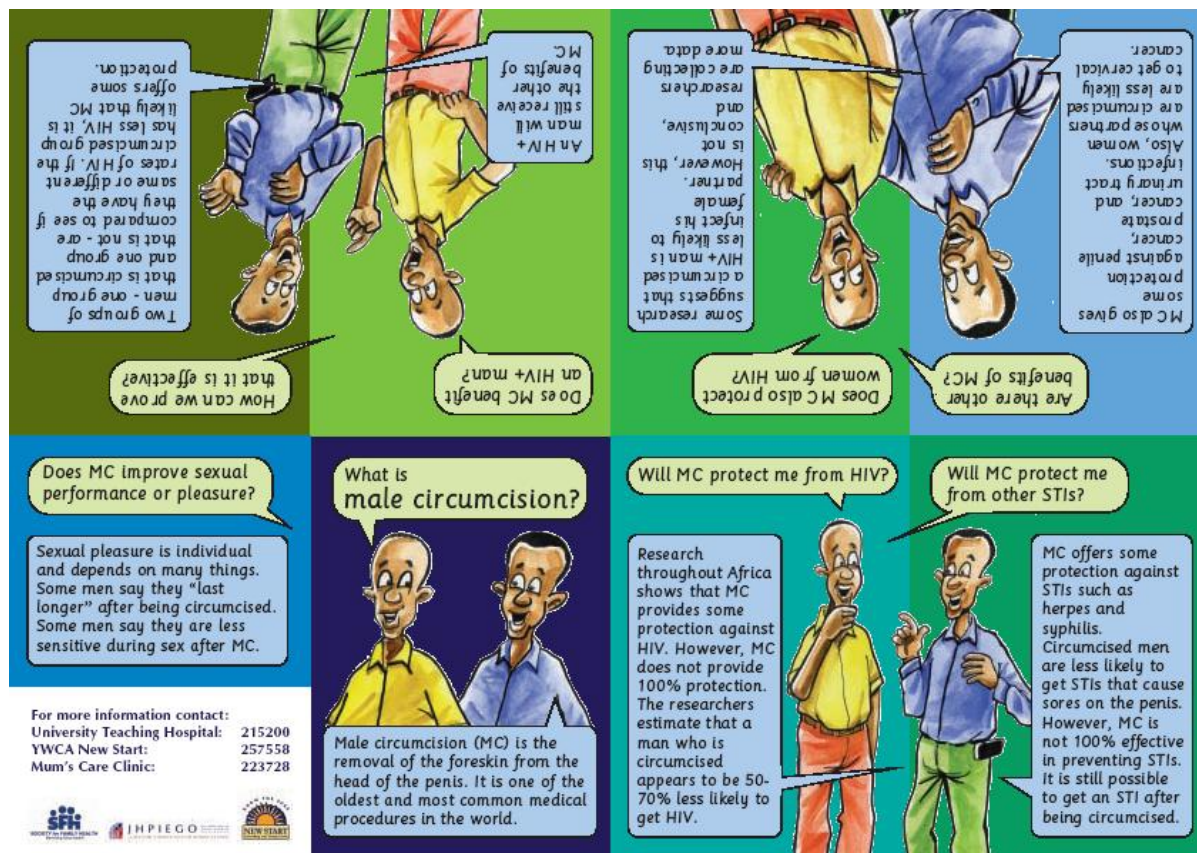


Abb. 154 Flyer zum Thema Beschneidung
 Quelle: Society for Family Health Zambia 2007

Die Studie hat gezeigt, dass Kampagnen bestimmte Themen der HIV/AIDS-Arbeit nicht mehr zentraler Bestandteil gegenwärtiger Kampagnen sind. So sind zum Beispiel Kampagnen, die sich für die Pflege der Betroffenen, die Versorgung von Hinterbliebenen und den Abbau von Stigmata einsetzen, aus dem Blickfeld verschwunden. Eine Wiederbelebung dieser Kampagnen wäre äußerst sinnvoll. Ebenfalls müsste es eine Neuauflage von Kampagnen geben, die über die Übertragungswege aufklären, denn die Unwissenheit führt zu Unsicherheit und damit zu weiteren Stigmatisierungen.

Ein Thema, welches 2008 national von großer Bedeutung und auch in den Medien immer wieder besprochen wurde, war die Beschneidung von Männern zum Schutz vor einer HIV-Infektion. Eine Vielzahl von Zeitungsberichten und Radiosendungen beschäftigt sich mit diesem Thema. Auch gibt es einige Broschüren, die sich des Themas annehmen, aber auch diese Informationen, ähnlich wie bei anderen Informationsmaterialien, sind in Kanyama nicht erhältlich. Das Thema wurde in den von mir gesehenen Bereichen nicht visualisiert. Bereits Mitte 2007 wurde die Beschneidung von Männern als ein möglicher Schutzfaktor bei der Übertragung von HIV/AIDS von UNAIDS und WHO anerkannt. Obwohl es nach wie vor noch keine eindeutigen Beweise dafür gibt, dass die männliche Beschneidung eine Übertragung des HI-Virus verringert

oder sogar abwehrt, ist die Nachfrage nach sicheren und finanzierbaren Beschneidungen auch in Sambia extrem gewachsen (mittlerweile mit Wartezeiten bis zu vier Monaten). Besonderes Aufsehen erregte eine im Januar 2008 im BBC-Radio live übertragene Reportage einer Beschneidung, welche die konservativen Gemüter erneut in Rage brachte, die ein solches Thema nicht öffentlich diskutiert sehen wollten. Das Thema männliche Beschneidung ist aber nicht mehr aus den Präventionskampagnen wegzudenken und ist, falls es wahrhaftig eine Übertragung erschwert bzw. verhindert, ein sehr nützliches und sinnvolles Element in der Präventionsarbeit. Wichtig an dieser Stelle ist aber zu erwähnen, dass dieser zusätzliche Schutz für Männer nicht auf Kosten der Frauen beworben werden sollte: Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass Frauen als einzige den Virus verbreiten, im Gegensatz zu Männern, die sich vor einer Infektion nun schützen können und sich die Schuldfrage so eindeutig auf die Frauen projizieren lässt. Ein schwieriges Unterfangen, welches aber nicht in den Hintergrund gedrängt werden darf, damit Frauen in Zukunft nicht einer noch größeren Stigmatisierung ausgesetzt werden.

5.2.2 INNOVATIVERE WEGE DER VERMITTLUNG

Die meisten Präventions- und Informationskampagnen zu HIV/AIDS werden massenmedial vermittelt. Obwohl in den letzten Jahren auch immer mehr ein so genannter Medienmix eingesetzt wird, um Kampagnen erfolgreicher zu gestalten, ist es mit dieser Form der Kommunikation eher schwierig, auf bestimmte lokale Eigenheiten, Bedürfnisse und kulturelle Gegebenheiten einzugehen. Um flexibel auf die sinkende Akzeptanz von Kommunikationsinhalten in bestimmten Kontexten reagieren zu können, müssen sich die Produzenten von Kampagnen Gedanken darüber machen, wie die Botschaften auf einer lokal differenzierten Ebene verständlich kommuniziert werden können.



Abb. 155 Theater- und Musikgruppe in Kanyama
Foto: Generalissimo Brando 2007

Einige Kampagnen in dieser Studie haben gezeigt, dass verschiedene Themen nur äußerst schwierig in Form von Printmedien (Postern, Plakaten, *talking walls*) vermittelt werden können. Entweder waren sie aufgrund von gesellschaftlichen Tabus bildlich nicht klar genug dargestellt oder sie konnten aufgrund ihrer Verortung nicht genügend Menschen und auch nicht genau die richtige Zielgruppe erreichen. Für die Patientinnen und Patienten im Kanyama Health Centre müsste es die Möglichkeit geben, ausführlich über bestimmte Themen in Bezug auf ihre Erkrankung informiert zu werden. Denkbar wäre hier die Einrichtung sogenannter „Informationsräume“, in denen ausreichend Informationen in den jeweiligen lokalen Sprachen und eine telefonische Verbindung zur *HIV-Hotline* vorhanden wären. Auch wäre es äußerst sinnvoll, in der weiteren AIDS-Arbeit verstärkt mit visuellen Anreizen (Bildern) und einer Gestaltung gemäß lokaler Konventionen/ Bildtraditionen zu arbeiten, um damit die Themen ansprechender, lesbarer und für die lokale Bevölkerung einfacher verständlich zu vermitteln. Eine Alternativlösung, die im öffentlichen Raum genutzt werden könnte, stellen in diesem Zusammenhang kleine Theatergruppen dar. Zumeist sind diese im Rahmen von Therapiegruppen und Anti-AIDS-Clubs entstanden und treten vor Gesundheitseinrichtungen, in Schulen, aber auch auf Marktplätzen und in anderen öffentlichen Einrichtungen auf. Musikalisch unterlegt sprechen oder singen sie über Infektionswege, Stigmata und *Positive Living* und erreichen so eine breite Öffentlichkeit, bestehend aus Passanten, Patienten, Schulkindern und Geschäftsleuten. Die Informationen werden durch diese Art der Vermittlung lebendig. Die Menschen können zuhören, ohne Angst haben zu müssen, sich bei Interesse an dem Thema in irgendeiner Form preis zu geben und in Konsequenz Opfer von Stigmatisierung zu werden. Viele Themen können auf diese Weise leichter angegangen werden. Der Unterhaltungsfaktor spielt in der Vermittlung von Informationen zu HIV/AIDS eine wichtige Rolle. Dadurch bleibt auch häufig mehr Information bei den Zuschauern in Erinnerung. Im Anschluss an eine solche Aufführung haben die Menschen auch die Möglichkeit, sich mit anderen über dieses Thema zu unterhalten, das heißt offen zu kommunizieren.

Es ist immer von großer Bedeutung, dass man abwägt, welches Medium für die Vermittlung bestimmter Themen in dem jeweiligen lokalen Kontext am sinnvollsten ist. Das Radio darf als überzeugendes Mittel in der Massenkommunikation nicht außer Acht gelassen werden. Dennoch sollte gerade die persönliche Ansprache verstärkt in den Vordergrund von Kampagnen auf lokaler Ebene gesetzt werden. Es ist ein Versuch aus der rein anonymen Ansprache einen doch persönlicheren Kontakt zu den Menschen aufzunehmen und sie über HIV/AIDS informieren und sensibilisieren zu können.

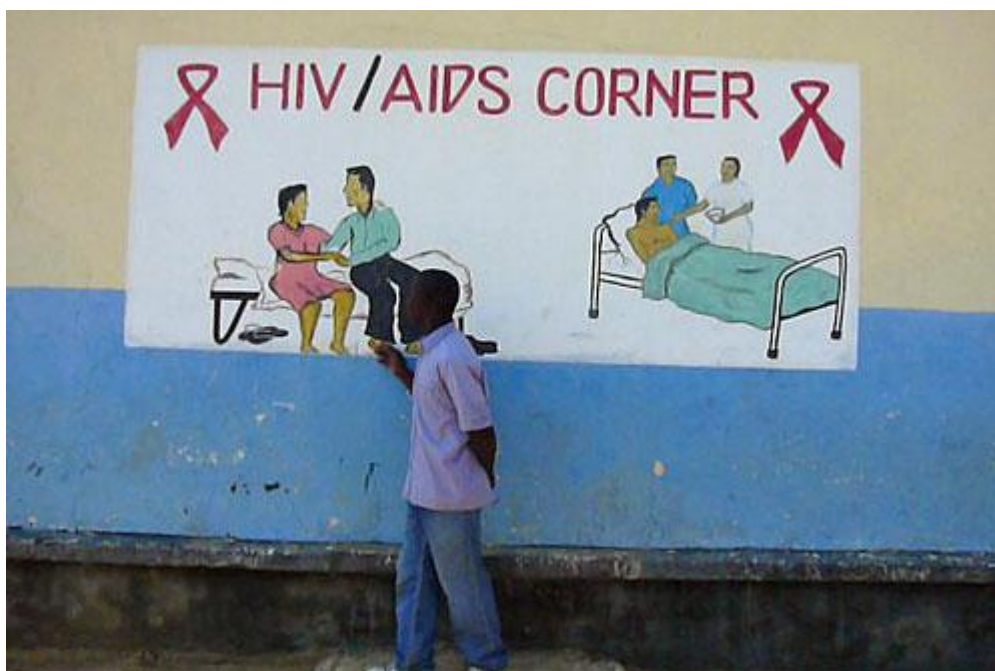


Abb. 156 Talking wall an der Masopo Basic School, Choma-Provinz
Quelle: US Fund for UNICEF/ Casey Marsh 2008

Eine weitere gelungene Form der Vermittlung, die über einen massenmedialen Ansatz hinaus geht und gerade eine interpersonelle Kommunikation darstellt, soll an dieser Stelle noch kurz skizziert werden. Die meisten *talking walls* zum Thema AIDS befanden sich in Lusaka an Schulgebäuden. Einige Schulen haben im Laufe der Epidemie so genannte HIV/AIDS-Ecken eingerichtet. Anhand einer *talking wall* werden bestimmte Themen zur HIV/AIDS-Thematik visualisiert und von einer Schülerin oder Schüler, die über die Thematik aufgeklärt wurden, in den jeweiligen Unterrichtspausen näher erläutert. Die *talking wall* hat damit nicht die Aufgabe, ohne weitere Hilfestellung selbsterklärend zu sein, und der Betrachter wird durch die ergänzenden Erklärungen der verantwortlichen Schülerinnen und Schüler nicht fehlinformiert. Auch dieses Beispiel gibt durch die direkte Ansprache eines genau fixierten Zielpublikums Raum für Kommunikation. Die sonst sehr einseitige Kommunikation von Postern und Plakaten bekommt eine persönliche Nuance. Dabei wird eine Botschaft gesendet, die auf jeden Fall vom Empfänger verstanden werden kann – Verständnisfragen oder Missverständnisse können direkt vor Ort geklärt werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass massenmedial vermittelte Informationen zwar ein allgemeines Bewusstsein für eine Thematik schaffen können, aber erst der interpersonelle Bezug dazu führt, dass ein Individuum sich Gedanken über eine Verhaltensänderung macht.

5.2.3 NEUE HOFFNUNG: „Wir fühlen uns als Sieger, nicht als Verlierer“



Abb. 157 Hauspflegedienst des Kanyama Health Centre
Foto: Annabelle Springer 2008

Die Analyse hat gezeigt, dass man HIV/AIDS niemals isoliert betrachten kann, da immer politische, gesellschaftliche, kulturelle, ökonomische oder religiöse Faktoren mit hineinspielen, die für die Interpretation ausschlaggebend sind. Alle diese Faktoren spielten in meiner Studie eine wichtige Rolle. Für die interviewten Patientinnen und Patienten im Kanyana Health Centre war die Einführung von ART der Moment, der alles veränderte. Ein Großteil der Menschen, die ich während meiner Feldforschungszeiten kennen lernen durfte und die mit HIV leben, strahlten Stärke, Hoffnung und Zuversicht aus. Dies wurde ihnen durch ihre Teilnahme am antiretroviralen Programm ermöglicht. In vielen Regionen, in denen es keinen Zugang zu ART gibt und die Menschen sich mit ihrem Sterben auseinandersetzen müssen, gibt es Programme, die versuchen, mit den Traumata der Menschen, die mit dem Virus leben, umzugehen. Es handelt sich dabei um so genannte Erinnerungsprojekte (*Memory projects*), welche den Menschen, für die der Tod in nächste Nähe gerückt ist, die Möglichkeit geben sollen, für sich und ihre Angehörigen eine Form des Abschiednehmens zu finden. Dies findet in Form von Erinnerungsbüchern oder -kisten statt, in denen die HIV-Positive Erinnerungen für ihre Kinder aufschreiben oder Erinnerungsstücke sammeln. In den letzten Jahren haben viele Reportagen von Erinnerungsprojekten berichtet. Der Schriftsteller Henning Mankell ist einer der berühmtesten Vertreter in der literarischen Auseinandersetzung mit dem Thema AIDS und Trauma. In seiner Publikation „Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt“ erzählt er die authentische Geschichte eines ugandischen Mädchens, dessen Mutter an AIDS stirbt und welche Formen der Bewältigung für diesen Abschied gewählt werden. Im Kanyama Health Centre wurde diese Form der Traumabearbeitung weder angeboten noch war sie dem medizinischen Personal bekannt. Mit dem Zugang zu ART

wird das Thema Sterben nicht mehr kommuniziert. Viele der Patientinnen und Patienten sehen in der Therapie die Chance einer Lebensverlängerung und haben konkrete Zukunftspläne. Sie wollten eine neue Partnerin oder einen neuen Partner finden und sich Kinderwünsche erfüllen. Mit ART scheinen sie dem Tod entkommen zu sein und verdrängen die Tatsache, dass es nach wie vor noch keine Heilung für eine Infektion mit dem HI-Virus gibt. Auch in nationalen Printmedien wie Magazinen und Zeitungen wurde nicht mehr über die Tödlichkeit des Virus gesprochen, sondern das „positive“ Leben mit dem Virus in den Mittelpunkt gestellt. Dies spiegelte sich besonders deutlich in den Kontaktanzeigen junger Frauen im Magazin „*Beauty. The Woman's Magazine Zambia*“ vom Mai 2008 wider.

I am a 42 years female with no child, a divorce and HIV+ looking for a serious man aged 45 to 50 years, must also be HIV+.

I am a 36 year old lady with three kids and am HIV positive, looking for a man who is also with the same status and serious about life.

I am a 39 year old widow, HIV+ and living positively. I am a high school teacher, looking for a man who is diplomatic, tactful, serene and mature. I enjoy cooking, baking, taking long, long walks and relaxing with a good book.

(*beauty The Woman's Magazine* 2008: 4-10)

Es ist legitim, dass die Patientinnen und Patienten, die mit ART behandelt werden, ihr „verlängertes“ Leben mit neuen Inhalten füllen und das Thema Tod, Sterben und Trauer ausblenden. Dennoch müssen Traumata meiner Ansicht nach unabhängig von ART individuell und kollektiv bearbeitet werden. Die Auswirkungen der HIV-Epidemie auf das Leben der Menschen und auf das Schicksal von Individuen sind enorm. Eine psychosoziale Betreuung der Menschen, die mit dem Virus leben, müsste zur Standardausstattung jeder Gesundheitseinrichtung gehören, auch wenn sie ART anbietet. Doch auch hier sind nicht ausreichend finanzielle und personelle Ressourcen vorhanden. Auch wenn sich der Schwerpunkt der Projekte durch ein verlängertes Leben mit ART verlagert hat, darf nicht außer Acht gelassen werden, dass mittlerweile jede sambische Familie von der HIV-Epidemie betroffen ist und viele Traumata noch bearbeitet werden müssten.

Meine Untersuchungen haben gezeigt, dass es im Bereich Medien und HIV/AIDS noch eine Vielzahl von Faktoren zu berücksichtigen gilt, um die Aufmerksamkeit der lokalen Bevölkerung zu bekommen und dadurch Verhaltensänderungen bewirken zu können. Massenmediale Kampagnen mit verallgemeinernden Inhalten und Botschaften können nicht auf die Gesamtbevölkerung einer Nation übertragen werden, da die sozio-kulturellen Hintergründe und Umstände von Gruppierungen und Regionen nicht immer identisch sind. Maßnahmen müssen zudem bedarfsorientiert sein. Sie sollen nicht nur die kulturellen Eigenheiten einer Gruppe berücksichti-

gen, sondern auch dem jeweiligen Kontext angepasst sein. Von besonderer Bedeutung ist die Notwendigkeit von Hilfestellungen, d.h. die jeweiligen Kampagnen müssen den Menschen Optionen oder konkrete Hilfe geben, wie etwas umgangen, verhindert oder verbessert werden kann. Ohne diese Hilfestellungen neigen Menschen dazu, Botschaften zu ignorieren oder nicht auf sich zu beziehen. Dies kann auch zu einem Gefühl der Hilflosigkeit führen, obwohl es gerade von großer Bedeutung ist, Eigenverantwortung und Selbsthilfe zu fördern. Eine enge Zusammenarbeit mit der lokalen Bevölkerung, mit den lokalen Autoritäten der jeweiligen Gebiete und anderen Vertretern der Region wie zum Beispiel den religiösen Gemeindevorstehern, traditionellen Heilern und lokalen Hilfsorganisationen führt zu einem besseren Verständnis für die notwendigen Bedürfnisse und zu initiierten Maßnahmen in einer Region. Eine Integration von lokalen Vertretern kann die Akzeptanz von Themen, die ansonsten vielleicht nur äußerst schwierig zu vermitteln wären, vereinfachen. Die Bedeutung, welche einer an die Bedürfnisse und Bedingungen der Zielgruppe orientierten Präventionsarbeit auf lokaler Ebene zukommt, wird offensichtlich. Diese Orientierung sollte sich in der Wahl geeigneter Medien, verständlicher Medienbotschaften und eindeutiger Mediendarstellungen niederschlagen und auch zukünftig konsequent verfolgt werden.

We must not lose our sense of responsibility towards the new generations and our commitment to improve prevention strategies. AIDS must not 'go out of fashion,' as we heard from many journalists and sponsors. The subject must stay high on the agenda for all those who work in the fields of health and education. (Cochrane & Cucco 2000: 13)

BIBLIOGRAFIE

- Abu-Lughod, Lila (2005): *Dramas of Nationhood: The Politics of Television in Egypt*. Chicago: University of Chicago Press.
- Adams, Gerald und Jay De. Schvaneveldt (1991): *Understanding Research Methods*. New York: Longman.
- Agha, Sohail (1998): "Sexual Activity and Condom Use in Lusaka, Zambia". In: *International Family Planning Perspectives* 24 (1): 32-37.
- Agnew, Neil und Sandra Pyke (1987): *The science game: An introduction to research in the social sciences*. New York: Prentice Hall.
- Ahlberg, Beth Marina (1991): *Women, Sexuality and the Changing Social Order: the impact of government policies on reproductive behaviour in Kenya*. New York: Gordon & Breach.
- Ahlberg, Beth Marina (1994): „Is there a distinct African sexuality? A critical response to Caldwell.“ In: *Africa* 64 (2): 220-242.
- Akuffo, Ferdinand. *The Post*. 15. Oktober 2007. *Education is the key to development*.
- Ali, Nada Mustafa. *The Post*. 16. Mai 2008. *Women living with HIV/AIDS*.
- Alonzo, Angelo A. und Nancy R. Reynolds (1995): „Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory.“ In: *Social Science and Medicine* 41(3): 303-315.
- Annan, Kofi (2004): „Introduction“. In: UNAIDS: *The Media and HIV/AIDS: Making a difference*. Genf: UNAIDS, 4.
- Anonymous1. *Times of Zambia*. 13. Dezember 1997. *Orphan Numbers to Swell, Warns Minister*.
- Anonymous2. *Zambia Daily Mail*. Juli 2007. *Ministers resolve to spearhead HIV/AIDS fight*.
- Anonymous2. *The Post*. August 2008. *ZNUT calls for condom distribution in schools*.
- Anonymous3. *The Post*. August 2008. *Women face challenges in negotiating safer sex*.
- Anonymous4. *Zambia Daily Mail*. Februar 2008. *Female Condom: Powerful tool for protection*.
- Anonymous5. *The Post*. August 2008. *Mataka calls for HIV/AIDS research among truck drivers*.
- Anonymous6. *The Post*. 23. Mai 2008. *Govt. to evaluate ZNS rehabilitation programme for street children*.
- Anonymous7. *Zambia Daily Mail*. Juli 2008. *HIV infection risk high in marriage*.
- Anonymous8. *Zambia Daily Mail*. Juli 2008. *Home based care aids HIV/AIDS patients*.
- Atkin, Charles K. (2001): „Theory and Principles of Media Health Campaigns.“ In: Rice, Ronald E. und Charles K. Atkin (Hgg.): *Public Communication Campaigns*. Third Edition. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications, 49-68.
- Atkin, Charles K. (2002): "Promising Strategies for Media Health Campaigns." In: Crano, William D. und Michael Burgoon (Hgg.): *Mass Media and Drug Prevention: Classic and Contemporary Theories and Research*. New Jersey: Mahwah, 35-64
- Baletta, A. (1998). "Concerned voiced over 'dry sex' practices in South Africa." In: *Lancet* 352 (9136): 1292.
- Banda, Fackson (2004): *Newspapers and Magazines in Zambia. A Question of Sustainability*. Media Institute of Southern Africa – Zambia. Ndola: Mission Press.
- Banda, Gabriel. *The Post*. 2. Mai 2008. *Cost of poor wages*.
- Banda, Pauline. *Zambia Daily Mail*. Dezember 2007. *Address violence against women's rights to ART*.

- Banda, Thresa (2008): „Nakatindi blamed for establishing market near school.“ In: *Lusaka Star* 11: 3.
- Barker, Kriss (2009): „Sex, Soap and Social Change: The Sabido Methodology of Behavior Change Communication.“ In: Pope, Cynthia, Renée T. White und Rober Malow (Hgg.): *HIV/AIDS. Global frontiers in prevention/intervention*. New York/ London: Routledge, 368-381.
- Barley, Nigel (2002): „Selling Doomsday“. In: Museum für Gestaltung Zürich. Poster Collection 06 Visual Strategies against AIDS. Zürich: Museum für Gestaltung – Plakatsammlung, 45-50.
- Baylies, Carolyn und Janet Bujra (2000): *Aids, Sexuality and Gender in Africa. Collective Strategies and Struggles in Tanzania and Zambia*. London/ New York: Routledge.
- Baylies, Carolyn, Tashisho Chabala und Faustina Mkandawire (2000): „AIDS in Kanyama: contested sexual practice and the gendered dynamics of community interventions.“ In: Baylies, Carolyn und Janet Bujra (Hgg.): *Aids, Sexuality and Gender in Africa. Collective Strategies and Struggles in Tanzania and Zambia*. London/ New York: Routledge, 95-112.
- Beauty. The Woman's Magazine Zambia*. Issue 42, Mai 2008. Lusaka: Longmead and Baker Ltd.
- Beck, Rose Marie und Frank Wittmann (2004): *African Media Cultures. Transdisciplinary Perspectives*. Köln: Rüdiger Köppe Verlag.
- Becker, Charles et al. (Hgg.). 1999. *Vivre et penser le sida en Afrique. Experiencing and Understanding AIDS in Afrika*. Paris: Codesria, Karthala & Ird.
- Berger, Lothar (1999): „Chilubas Post-Phobie. Sambias Regierung geht erneut gegen unabhängige Zeitung vor.“ In: *afrika süd* 2: 12-13.
- Bibeau, Gilles und Duncan Pedersen (2002): „A return to scientific racism in medical social sciences: The case of sexuality and the AIDS epidemic in Africa.“ In: Nichter, Mark und Margaret Lock (Hgg.) *New Horizons in Medical Anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*. London/ New York: Routledge: 141-172.
- Birke, Aster (2007). „The media.“ In: Living on the outside. *Section Society* 1: 35-37.
- Bledsoe, Caroline (1990): „The Politics of AIDS, Condoms, and Heterosexual Relations in Africa: Recent Evidence from the Local Print Media.“ In: Handwerker, W. Penn (Hg): *Birth and Power. Social Change and the Politics of Reproduction*. Boulder: Westview Press, 197-223.
- Blumler, Jay G. und Elihu Katz (1974): *The Uses of Mass Communications. Current Perspectives on Gratifications Research*. Beverly Hills/ London: Sage Publishers.
- Boafo, S.T. Kwame und Martin Foreman (2000): „Introduction“. In: Boafo, S.T. Kwame (Hg.): *Media and HIV/AIDS in East and Southern Africa. A resource book*. Paris: UNESCO, 3-13.
- Bonfadelli, Heinz (1994): *Die Wissenskluff-Perspektive: Massenmedien und gesellschaftliche Information*. Konstanz
- Bonfadelli, Heinz (2004): *Medienwirkungsforschung II. Anwendungen in Politik, Wirtschaft und Kultur*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Bonfadelli, Heinz und Thomas Friemel (2006): *Kommunikationkampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen*. Konstanz: UVK Verlag.
- Bond, Virginia, Levy Chilikwela, Sue Clay, Titus Kafuma, Laura Nyblade und Nadia Bettega (2003): *„Kanyaka: The Light is on‘: Understanding HIV and AIDS related stigma in urban and rural Zambia*. Report, Lusaka, KCTT und ZAMBART project. Elektronisches Dokument. [Abruf 22.03.2008]
URL: < www.icrw.org>
- Bond, Virginia (2006): „Stigma When There Is No Other Option: Understanding How Poverty Fuels Discrimination Toward People Living with HIV in Zambia.“ In: Gillespie, Stuart

- (2006) *AIDS, Poverty and Hunger: Challenges and responses*. Highlights of the International Conference on HIV/AIDS and Food and Nutrition Security. Durban, South Africa, April 14-16 2005. Washington D.C.: International Food Policy Research Institute, 181-197.
- Bond, Virginia und Laura Nyblade (2006): „The importance of addressing the unfolding TB-HIV stigma in high HIV prevalence settings.“ In: *Journal of Community and Applied Social Psychology* 16: 452-461.
- Bowa, M. et al (1979): *Gardening in the City*. Lusaka: Institute for African Studies, University of Zambia.
- Brown, JE, OB Ayowa und RC Brown (1993): „Dry and tight: sexual practices and potential risk in Zaire.“ In: *Social Science & Medicine* 37 (8): 989-994.
- BZgA (2008): *aktuell – Informationsbrief zur Aidsprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Juli 2008*. Köln: BZgA.
- Caldwell, John C. und Pat Caldwell (1996): „Toward an Epidemiological Model of AIDS in Sub-Saharan Africa.“ In: *Social Science History* 20 (4), 559-591.
- Caldwell, John C., Pat Caldwell und Pat Quiggin (1989): „Disaster in an Alternative Civilization. The Social Dimension of AIDS in Sub-Saharan Africa. In: *Population and Development Review* 15 (2): 185-234.
- Campbell, Catherine (2003): *„Letting Them Die‘: Why HIV/AIDS Intervention Programmes Fail*. Oxford: Indiana University Press.
- Central Statistical Office/ CSO (2003): *Zambia Demographic Health Survey (ZDHS) 2001/2002*. Lusaka: CSO. Elektronisches Dokument. [Abruf 03.04.2009]
URL: <www.zamstats.gov.zm/media.php?id=9>
- Central Statistical Office/CSO (2006). *Zambia Sexual Behaviour Survey. Report 2005*. Elektronisches Dokument [Abruf 03.04.2009]
URL: <www.zamstats.gov.zm/media.php?id=8>
- Chakwe, Masuzyo. *The Post*. 11. Oktober 2007. *Test for HIV, MISA urges journalists*.
- Chakwe, Masuzyo. *The Post*. 29. Mai 2008. *Maureen urges more efforts to reduce HIV/AIDS*.
- Chakwe, Masuzyo. *The Post*. 16. Mai 2008a. *Mumba urges equal treatment of citizens requiring health care*.
- Chakwe, Masuzyo. *The Post*. 14. Mai 2008b. *Inadequate human resource affects health service delivery, says Dr Macha*.
- Chakwe, Masuzyo. *The Post*. 16. Mai 2008c. *Namugala urges fathers to take care of families*.
- Chakwe, Masuzyo. *The Post*. 22. Juni 2008. *Journalists and HIV/AIDS*.
- Chanda, Mutuna. *The Post*. 10. Mai 2008. *KK bemoans HIV impact on extended family unit*.
- Chanda, Mwansa (2008): *The Representations of HIV/AIDS in the Media and its Impact on Behavioural Change among Young People in Namibia: A Study of Windhoek and Katima Mulilo. Analyses and Views*. Vol 5 (3). Published by NID
- Cheelo, Caesar, Jesper Sundewall, Chris Mphuka und Felix Masiye (2006): „HIV/AIDS and Health Systems in Zambia.“ In: Cheelo, Caesar, Manenga Ndulo und Knut Ödegaard (Hgg.): *Policy Lessons and Emerging Challenges in the Zambian Health Sector 2000-2005*, 155-180.
- Chi, Benjamin et al (2007): „Expanded Services for the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission: Field Acceptability of a Pilot Program in Lusaka, Zambia.“ In: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 45 (1): 125-127.
- Children’s Press Bureau (2008): „Defilement of the boy child.“ In: *Bliss family*. Ausgabe April/Mai. Lusaka: ACM & Associates, 34-35.
- Chikale, Ellen. *Zambia Daily Mail*. August 2007. *TB not death sentence*.

- Chisunka, Kapala. *Zambia Daily Mail*. Februar 2008. *Chief Mwanachingwala appeals for ARVs for flood victims*.
- Chowdhury, Shankar (2007). UNESCO. *Conference on Global Strategies for HIV and AIDS*. New Delhi 2007.
- Clark, Roy (2004) *The Worst of Kalaki and The Best of Yuss*. Lusaka: Bookworld Publishers.
- Clinton, Bill. Washington Post 5. August 2008 – 17th biennial AIDS conference
- Cochrane, Gail und Enzo Cucco (2000): „Perché Dire AIDS/ Why saying AIDS.“ In: Cochrane, Gail, Enzo Cucco, Giorgio Verzotti und Angela Vettese (Hgg.): *DIRE AIDS – Arte nell'epoca dell'AIDS – Art in the Age of AIDS*. Milano: Edizioni Charta:13-15.
- Colson, Elizabeth (2006): *Tonga Religious Life in the Twentieth Century*. Lusaka: Bookworld Publishers.
- Colson, Elizabeth (2005): „Aids and Behavioural Change: Gwembe Valley, Zambia.“ In: *African Social Research* 51:1-20.
- Curphey, Shauna (2003): *Women Push for Media Coverage in Southern Africa*. Elektronisches Dokument. [Abruf 14.02.2008]
URL: <www.womensnews.org/article.cfm?aid=1525>
- Deacon, Harriet, Inez Stephney und Sandra Prosalendis (2005): *Understanding HIV/AIDS Stigma. A theoretical and methodological analysis*. Cape Town: HSRC Press.
- De Jong, Marein et al. (2008): „TNF- α and TLR agonists increase susceptibility to HIV-1 transmission by human Langerhans cells ex vivo.“ In: *The Journal of Clinical Investigation* 118: 3440-3452. Elektronisches Dokument. [Abruf 26.01.2009]
URL: <www.jci.org/articles/view/34721/pdf>
- Dilger, Hansjörg (2002): „Verkehrsunfall oder Strafe Gottes? Metaphernbildung und sprachliche Bildlichkeit im Kontext von AIDS.“ In: Neue Gesellschaft für bildende Kunst (Hg): *Africa Apart. Afrikanische Künstlerinnen und Künstler konfrontieren AIDS*. Berlin: NGBK, 14-18.
- Dilger, Hansjörg (2003): „Sexuality, AIDS, and the Lures of Modernity: Reflexivity and morality among young people in rural Tanzania.“ In: *Medical Anthropology* 22 (1): 23-52.
- Dilger, Hansjörg (2005a): *Leben mit AIDS. Krankheit, Tod und soziale Beziehungen in Afrika*. Frankfurt/ New York: Campus Verlag.
- Dilger, Hansjörg (2005b): „Mutter der verlorenen Söhne. Die familiäre Krankenversorgung im ländlichen Tansania stößt an ihre Grenzen.“ In: *der Überblick* 2: 6-10.
- Dowsett, Gary und Peter Aggleton (1999): „Young people and Risk-Taking in Sexual Relations.“ In: UNAIDS (Hg): *Sex and Youth: Contextual Factors Affecting Risk for HIV/AIDS. A Comparative Analysis of Multi-Site Studies in Developing Countries*. Genf: UNAIDS (Best Practice Collection), 9-56.
- Dracklé, Dorle (2005): „Vergleichende Medienethnographie“. In: Hepp, Andreas, Friedrich Krotz und Carsten Winter (Hgg.) *Netzwerke der Medien – Globalisierung der Medienkommunikation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 187-205.
- Drescher, Axel W. (1997): „Management Strategies in African Home Gardens and the need for new extension approaches. Proceedings of the International Symposium on Food Security and Innovations – Successes and Lessons learned“. In: Heidhues, Franz und Andrea Fandani (Hgg.) *Food Security and Innovations – Successes and Lessons learned*. Frankfurt: Peter Lang, 231-245.
- Drescher, Martina und Sabine Klaeger (2006): *Kommunikation über HIV/AIDS. Interdisziplinäre Beiträge zur Prävention im subsaharischen Afrika*. Berlin: Lit Verlag.
- Dressler, Stephan (2003): „Testen ja oder nein?“ In: Deutsche AIDS-Hilfe: *Den Wandel (mit) gestalten*. Fachtag der Deutsche AIDS-Hilfe e.V. am 31.10.-2.11.2003 in Berlin, 47-48.

- Edgar, Timothy, Seth M. Noah und Vicki S. Freimuth (eds.) (2008): *Communication Perspectives on HIV/AIDS for the 21st Century*. New York/ London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Editor *The Post*. 14. Mai 2008a. *The crisis of our health sector*.
- Editor *The Post*. 9. Mai 2008. *Willpower is necessary to defeat poverty*.
- Editor *The Post*. 16. Mai 2008. *Stable families create a strong nation*.
- Editor *Zambia Daily Mail*. Juni 2008. *Taking care of health workers*.
- Eitz, Thorsten (2003): *Aids. Krankheitsgeschichte und Sprachgeschichte*. Hildesheim/Zürich/New York: Georg Olms Verlag.
- Erdorf, R. (2003): „Aids – Ein Bild bröckelt.“ In: Deutsche AIDS-Hilfe (DAH): *Aids im Wandel der Zeiten*, Teil 1. Berlin: DAH 47 (1): 109-113.
- EU Kampagne (2007): *Aids remember me?* Elektronisches Dokument. [Abruf 11.07.2009]
URL: <www.aids-remember-me.eu/>
- FAO (2003): „HIV, Armut und Gender. Eine Fallstudie der FAO zu Sambia.“ (Integrated Support to Sustainable Development and Food Security Programme der FAO veröffentlichte Studie „HIV/AIDS and agriculture: impacts and responses). In: *afrika süd* 4 (4): 27-28
- Fendler, Ute (2006): „Sida dans la cité’ – TV-Formate in der Wissensvermittlung über Aids in Burkina Faso und Côte d’Ivoire.“ In: Drescher, Martina und Sabine Klaeger (Hgg.): *Kommunikation über HIV/AIDS. Interdisziplinäre Beiträge zur Prävention im subsaharischen Afrika*. Berlin: Lit Verlag, 185-201.
- Flay, Brian R. (1987): „Mass media and smoking cessation: A critical review.“ In: *American Journal of Public Health* 77 (2): 153-160.
- Förster, Till (2007): „The Act and Art of Seeing Visual Media in West Africa. TV and Video in Northern Cote d’Ivoire.“ In: Basel Institute of Social Anthropology. Current Research Papers No. 01/07. Elektronisches Dokument. [Abruf 04.07.2009]
URL: <www.crisa.ch/file.pdp?id=13>
- Fourie, Pieter J. (1988): „Aspects of film and television communications.“ In: *Communicamus* 2 (A series of communication science monographs). Cape Town: Juta & Company Ltd.
- Fuller, Linda (2003): *Media-Mediated AIDS*. Cresskill, New Jersey: Hampton Press.
- Gaffey, Janice (2007): *Witnessing the Pandemic. Irish Print Media and HIV/AIDS in Ireland and Sub-Saharan Africa*. Bethesda: Academica Press.
- Gahrman, Christian (undatiert): *Sambia – ein kurzer Lauf durch die Geschichte*. Elektronisches Dokument. [Abruf 07.03.2010]
URL: <www.sambiahilfe.de/AnhangDateien/Sambiageschichte.pdf>
- Gallant, Melanie und Eleanor Maticka-Tyndale (2004): „School-based HIV prevention programmes for African youth.“ In: *Social Science & Medicine* 58: 1337-1351.
- Geisler, Gisela (1990): *Die Politik der Geschlechterbeziehungen in einer ländlichen Gemeinde in Sambia: „Be quiet and suffer“*. Hamburg: Institut für Afrika-Kunde.
- Geisler, Gisela (1997): „Still sein und leiden. Frauen in Ehe und Haushalt in Sambia.“ In: Völger, Gisela (Hg.): *Sie und Er. Frauenmacht und Männerherrschaft im Kulturvergleich*. Ethnologica, Neue Folge, Band 22, Köln: Druck- und Verlagshaus Wienand, 307-314.
- Gausset, Quentin (2001): „Aids and cultural practices in Africa: The case of the Tonga (Zambia).“ In: *Social Science & Medicine* 53 (4): 509-518.
- Ginsburg, Faye D., Lila Abu-Lughod und Brian Larkin (2002): *Media Worlds. Anthropology on new terrain*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Global Health Reporting (2008). *Global Challenges. Guardian Examines Continued Challenges in Fight Against HIV/AIDS in Zambia, Uganda*. 25. November 2008. Elektronisches Dokument. [Abruf 19.01.2009]

- URL: <globalhealthreporting.org/article_printable.asp?DR_ID=55737>
- GMM. *The Post*. 12. Mai 2008. *Recreation, HIV/AIDS. Comment*.
- Goffman, Erving (1986) [1963]: *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster.
- Goldstein, Sue, Harriet Perlman und Caroline Jane Smith (2008): "Health education in action in Southern Africa: Soul City". In: Swanepoel, Piet & Hans Hoeken (eds.): *Adapting Health Communication to Cultural Needs. Optimizing documents in South-African health communication on HIV and AIDS*. Amsterdam/ Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 89-106.
- Gordon, Gill und Vincent Mwale (2006): "Preventing HIV with Young People: A Case Study from Zambia". In: *Reproductive Health Matters* 14 (28): 68-79.
- Gregson, Simon et al (2002): „Sexual Mixing Patterns and Sex-Differentials in Teenage Exposure to HIV Infection in Rural Zimbabwe“. In: *The Lancet* 359: 1896-1903.
- Gresenguet, Gerard (1997). „HIV infection and vaginal douching in Central Africa.“ In: *AIDS* 11: 101-106.
- Grier, Sonya und Carol A. Bryant (2005). „Social marketing in public health.“ In: *Annual Review of Public Health* 26: 319-339.
- Hall, Stuart (1999): „Cultural Studies. Zwei Paradigmen.“ In: Bromley, Roger, Udo Göttlich und Carsten Winter (Hgg.): *Cultural Studies. Grundlagentexte zur Einführung*. Lüneburg: zu Klampen, 113-138.
- Hansen, Karen Tranberg (1997): *Keeping House in Lusaka*. New York: Columbia University Press.
- Haralambos, Mike und Martin Holborn (2004): *Sociology: Themes and perspectives*. London: Collins Press.
- HCPartnership (2007): Presseerklärung 15. Februar 2007.
- Hearst, Norman und Sanny Chen (2003): *Condoms for AIDS Prevention in the Developing World – A Review of the Scientific Literature*. Geneva: UNAIDS.
- Helgesen, Vidar (2006): „Lokale Basis der Demokratie.“ In: *E+Z* 8-9. Elektronisches Dokument. [Abruf 08.02.2010]
URL:<www.inwent.org/E+Z/content/archiv-ger/082006/schwer_art1.html>
- Hiebert, Ray Eldon, DF Ungurant und TW Born (1988): *Mass media V: An introduction to mass communication*. New York: Longman.
- Hirschmann, Olaf (2003): *Kirche, Kultur & Kondome. Kulturell sensible HIV/AIDS-Prävention in Afrika südlich der Sahara*. Münster: Lit-Verlag.
- Hoffmann, Stefan (2002): *Geschichte des Medienbegriffs*. Hamburg: Meiner.
- Human Rights Watch (2002): *Suffering in Silence. The Links between Human Rights Abuses and HIV Transmission to Girls in Zambia*. New York/Washington/London/Brussels
- Human Rights Watch (2007): *Zambia: Abuses against Women obstruct HIV Treatment*. Elektronisches Dokument. [Abruf 07.04.2009]
URL: <http://hrw.org/English/docs/2007/12/18/zambia17575_text.htm>
- Human Rights Watch (2007): „Hidden in the Mealie Meal. Gender-Based Abuses and Women’s HIV Treatment in Zambia.“ *Human Rights Watch* 19: (18A).
- Ilse, Julia, Inga Nagel und Pascaline Sebgo (2007): „Was hat HIV/AIDS mit Gender zu tun?“ In: *dedBrief Zeitschrift des Deutschen Entwicklungsdienstes* 44 (3): 30-32.
- IRIN (2006a): „Aids prevention messages giving patchy impacts.“ In: *Development Zambia* 22 (Dezember 2005/Januar 2006).
- IRIN (2006b): "Abstain!" In: *Medicus Mundi Schweiz: Jugend, Lebensperspektiven und HIV-Prävention. Reader zur Tagung vom 21. April 2006 in Bern*: Bulletin 101: 41-44.

- ITU (2008): *ITU Statistic Database. Mobile cellular, subscribers per 100 people in 2008*. Herausgegeben von der *International Telecommunication Unit*. Geneva. Elektronisches Dokument [Abruf 21.01.2009]
 URL: <<http://www.itu.int/ITU-D/icteye/DisplayCountry.aspx?code=ZAM>>
- Izumi, Kaori (2008): „Property grabbing from women and children in the context of AIDS.“ In: *Medicus Mundi Bulletin AIDS and Livelihoods* 109: 9-15.
- Jabani, Patrick (2004): „Women, girls worst hit by HIV/AIDS ...threatening reproduction of humankind.“ In: *HIV/AIDS News* 3, Titelgeschichte.
- Jaeger, D. et al (1986): „The Garden City of Lusaka. Urban Agriculture.“ In: Williams, G. D. *Lusaka and its Environs. A Geographical Study of a Planned Capital City in Tropical Africa*. Lusaka: 267-277.
- Jere, Dickson (2003): „Zambia-social-children: Sexual abuse of young girls rife in Zambia.“ In: *Agence France Presse* 29. September 2003. Elektronisches Dokument. [Abruf: 19.01.2009]
 URL: <www.aegis.com/NEWS/AFP/2003/AF0309E9.html>
- Jones, Lynne (2006): „Sexual discourse and decision-making by urban youths in AIDS-afflicted Swaziland.“ In: *African Journal of AIDS Research* 5 (2): 145-157.
- Kalaluka, Mwala. *The Post*. 10. August 2008. *Mutumbi: The cemetery for the living*.
- Kapekele, Mutale. *The Post*. 19. Mai 2008. *Erratic funding derails AIDS fight in L/stone*.
- Kapekele, Mutale und Edwin Mbulo. *The Post*. 23. Mai 2008. *Consultant bemoans women's vulnerability to HIV/AIDS*.
- Kapiga, Saidi H. und Iain W. Aitken (2002): „Role of Sexually Transmitted Diseases in HIV-Transmission.“ In: Essex, Max et al *AIDS in Africa*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers: 231-250.
- Kasoma, Francis P. (1990/91): „The Zambian Press and the AIDS crisis“. *The Commonwealth Association for Education in Journalism and Communication (CAEJAC) Journal*, Volume 3: 48-59.
- Kasoma, Francis P. (1996): *Content Analysis of AIDS stories in Zambian newspapers*. Unpublished Report: Lusaka, Zambia.
- Kasoma, Francis P. (2000): „The Zambian Newspapers and AIDS“ In: Bofo, S.T. Kwame (Hg). *Media and HIV/AIDS in East and Southern Africa. A resource book*. Paris: UNESCO: 121-131.
- Kasoma, Francis P. (2002): *Community Radio. Its management and organization in Zambia*. ZIMA (Zambia Independent Media Association). Ndola: Mission Press.
- Kasonakoma, Paul (2006): „Zambia.“ In: Treatment Action Campaign (TAC): *Why we must provide HIV treatment information*. Muizenberg, Südafrika: TAC.
- Kasungami, Grace. *The Post*. 29. Mai 2008, *Martinez looking forward to a day Zambia will stop asking for aid*.
- Katz, Elihu und David Foulkes (1962): „On the Use of Mass Media as 'escape': Clarification of a concept.“ In: *Public Opinion Quarterly* 3: 377-388.
- Kauffmann, Kyle D. und Marilyn Martin (2003). *AIDSART / SOUTH AFRICA*. Katalog zur gleichnamigen Ausstellung vom 23. November 2003 bis 16. Februar 2004 in Kapstadt. Cape Town: Iziko – South African National Gallery.
- Kaunda, Kenneth. *The Post*. 6. Juli 2008. *Responding to AIDS with more strength*.
- Kaunda, Kenneth. USAID Press Release Sambia Oktober 2003.
- Kelly, M. J. (2004): „Religion, HIV/AIDS and Religious Education.“ In: Carmody, Brendan (Hg.): *Religion and Education in Zambia*. Ndola: Mission Press, 174-188.
- Kelly, Michael (2007): „Addressing AIDS from a gender perspective“. In: *Zambia Analysis* 3, 6-7.

- Kiai, Wamburi (2000): Media functions in HIV/AIDS prevention and management.“ In: Boafu, Kwame S. T. (Hg.). *Media and HIV/AIDS in East and Southern Africa. A resource book*. Paris: Unesco, 37-46.
- Klaeger, Sabine (2006): „HIV/AIDS-Prävention im Radio: Micro-trottoir und Experteninterview.“ In: Drescher, Martina und Sabine Klaeger (Hgg.): *Kommunikation über HIV/AIDS. Interdisziplinäre Beiträge zur Prävention im subsaharischen Afrika*. Berlin: Lit Verlag, 155-185.
- Knoll, Christopher (2003): „Angst als Mittel der Primärprävention.“ In: Deutsche AIDS-Hilfe: *Den Wandel (mit) gestalten*. Fachtag der Deutsche AIDS-Hilfe e.V. am 31.10.-2.11.2003 in Berlin, 49.
- Kokoski, Paul. *Sunday Post*. 11. Mai 2008. *Abstinence is the answer. Comment*.
- Kornahrens, Claudia (2005): „Ärzte und Pfleger besonders belastet: ein Interview.“ In: *E+Z* 46 (12), 474-475.
- Kotler, Philip, Ned Roberto und Nancy Lee (2002): *Social Marketing. Improving the Quality of Life*. London/New Delhi: Thousand Oaks.
- Kramer, Dieter und Wendelin Schmidt (2004): *Plakate in Afrika*. Frankfurt a.M.: Museum der Weltkulturen.
- Kramer, Dieter (2004): „Ein altes Medium im neuen Kontext.“ In : Kramer, Dieter und Wendelin Schmidt (Hgg.). *Plakate in Afrika*. Frankfurt a.M.: Museum der Weltkulturen, 9-18.
- Kristensen, Sibylle, Moses Sinkala und Sten H. Vermund (2002): „Transmission of HIV.“ In: Essex, Max et al (Hgg.) *AIDS in Africa*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 217-230.
- Kröger, Christoph, Kathrin Heppekausen und Karin Ebenhoch (2002): *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung. Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 18)
- Krücken, Stefan (2007): „Doktor Mwaba kann noch lachen. Der Mediziner ist in seine Heimat Sambia zurückgekehrt – und hat katastrophale Arbeitsbedingungen.“ In: *Kölner Stadt-Anzeiger* 6. Juni 2007
- Kunczik, Michael und Astrid Zipfel (2001): *Publizistik. Ein Studienhandbuch*. Köln/Weimar/ Berlin: Böhlau.
- Lefebvre, Craig R. und Lisa Rochlin (1997): „Social Marketing.“ In: Glanz, Karen, Frances Marcus Lewis und Barbara K. Rimer (Hgg.): *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 384-402.
- Lefèbvre, Henri (2000). *La production de l'espace*. Paris: Anthropos.
- Leschke, Rainer (2003): *Einführung in die Medientheorie*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Leslie, Carol (1990): „Scientific Racism: Reflections on Peer Review, Science and Ideology.“ In: *Social Science & Medicine* 31 (8): 891-912.
- Liebowitz, J. 2002. *Impact of Faith-Based Organizations on HIV/AIDS Prevention and Mitigation in Afrika*. Report prepared for the Health Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD). University of Natal.
- Linke, Angelika, Markus Nussbaum und Paul R. Portmann (1996): *Studienbuch Linguistik*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Longwe, Sara Hlupekile (2006): „Freier Finanzmarkt schließt Frauen aus. Die Marginalisierung von Frauen am Beispiel Sambias.“ In: *afrika süd* 1: 26-28.
- Lowicki-Zucca, Massimo, Paul Spiegel und Filippo Ciantia (2005): *AIDS conflict and the media in Africa: risks in reporting bad data badly. Emerging Themes in Epidemiology* 2:12. Elektronisches Dokument. [Abruf 09.08.2009]
URL: <www.ete-online.com/articles/browse.asp?date=12-2005>
- Luig, Ute (1999): *Spirit Possession, Power and Modernity*. London: James Currey.

- Luke, Nancy (2005): „*Are Wealthy Sugar Daddies Spreading HIV?: Exploring Economic Status, Informal Exchange, and Sexual Risk in Kisumu, Kenya.*“ Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, March 30-April 1, 2005, Los Angeles.
- Lupton, Deborah (1994): *Moral threats and dangerous desires: AIDS in the news media.* London: Taylor & Francis.
- MacDonald, David S. (1996): „Notes on the Socio-economic and Cultural Factors influencing the Transmission of HIV in Botswana.“ In: *Social Science & Medicine* 42: 1325-1333.
- Machein, Henning (2003): „Of ‘Perverved Europeans’ and ‘Trojan condoms’.“ In: Schneider, Klaus (Hg.): *Sexualität und Tod – AIDS in der zeitgenössischen afrikanischen Kunst.* Rautenstrauch-Joest-Museum, Köln: asmuth Verlag, 26-35.
- Machin, David (2002): *Ethnographic Research for Media Studies.* London: Arnold.
- Magwende, George. *Saturday Post.* 10. Mai 2008. *Uncircumcised and worried.*
- Magwende, George. *Saturday Post.* 31. Mai 2008. *Health Matters.*
- Mahathir, Marina (2001): „Foreword“ In: Donovan, Raymond und Leong K. Chan (Hgg.): *HIV/AIDS Imaginaries.* Sydney: UTS Gallery, 1-3.
- Maletzke, Gerhard (1998): *Kommunikationswissenschaft im Überblick. Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* Opladen/ Wiesbaden.
- Malindima, Mwiika und Inutu Himanje (2006): *Using Broadcast Media to Shine a Spotlight on the Realities of Zambia’s HIV/AIDS Epidemic.* Beitrag XVI International AIDS Conference Toronto, August 2006.
- Malindima, Mwiika und Daniel Nkalamo (2006): *Telling Stories of Life and HIV/AIDS in Zambia: National Training for Journalists Helps Improve Quality and Scope of Media Coverage.* Beitrag XVI International AIDS Conference Toronto, August 2006.
- Mankell, Henning (2003): *Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt.* Wien: Paul Zsolnay Verlag.
- Mbewe, M. und S. Sitwala. *The Daily Mail.* 4. September 1997. ‘AIDS Cure in Kapiri?’
- Mbololwa, Mbikusita-Lewanika (2002). *The use of ‘dry sex’ traditional medicines by Zambian women.* London: University of London.
- Mbozi, Parkie (2000): „The impact of negative cultural practices on the spread of HIV/AIDS in Zambia.“ In Boafo, Kwame S. T. (Hg.). *Media and HIV/AIDS in East and Southern Africa. A resource book.* Paris: Unesco, 75-82.
- Mchombu, K. (2000): „The coverage of HIV/AIDS in Namibian media: A content analysis.“ In: Boafo, K. (Hg). *Media and HIV/AIDS in East and Southern Africa: A resource book.* Paris: UNESCO, 133-147.
- McKee, Neill, Jane T. Bertrand und Antje Becker-Benton (2004): *Strategic Communication in the HIV/AIDS Epidemic.* New Delhi: Sage Publications.
- Mengo, Violet. *Zambia Daily Mail.* Juni 2008. *Hunger worsen HIV pandemic in Mkushi.*
- Meyen, Michael (2004): *Mediennutzung. Mediaforschung, Medienfunktionen, Nutzungsmuster.* Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Michelo, Nomusa & Masuzyo Chakwe. *The Post.* 10. Oktober 2007. *Breastfeeding can avert child deaths – Dr. Puma.*
- Ministry of Health (MOH) 2005 [Zambia], Central Statistical Office [Zambia], and ORC Macro. *Zambia HIV/AIDS Service Provision Assessment Survey 2005.* Calverton, Maryland, USA: Ministry of Health, Central Statistical Office, and ORC Macro.
- MISA und Friedrich-Ebert-Stiftung (2008): *African Media Barometer Zambia 2007 Report.* Elektronisches Dokument. [Abruf 21.07.2008]
 URL:<www.fesmedia.org/AfricaMediaBarometer-updates2009/AMB%20Zambia%202007.pdf>
- M’membe, Fred. 2004. „Preface“. In: Clarke, Roy. *The Worst of Kalaki and The Best of Yuss.* Lusaka: Bookworld Publishers: ix-x.

- Morrison, Stephen J. und Janet Fleischman (2005): *Strengthening HIV/AIDS Programs for Women. Lessons for U.S. Policy from Zambia and Kenya*. Report. CSIS Task Force. Elektronisches Dokument. [Abruf: 09.08.2008]
 URL: <<http://csis.org/publication/strengthening-hivaids-programs-women>>
- Mpundu, Mildred. *Post Lifestyle*. 7. Oktober 2007. *AATAZ: Helping fight HIV/AIDS*.
- Mukula, Mukula. *Zambia Daily Mail*. Februar 2008. *Selenium: The right nutritional supplement?*
- Mulenga, Kangwa. *Zambia Daily Mail*. Dezember 2007. *Blood bank has 30,000 units shortfall*.
- Muleya, Mweelwa. *The Post*. 9. Oktober 2007. *Flush out fake healers*.
- Mungala, Sydney. *Education Post*. 27. Oktober 2007. *Chibombo Youth unite against HIV/AIDS*.
- Mungala, Sydney. *Education Post*. 10. Mai 2008. *Money is nothing without education, says Esther*.
- Museka, Gady Mwamba. *The Post*. 1. Juli 2008. *HIV/AIDS pandemic*.
- Musenga, Kangwa Gary. *The Post*. 24. Mai 2008. *Condoms and workplaces*.
- Musonga, Charles & Kangwa Mulenga. *Zambia Daily Mail*. März 2008. *HIV infection rate worries Levy*.
- Musukwa, Frank Junior. *Education Post*. 10. Mai 2008. *HIV/AIDS: The deaf get a raw deal*.
- Mutume, Gumisai (2001): „African leaders declare war on AIDS“. In: *Africa Recovery* 14 (4): 1.
- Mwansa, Arthur. *Zambia Daily Mail*. Dezember 2007. *Youth urged to fight HIV/AIDS*.
- Mwansa, Arthur. *Zambia Daily Mail*. Juli 2008. *Gender violence slows fight against HIV/AIDS*.
- Mwinga, Justin. *Zambia Daily Mail*. Oktober 2008. *HIV/AIDS information hasn't encouraged change*.
- National HIV/AIDS/STI/TB Council (2000): *Strategic Framework 2001 - 2003*. Lusaka: NAC.
- National HIV/AIDS/STI/TB Council (2004): *Joint review of the NAC intervention strategic plan (2002-2005) and operations of the NAC*. Lusaka: NAC.
- National HIV/AIDS/STI/TB Council (2005): *National HIV/AIDS/STI/TB Policy*. Lusaka: NAC.
- National HIV/AIDS/STI/TB Council (2006): *Strategic Framework 2006 - 2010*. Lusaka: NAC.
- National HIV/AIDS/STI/TB Council (2007a): *HIV/AIDS News* 11. Lusaka: NAC.
- National HIV/AIDS/STI/TB Council (2007b): „Condom Use in Zambia: Some Current Facts.“ In: National HIV/AIDS/STI/TB Council, JICA, World Bank und ZANARA (Hgg.): *Living Positively* 21.
- National HIV/AIDS/STI/TB Council.(2007): „Angels of Kasama appeal for help“. In: National HIV/AIDS/STI/TB Council *HIV/AIDS News* 11 (2).
- Nawa, Doreen. *Zambia Daily Mail*. 15. Oktober 2007. *Avail VCT to prisoners*.
- Nchimbi, Catherine. *Zambia Daily Mail*. Juni 2008. *Doc tells Pregnant women urged to go for VCT*.
- Ng'uni, Chambo. *Zambia Daily Mail*. Dezember 2007. *Keep minors out of bars, Police told*.
- Noar, Seth M. (2009): „The Utility of ‚Old‘ and ‚New‘ Media as Tools for HIV Prevention“. In: Pope, Cynthia, René T. White und Robert Malow (Hgg.): *HIV/AIDS. Global frontiers in prevention/intervention*. New York/ London: Routledge, 343-354.
- Nondo, Bwalya. *Times of Zambia*. 6. Oktober 1997. *Ever Heard of the Commonwealth Young Positive*.
- Ochel, Klemens und Klaus Fleischer (2004): *Schlaglichter einer modernen Seuche*. Würzburg: Missionsärztliches Institut Würzburg.
- Offe, Johanna (2005): „AIDS und Geschlecht in Sub-Sahara Afrika.“ Vortrag gehalten am in der Galerie der Heinrich-Böll-Stiftung, Hackesche Höfe (23. Juni 2005).

- Palmgreen, Philipp, Seth M. Noar und Rick S. Zimmerman (2008): "Mass Media Campaigns as a Tool for HIV Prevention". In: Edgar, Timothy, Seth M. Noar und Vicki S. Freimuth (Hgg.): *Communication Perspectives on HIV/AIDS for the 21st Century*. New York/London: Lawrence Erlbaum Associates, 221-252.
- Panafrican News Agency. Editorial (2000): *Chiluba Calls On Zambians to Change their Moral Behaviour*. 31. Dezember 2000. Elektronisches Dokument. [Abruf 15.04.2009]
URL:<www.medguide.org.zm/aids/aidszam29.htm>
- Panos Southern Africa (2004): *Media Coverage in Zambia. A Pilot Study of Media Content on Politics, Gender, HIV/AIDS, Human Rights and National Budget*. Final Report.
- Panos Southern Africa (2005): *Reporting AIDS. An Analysis of media environments in Southern Africa*. London: The Panos Institute.
- Parker, Warren, Lynn Dalrymple und Emma Durden (2000): *Communicating beyond awareness: A manual for South Africa*. Pretoria: Departement of Health.
- Pasick, Rena J. (1997): "Socioeconomic and Cultural Factors in the Development and Use of Theory." In: Glanz, Karen, Frances Marcus Lewis und Barbara K. Rimer (Hgg.): *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 425-440.
- Peterson, M. A. (2003): *Anthropology and Mass Communication. Media and Myth in the New Millenium*. New York/ Oxford: Berghahn Books.
- Phaloides, Amanita (2006): „Medien in Sambia“. In: *Wikipedia*. Eintrag vom 23.11.2006. Elektronisches Dokument. [Abruf 06.08.2009]
UCL: <<http://de.wikipedia.org/wiki/sambia#Media>>
- Phiri, Mannasseh. *Post Lifestyles*. 14. Oktober 2007. *Is it right for anyone to aspire to be HIV+?*
- Phiri, Mannasseh. *The Post Lifestyle*. 11. Mai 2008a, *Chiluba's relentless crusade against condoms*. S. V.
- Phiri, Mannasseh. *The Post Lifestyle*. 13. Januar 2008b. *Debunking Fears and Myths Around Male Circumcision*.
- Phiri, Mannasseh. *Sunday Post*. 10. August 2008. *AIDS and death certificates*.
- Phiri, Mannasseh & Princess Kasune Zulu. *Post Lifestyles*. 21. Oktober 2007. *Is it right for anyone to aspire to be HIV+?*
- Phiri, Mannasseh. *The Post*. 29. Juni 2008. *Are most new HIV infections taking place in marriages?*
- Phiri, Paxina 2008. *Healthcare* Mai 2008
- Pope, Cynthia, Renée T. White und Rober Malow (2009). *HIV/AIDS. Global frontiers in prevention/ intervention*. New York: Routledge.
- Population Action International (2004): *How the Global Gag Rule undermines U.S. Foreign Policy and harms Women's Health*. Elektronisches Dokument. [Abruf 08.02.2010]
URL: <www.populationaction.org/Publications/Fact_Sheets/FS5/Summary.shtml>
- Population Services International (PSI) (2003): "Making Abstinence Cool. Social Marketing in Zambia is changing Behavior." In: *PROFILE Social Marketing and Communication for Health*, April 2003. Elektronisches Dokument. [Abruf 3.05.2009]
URL:<www.psi.org/resources/pubs/abstinence.pdf>
- Purley, Musunga. *The Post*. 13. August 2008. *ZNUT, condom distribution*.
- Rice, Ronald und Charles Atkin (2002): *Public Communication Campaigns*. Thousand Oaks/ London/New Delhi: Sage Publications.
- Rödlach, Alexander (2010): "Popular Images of the AIDS Epidemic. Contemporary Wood Sculptures from Southern Zimbabwe." In: *african arts* (Summer 2010): 42-67.
- Röschenthaler, Ute (2009). „Werbung im Kontext: Perspektiven auf ein neues ethnologisches Forschungsfeld“. In: *Zeitschrift für Ethnologie* 134 (2): 213-251.

- Rompel, Matthias (2001): „Media reception and public discourse on the AIDS epidemic in Namibia“. In: *Afrika Spectrum* 36 (1): 91-96.
- Rompel, Matthias (2006): „Prevention is like telling people: Ey, Stopp loving. Ansätze und Problemfelder massenmedial vermittelter Aids-Prävention im südlichen Afrika.“ In: Drescher, Martina und Sabine Klaeger (Hgg.): *Kommunikation über HIV/AIDS. Interdisziplinäre Beiträge zur Prävention im subsaharischen Afrika*. Berlin: Lit Verlag, 219-236.
- Rushton, J. Philippe und Anthony F. Bogaert (1989): Population Differences in Susceptibility to AIDS: An Evolutionary Analysis. In: *Social Science & Medicine* 28 (12): 1211-1220.
- Rutenberg, Naomi, Ann Biddlecom und Frederick Kaona (1999): *Reproductive Decision Making in the context of HIV/AIDS in Ndola, Zambia*. Ndola.
- Sandala, L, P. Lurie, M.R. Sunkutu und E.M. Chani (1995): “‘Dry sex’ and HIV infection among women attending a sexually transmitted diseases clinic in Lusaka, Zambia.” In: *AIDS* 9: 61-68.
- SARDC (2005): *Beyond Inequalities. Women in Zambia*. Lusaka: ZARD, SARDC.
- Schatz, Joseph J. (2007): „Thumbs down for AIDS cure claims.“ In: *Zambia Analysis* 3: 14-17.
- Schatz, Joseph J. (2008): „Zambia’s health-worker crisis.“ In: *The Lancet* 371: 638-639.
- Schenk, Michael (2002): *Medienwirkungsforschung 2*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Schimmeck, Tom (2004): „Der Krieg gegen Sex.“ In: Zeit-Online – Wissen. Elektronisches Dokument. [Abruf 08.02.2010]
URL: <www.zeit.de/2004/38/Ami-Keuschheit?page=all>
- Schindler, Kirsten (2006): „Wissenstransfer und Adressatenorientierung“. In: Drescher, Martina und Sabine Kläger (Hgg.): *Kommunikation über HIV/AIDS. Interdisziplinäre Beiträge zur Prävention im subsaharischen Afrika*. Berlin: Lit-Verlag, 49-70.
- Schlickum, Heike (2004): „Kondomverkauf in einem der ärmsten Länder Afrikas.“ In: DED (Hg.) *AIDS-Arbeit in der Praxis*. Bonn: 2004, 24-25.
- Schlyter, Ann (1999): *Recycled Inequalities. Youth and gender in George compound, Zambia*. Uppsala, Nordiska Afrikainstitutet: Motala.
- Schmidt, Wendelin (2004): “Ein Bild sagt mehr als 1000 Worte” – Visualität und Oralität in traditioneller Kunst und Popularkultur in Westafrika. In: *journal-ethnologie.de*. Museum der Weltkulturen, Frankfurt. Elektronisches Dokument. [Abruf 06.08.2008]
URL: <www.journal-ethnologie.de/Deutsch/Schwerpunktthemen/Schwerpunktthemen_2004/Orale_Kulturen/Ein_Bild_sagt_mehr_als_1000_Worte/index.phtml>
- Setel, Philipp W., Milton Lewis und Maryinez Lyons (1999) *Histories of Sexually Transmitted Diseases and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Sibanda, Newton. *Zambia Daily Mail*. Juni 2008. *Barriers women meet in accessing, adhering to ART*.
- Simwaka, Wallen. *Zambia Daily Mail*. Januar 2008. *Intensify HIV fight*.
- Sinyangwe, Chiwoyu. *The Post*. 22. Mai 2008. *Condoms need to be embraced, says Mulongoti*.
- Siplon, Patricia (2005): „AIDS and Patriarchy: Ideological Obstacles to Effective Policy Making.“ In: Patterson, Amy S. *The African State and the AIDS Crisis*. Aldershot/Burlington: Ashgate Publishing Company, 17-36.
- Smith, Daniel Jordan (2003): „Imagining HIV/AIDS: Morality and perceptions of personal risk in Nigeria.“ *Medical Anthropology* 22: 343-372.
- Sommer, Roy (2006): *Cultural Studies/ Kulturwissenschaft Großbritannien*. Reihe Uni Wissen Anglistik/Amerikanistik. Stuttgart: Klett Verlag. Sontag, Susan (1989): *Aids und seine Metaphern*. München: Carl Hanser Verlag.
- Spitulnik, Debra (1993): „Anthropology and Mass Media“. In: *Annual Review of Anthropology* 22: 293-315.

- Spitulnik, Debra (2002): „Mobile Machines: Zambian Radio Culture” In: Ginsburg, Faye d., Lila Abu-Lughod und Brian Larkin (Hgg): *Media Worlds. Anthropology on new terrain*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 337-354.
- STARZ (2009): *Mobilising ability: working with HIV, AIDS and disability in Zambia*. Elektronisches Dokument. [Abruf 23.01.2010]
URL: <www.hlsp.org/files/page/278207/Disabilities_paper_web.pdf>
- Steel, Matthew (2005): *Pentecostalism in Zambia: Power, Authority and Overcomers*. MSc Dissertation, University of Wales.
- Strebel, Martin Leschhorn (2008): „Die Lebensgrundlage der Hinterbliebenen in Frage gestellt.“ In: *Medicus Mundi Bulletin AIDS and Livelihoods* 109: 6-8.
- Taylor, Scott D. (2006): *Culture and Customs of Zambia*. Westport (CT)/London: Greenwood Press.
- taz. Editorial (2007): „Bedeutungen wuchern. Interview mit Brigitte Weingart.“ In: *taz* 30. November 2007.
- Tetty, Wisdom J. (2004): „The Politics of Radio and Radio Politics in Ghana: A Critical Appraisal of Broadcasting Reform”. In: Beck, Rose Marie und Frank Wittmann (Hgg.): *African Media Cultures. Transdisciplinary Perspectives*. Köln: Rüdiger Köppe Verlag, 215-241.
- Tlou, Sheila D. (2002): “Gender and HIV/AIDS”. In: Essex, Max [ed al.] *AIDS in Africa*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers: 654-663.
- Tudesq, André-Jean (2004): „La television en Côte d’Ivoire.” In: Beck, Rose Marie und Frank Wittmann (Hgg.): *African Media Cultures. Transdisciplinary Perspectives*. Köln: Rüdiger Köppe Verlag, 241-263.
- Ubomba-Jaswa, Peter (1993) *Mass Media and Aids in Botswana: What the newspapers say and their implications*. Gaborone: Working Paper No. 63. National Institute of Development Research and Documentation (NIR).
- UN General Assembly – Human Rights Council, Working Group on the Universal Periodical Review (2008): *National Report Submitted in Accordance with Paragraph 15 (A) of the Annex to Human Rights Council Resolution 5/1*. Genf, 5.-16. Mai 2008.
- UNAIDS (2000). *Caring for Carers. Managing Stress in Those Who Care for People with HIV/AIDS*. Genf: UNAIDS (Best Practice Collection).
- UNAIDS (2005). *Getting the message across: the mass media and the response to AIDS*. Genf: UNAIDS (Best Practice Collection).
- UNAIDS (2007): *Report on the Global AIDS Epidemic*. Genf: UNAIDS.
- UNAIDS (2007): *AIDS Epidemic Update, Dezember 2007*. Genf: UNAIDS.
- UNAIDS (2008): *AIDS Epidemic Update, Dezember 2008*. Genf: UNAIDS.
- UNAIDS (2008): *United Nations HIV & AIDS Service Directory ZAMBIA*. Lusaka: UNAIDS.
- Underwood, Carol, Holo Hachonda, Elizabeth Serlemitsos und Uttara Bharath (2001): *Impact of the HEART Campaign: Findings from the Youth Survey 1999 & 2000*. Lusaka: ZIHP.
- UNESCO-CCIVS (2008). *Act, Learn and Teach: Theatre, HIV and AIDS. Toolkit for Youth in Africa*. Paris: UNESCO.
- UNICEF (2005): *HIV-infizierten Kindern helfen. Sambia*. Elektronisches Dokument. [Abruf: 02.03.2009]
URL: <www.unicef.de/2985.html>
- USAID (2002). *HIV/AIDS Multisector. HIV/AIDS Development Challenges*. Elektronisches Dokument. [Abruf: 14.01.2010]
URL: <www.usaid.gov/zm/hiv/hiv.htm>
- USAID ZAMBIA (2007). *The Fact Sheet. The Multisectoral Response to HIV/AIDS*. Elektronisches Dokument. [Abruf 23.06.2009]
URL: <www.usaid.gov/zm/fact-sheets/hiv-aids.pdf>

- USAID, Horizons and Population Council (2008): *Engaging Communities in Supporting HIV Prevention and Adherence to Antiretroviral Therapy in Zambia. Research Summary*. Januar 2008. Elektronisches Dokument. [Abruf: 19.02.2009]
 URL: <www.popcouncil.org/pdfs/horizons/Zambia_ARVAdherenceSum.pdf>
- US Embassy Zambia (2006): Press Release "U.S. Embassy Awards Zambian Media Personalities for HIV/AIDS Coverage." Lusaka, 30. November 2006. Elektronisches Dokument. [Abruf 14.04.2009]
 URL: <<http://zambia.usembassy.gov/zambia/misa.html>>
- US Embassy Zambia (2007): Press Release – 27. November
- U.S. Global AIDS Coordinator (2008): ABC Guidance #1. *The President's Emergency Plan for AIDS Relief. For United States Government In-Country Staff and Implementing Partners Applying the ABC Approach To Preventing Sexually-Transmitted HIV Infections Within the President's Emergency Plan for AIDS Relief*. Elektronisches Dokument. [Abruf 23.05.2009]
 URL: <www.pepfar.gov/guidance/c19545.htm>
- Van Rossem, Ronan und Dominique Meekers (2007): „The reach and impact of social marketing and reproductive health communication campaigns in Zambia.“ In: *BMC Public Health* 7: 352-364.
- Vaske, Hermann (2009): „Radikal um jeden Preis. Interview mit Oliviero Toscani“. In: *ARTE* 8:14-15.
- Vorderer, Peter (1996): Rezeptionsmotivation: Warum nutzen Rezipienten mediale Unterhaltungsangebote? In: *Publizistik Vierteljahreshefte für Kommunikationsforschung* 41(3): 310-326.
- Wegenstein, Bernadette (1998): *Die Darstellung von AIDS in den Medien. Semio-linguistische Analyse und Interpretation*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Weiss, Brad (1993). „Buying Her Grave: Money, Movement and AIDS in North-West Tanzania.“ In: *Africa* 63 (1): 19-35.
- Wendl, Tobias (2002): „Try me! Reklame und visuelle Kultur in Afrika.“ In: *ibid: Afrikanische Reklamekunst*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag GmbH, 12-31.
- Wessler, Adelheid (2007): *Von Lebendabgüssen, Heimatmuseen und Cultural Villages. Museale Repräsentation des Selbst und des Anderen im (De-)Kolonisierungsprozess Namibias*. Inauguraldissertation Universität zu Köln. Elektronisches Dokument. [Abruf 03.03.2008]
 URL: <<http://kups.ub.uni-koeln.de/volltexte/2007/2149>>
- WFP (2009a): *WFP's Response to HIV and AIDS*. Elektronisches Dokument. [Abruf 7.03.2010]
 URL: <www.wfp.org/hiv-aids>
- WFP (2009b): *Good Nutrition makes HIV Treatment more effective*. Elektronisches Dokument. [Abruf 7.03.2010]
 URL: <www.wfp.org/stories/interview-wfp-martin-bloem-chief-nutrition-and-hiv-aids>
- WFP (2010a): *Zambia: Country profile and Global Hunger Index*. Elektronisches Dokument. [Abruf 7.03.2010]
 URL: <www.wfp.org/countries/zambia>
- WFP (2010b): *Zambia: New Scratch Cards Streamline Flow of Rations*. Elektronisches Dokument. [Abruf 7.03.2010]
 URL: <www.wfp.org/stories/zambia-cellphones-and-scratch-cards-streamline-rations-flow>
- WHO (2005): *Zambia. Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-Up*. Elektronisches Dokument. [Abruf 4.02.2009]
 URL: <www.who.int/hiv/HIVCP_ZMB.pdf>

- WHO (2009a): *Rapid Advice: Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents*. Elektronisches Dokument. [Abruf 8.02.2010]
 URL: <www.who.int/hiv/pub/arv/rapid_advice_art.pdf>
- WHO (2009b): *New WHO Recommendations: Antiretroviral Therapy for Adults and Adolescents*. Elektronisches Dokument. [Abruf 8.02.2010]
 URL: <www.who.int/hiv/pub/arv/art_key_mess.pdf>
- Wießner, Peter (2004): „Aids und Werbung“. In: Deutsche AIDS-Hilfe (DAH): *Aids im Wandel der Zeiten Teil 2*. DAH 47 (2), 47-54.
- Witteck, Andrea (2008): *Wie Geschlechtskrankheiten das HIV-Übertragungsrisiko erhöhen – Erkenntnisse aus einem ex vivo-Modell*. Elektronisches Dokument. [Abruf 26.01.2009]
 URL: <www.infekt.ch/switch/printarticle.php?artID=1644>
- Wolf, Angelika und Hansjörg Dilger (2003): „Universalismus versus lokale Besonderheiten. Medizin, Globalisierung und Aids.“ In: Lux, Thomas (Hg.) *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*. Berlin: Reimer, 252-277.
- Wolf, Angelika (2005): „Kinderhaushalte in Malawi: Die widerstandsfähigen Waisen.“ In: *der Überblick 2*: 16-18.
- Wolf, Angelika (2006): „Das, was kommt, schlägt nicht die Trommel. Botschaften von Aids-Aufklärungsplakaten der postkolonialen Wendezeit in Malawi.“ In: Drescher, Martina und Sabine Klaeger. *Kommunikation über HIV/AIDS. Interdisziplinäre Beiträge zur Prävention im subsaharischen Afrika*. Berlin: Lit Verlag, 117-154.
- Zaccagnini, Marta und Rob Noble (2008). *HIV/AIDS in Zambia. Homepage von AVERT*. Elektronisches Dokument. [Abruf 19.01.2009]
 URL: <www.avert.org/aids-zambia.htm>
- ZAMCAM. *Times of Zambia*. 6. Mai 1997. *How safe are condoms?*
- ZAMCOM - Zambia Institute of Mass Communication (2004): *Gender and Media audience study*. Johannesburg: Gender Links und ZAMCOM.
- ZANIS. *Zambia Daily Mail*. Januar 2008. *Alcoholic HIV positive people lose support*.
- Zeitverlag Gerd Bucerius GmbH & Co.KG (2005): „Heilsarmee.“ In: *ibid: Die ZEIT – Das Lexikon in 20 Bänden*. Band 06 Gran-Impe. Mannheim: Bibliografisches Institut, 314-315.
- Zulu, Josias Enos. *The Post*. 24. Juli 2008. *The Church and condoms*.
- Zulu, Princess. *The Post*. 21. Oktober 2007. *Is it right for anybody to aspire to be HIV+? Princess Kasune Zulu's reply*.

ANHANG

Flyer 1: ARVs and me: Remembering to take your drugs: Adherence
Quelle: Ministry of Health/ unicef

Flyer 2: ARVs and me: ARV drugs for children and young people
Quelle: Ministry of Health/ unicef

Flyer 3: ARVs and me: Keeping healthy on ARVs
Quelle: Ministry of Health/ unicef

Flyer 4: ARVs and me: Side effects of ARV Drugs
Quelle: Ministry of Health/ unicef

Flyer 5: ARVs and me: Playing it Safe when you are HIV+
Quelle: Ministry of Health/ unicef

Text: Clarke, Roy (2004): "Mfuwe". In: *ibid*: The Worst of Kalaki and the Best of Yuss, 2-5.

Textauszug Herobook von Memory Phiri

ARV drugs help reduce the level of HIV in your body.

ARVs and me

Remembering to take your drugs: Adherence

They do not cure HIV but help you feel better and live a healthier and longer life.

ARV drug adherence means remembering to take your ARV drugs at the **right time, in the right amounts each day** and every day for the rest of your life.

Remembering to take your drugs **at the right time** is important.



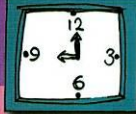

If you don't take them at the same time each day, you will become **'resistant'** to the drugs and they won't work.

Adherence makes sure you have the correct amount of drugs in your body to **fight the HIV virus.**

→ Visit your local clinic for more information on taking your ARV drugs.

→ To talk to other HIV+ people, contact the Treatment Advocacy & Literacy Campaign (TALC) on tel: 01-236278 or the Network of Zambian People Living with HIV/AIDS (NZP+) on tel: 01-237619

Brochure produced by Ahyia Mzazi with funding from UNICEF and support from the Ministry of Health. Illustrations by Demick Nasarico & designs by Afrikobiz Banda.

When you start taking your ARVs

Treatment buddy or supporter

Your health worker will explain how to take your ARV drugs. Ask them anything you don't understand.

It's important to eat nutritious and healthy foods when you are taking ARVs. Some types of ARVs you should take with meals, other types should be taken before or after meals – your health worker will advise you.

When you first start taking your ARVs try and keep a record of when you take the pills. Some clinics will give you 'treatment cards or diaries.' If you don't have one you can make one.

Keeping a daily diary will help you get into a routine. Taking your pills should become part of your daily life, like having a bath or going on the bus.






You can use the card to remind you what pills you need to take, how many to take and at what times. On the card mark when you took the pills, if you missed a dose and how the ARVs are making you feel each day.

If you have any problems write them down and then you can tell your health worker on your next visit to the clinic.

Name: John Phiri		ARV treatment diary						
Type of Drug: AZT, ZDV, 3TC		Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
1	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9	10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11	12	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13	14	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15	16	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
17	18	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
19	20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
21	22	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
23	24	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
25	26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
27	28	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
29	30	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
31	32	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
33	34	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
35	36	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
37	38	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
39	40	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
41	42	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
43	44	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
45	46	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
47	48	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
49	50	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
51	52	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
53	54	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
55	56	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
57	58	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
59	60	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
61	62	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
63	64	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
65	66	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
67	68	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
69	70	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
71	72	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
73	74	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
75	76	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
77	78	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
79	80	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
81	82	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
83	84	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
85	86	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
87	88	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
89	90	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
91	92	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
93	94	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
95	96	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
97	98	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
99	100	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

When you first go onto ARVs your **treatment buddy or supporter** should go with you to the clinic and meet your health worker. Encourage them to **find out more** about living with HIV and taking ARV drugs.

Adhering to your treatment is not hard - but it makes a world of difference!

Ways to REMEMBER to take your pills



Try and use a daily activity to remind you when it's time to take your ARVs. These should be things you do each day like getting up in the morning, bathing, brushing your teeth, eating breakfast, cooking the evening meal or praying before you sleep.

You can also use notes, alarm clocks, cell phones and pill-boxes as reminders to take your pills.



"I always remember to take my ARVs when I hear the familiar opening music for the 07:00 and 19:00hrs news on ZNBC radio."

Michael Gwaba, Lusaka



Try and fit taking your ARVs into your home, school and work life.

If you haven't told your colleagues, friends and family your HIV status then find a private place to take the ARV drugs. When you are ready you can choose who to tell. Talk to others living with HIV about how they disclosed.

Always remember to carry enough pills with you when you're away from home or on holiday – this means planning ahead.



You must not stop ...

Always take your pills as you've been advised by your health worker, even if you start feeling strong and healthy. This is a sign they are working and you need to keep taking them.

Find out about the side effects you might get from your drugs, so that you can be prepared and know what to expect. If you experience side effects talk to your health worker who will help you with the medication. Remember all drugs, including painkillers, have side effects and they affect each person differently and may only last for a short time.

Stopping and re-starting, missing doses, sharing your pills, taking doses later/earlier, taking more pills at one time and less at other times... stops the ARVs from working and you can develop 'drug resistance.' You need at least 95% drug adherence for the ARVs to work effectively.

Drug resistance means the ARV drugs you are taking stop working and your health worker will have to change your medication. This is often difficult and expensive so always try and take your ARVs on time each day.

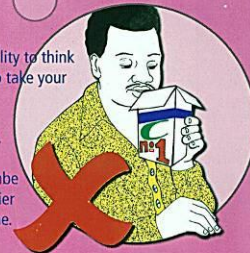
Be HONEST with yourself ...



Be 100% honest with your health worker and yourself about personal issues like sex, alcohol and drug use which might be stopping you from taking your drugs at the right times. If you are honest, there is more chance that the ARV drugs will work for you.

Staff at the clinic are there to help you and not to judge you. When you visit the clinic for your check-up you should tell them if you've missed any doses and why you did.

Alcohol can affect your ability to think clearly and to remember to take your drugs on time. It can also interfere with your ARVs so they don't work so well. Cutting back or stopping drinking alcohol, like Nyambe did below, will make it easier for you to take the medicine.



Nyambe Kamungoma
Kapiri Mposhi



When you are drinking alcohol you lose time and you forget where you are and what you're doing.

I used to swallow my ARVs with beer. I'd get so high I'd forget whether I'd taken them or not.

I worried that the alcohol and the ARVs together would damage my liver. **I ended up not taking my pills because I was afraid** of what affect they'd have with so much drink inside my body. My doctor advised me to cut down. I decided it was better to stop completely and for the last 8 months I haven't drunk at all. I'm feeling much better and now I take my drugs on time.

At my clinic **when we go for a refill we have group counselling with other people living with HIV.**

We share with others the challenges we've faced taking ARVs. You feel better talking it through, others can give suggestions on how they got round problems.

"We share with others the challenges we've faced taking ARVs. You feel better talking it through - others can give suggestions on how they got round problems."

ARV drugs help reduce the level of HIV in your body.

They do not cure HIV but help you feel better and live a healthier and longer life.

ARV drugs are not just for adults. HIV-positive children of all ages can take them as well. They are available free of charge from government ART clinics across the country.

All too often HIV positive children are forgotten and left to fall ill and die.

Don't leave it too late.
 If you are an HIV positive parent, or caring for a child, get the child tested for HIV. If they test positive, they can take ARV drugs which will help to fight infections and prolong the child's life.

➔ For more information on ART for children visit your local clinic.

➔ To talk to other HIV+ people, contact the Treatment Advocacy & Literacy Campaign (TALC) on tel: 01-236278 or the Network of Zambian People Living with HIV/AIDS (NZP+) on tel: 01-237619.

Many thanks to the Family Support Unit at UTH and Chelston Clinic for help in compiling this brochure. Also to the HIV positive children who shared with us their experiences.

Brochure produced by Afya Mwan with funding from UNICEF and support from the Ministry of Health. Illustrations by Derrick Nsoandjo & designs by Al-Azhar Bwika.




ARVs and me

ARV drugs for children and young people



A guide for parents and care givers of HIV positive children

Your child and HIV ...

▼ Taking your child for an HIV test

Most children living with HIV in Zambia become infected with the HIV virus through Mother-to-Child Transmission (MTCT). If your child, or the child you care for, is becoming sick often and failing to gain weight, take them for an HIV test. Your child or baby can only go onto ARV drugs if they test HIV positive. HIV positive children get the same illnesses as other children but they take longer to become better. ARV drugs will strengthen their immune system, and help the child to fight these infections. You should receive counselling for you and your child before and after the HIV test, and when they go onto ARV drugs.

▼ Telling a child their HIV status

There is no right or wrong time to let a child know they are HIV-positive. This is something your counsellor or health worker can help you with. When a child is young, they trust their care giver and take the ARV drugs each day when told to. As they get older, sooner or later they'll ask why they need to take the drugs, particularly if they are feeling fine. You and your family will need to answer their questions when the time is right.

It's very important that your child doesn't stop the treatment.

With the help of your counsellor ask the child to talk about what is worrying them. Let them know they are loved and needed and that you and others will help them take the medicines and look after them. If your child can't explain in words, get them to draw a picture showing how they feel. Explain to your child that HIV is not something to be ashamed of. It's like any other lifelong condition which you take medication for.

Starting a child on ARV drugs

▼

Your health worker will tell you when your child is ready to start treatment. Their decision will be based on the child's overall health - this is called 'clinical staging' - and the results of a CD4 count (if it is available).

Your health worker will decide which type of ARVs to put your child on. There are paediatric syrups for very young children and babies who can't swallow pills. These come with a measuring cup or syringe.

As the child grows they can start swallowing ARV pills. Your health worker will monitor your child's height and weight on a regular basis and let you know the quantities of pills they should take.

As children grow fast you should visit the clinic regularly for check-ups.

Always be on the lookout for any illnesses your child may pick up. Where it is available clinics will give out *Cotrimoxazole* prophylaxis to help prevent infections in children. This will help to protect your child from pneumonia, malaria, diarrhoea and other infections.

ARVs are not just for adults - they can help children be healthier and happier too!

Paediatric ARV drugs - some ISSUES to be aware of



Some ARV medicines for children don't taste good and your child may refuse to take them with food or liquids. Sometimes you can sweeten the pill by using milk, honey, or tea.

If your child can't swallow the pills or syrup in one go, divide the dose into 2 or 3 and give them a few minutes to swallow each.

"I don't like the taste of one of my ARV pills. The Duvovine is bitter and leaves a taste in my mouth. I drink it with water and if you don't swallow it properly then the smell comes back." Temwani, 14 years old, Lusaka

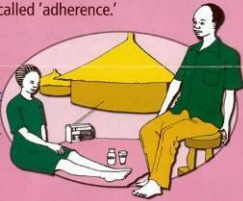


- ▶ The ARV syrups sometimes need to be kept cool in a fridge. Also some syrups have a short shelf-life so check the expiry date.
- ▶ More ARV medicines are currently being developed for children and you may find your child's medicine changes as more treatment options become available. ART for children is available free of charge through public health centres in Zambia.

Don't let your child stop ...

The ARV drugs will only work if your child takes them in the **right amounts**, at the **same times each day** for the **rest of their lives**. This is called 'adherence.'

You and your family should help your child take the ARVs. They should become part of the daily routine - like getting out of bed or going to school. For example, use radio programmes that you and your child listen to together to remind you.



"My Auntie and I take our drugs at the same time each day so we remind one another. She pokes me if I forget to take my ARVs! We eat at 20 hours and take pills straight after, then I take them in the morning at 8 hours." Jean, 14 years old, Lusaka

Your health worker will draw up a 'treatment plan' with you giving details of what pills your child should take.

Try and involve your child in the plan so they understand it. Then they are much more likely to make sure the medicine is taken at the same time each day. If the medicine isn't taken at the same times each day, your child can develop 'drug resistance' which means the ARVs will stop working and your child could become sick again.

It is common for children to experience rashes or headaches when first starting ARVs. But these go away by themselves as treatment is continued, and their body gets used to the drugs.

"I've been taking the ARV drugs for the last 3 months. When I visit UTH the doctor asks me how I'm feeling and checks for any side-effects of the medicine. So far I haven't had any problems, no temperatures, and the medicine has gone well." Naledi, 11 years old, Lusaka



"When I first started the drugs I had thrush in my mouth and pains in my head and stomach. These stopped within a month." Jean

Living a normal, HAPPY LIFE



Eating a nutritious diet

Every child needs a balanced and nutritious diet to help them grow. Eating different foods, like vegetables and fruits, will improve your child's immune system and strengthen their body.



"It's important to eat well when you're on ARVs. I eat lots of vegetables. My favourite ones are rape, cabbage, beans, and pumpkin leaves. I also like chicken and some sweet foods, like Fanta and biscuits. I know that too many sweet things aren't good for me so I only take a small amount." Temwani

If your child develops nausea from the ARVs, keep giving them lots of liquids and food that they like. They should eat before taking their medication. If they have mouth sores, try feeding them soft and mashed food. Ask your health worker for more advice.



Living a normal life

Once your child has got used to taking the ARVs, they can enjoy usual childhood activities, like going to school and playing.

Encourage your child with their school work. Exam results are important. Keeping up with friends at school means a lot to young people. It shows that even with HIV, they can do as well as other children.

"My favourite subjects are maths, English, science, and RE. I want to be a lawyer and work in the USA when I finish school." Temwani

"Not long after I found out I was HIV-positive, I started preparing for my Grade 8 exams. Everyone was worried how I'd do. My auntie told me she'd buy me a pair of hipsters if I passed my Grade 8. I felt so good after I passed the exams. I got the hipsters and had a birthday party." Jean



Being open with your child is very important so you build their trust. Talk about who they want to tell/know they are HIV-positive - this is called 'disclosure.' Your counsellor will help you.

Sometimes children will be afraid of others finding out their status, or seeing them take their ARVs at school. Reassure them it's their decision who they tell and when. Being HIV-positive is not a crime or something to feel guilty about.



"Only my sister and father know that I'm taking the drugs. I haven't told other family members yet ... It's better to know your status earlier so that you can take ARV drugs to keep you healthy." Temwani

Why me?

As a child grows they will question why they are HIV-positive and must take so many pills. From Grade 8 onwards, children learn about HIV and ARV drugs in school. Some children are even able to identify their own status.

As they become older they may want to start having sex. Talk to them, with the counsellor, about delaying starting sex, how HIV is transmitted, and using condoms. If a teenager doesn't know their status, they won't know how to behave in a responsible way and this can put others at risk.

The child may also want to know how they got HIV. If they've heard it is sexually transmitted, they will be confused about how they became infected. With the help of a counsellor, you can explain about mother-to-child transmission. Some children when they find out how they became infected may be angry at first with their parents. This is normal and they need to be given time to come to terms with what has happened.



Find out about local support groups for children living with HIV. It helps to talk to others of the same age who are going through the same thing. Children, like adults, have rights, and they have a right to know why they are taking ARVs.

"Mum brought us to the Family Support Unit to get tested for the virus. The results were positive but we didn't feel bad. Other children should have courage, they should know they are not the only ones with the virus, they should not be discouraged about what they have." Temwani

"I was surprised at how well I was doing once I started taking ARVs. I realised that even though I'd tested HIV-positive, people still loved me. I began to feel much better about myself as I never thought I'd reach this age. In January I went for a CD4 count and the result was 720. My weight was over 68kg. When I first tested nearly 5 years ago my CD4 count was 105." Jean



"It's better to know your status early then you can take ARV drugs to keep you healthy."

ARV drugs help reduce the level of HIV in your body.

ARVs do not cure HIV but help you feel better and live a healthier and longer life. And they work best if you eat nutritious food.

Protective foods: Vegetables and fruit like spinach, oranges, and onions.

30%

Energy giving foods: Whole grain foods, like brown bread and maize.

50%

Body building foods: Proteins like fish, meat, and beans.

15%

Oily foods

5%



We learn about good nutrition and ARVs at our support group in Mongu. We try and eat green leaves to boost our immune systems. My wife and I enjoy eating mangabwa (pumpkin leaves) and mubiilo (potato leaves). We also enjoy a special vegetable which grows on our flood plains with small leaves – libowa. When we can afford it we buy oranges. Each morning, to keep ourselves fit, we go walking while the weather is cool. *Litya Sickota, Mongu NZP+*

- ▶ Visit your local clinic for more information on nutrition and ARV drugs.
- ▶ To talk to other HIV+ people, contact the Treatment Advocacy & Literacy Campaign (TALC) on tel: 01-236278 or the Network of Zambian People Living with HIV/AIDS (NZP+) on tel: 01-237619

Brochure produced by Alya Mwan with funding from UNICEF and support from the Ministry of Health. Illustrations by Benck Kwaranda & design by AfriSole Books.



ARVs and me

Keeping healthy on ARVs



A guide for people taking ARV drugs on nutrition and staying healthy

Why is healthy food important?

When you're HIV positive your body's immune system is weak. Eating healthy foods helps to strengthen your immune system to fight infections.

Taking ARVs can also affect the way your body absorbs food. Eating nutritious foods will make the ARVs work better which means you'll stay well for longer.

Eating well does not mean spending lots of money on fast foods like chicken and chips and soft drinks. Eating traditional foods like nshima and relish are much more healthy. Eating well means eating a balanced diet with lots of different foods containing different nutrients. These are often foods you can buy from the local market or grow for yourself.

Nutrients are the parts of the food that your body uses to keep healthy. A 'nutritious diet' is one with lots of nutrients. A 'balanced diet' means eating lots of different types of food containing different nutrients.

A balanced and nutritious diet will help you to:

- ▶ Strengthen your body, especially when taking medicines like ARVs or TB drugs
- ▶ Prevent you losing weight and becoming weak
- ▶ Fight infections
- ▶ Build energy to get you through the day



Keep your body active

When you're HIV positive and on ARVs it's important to take some form of exercise every day. It will help to:

- ▶ Improve your appetite and mood
- ▶ Keep your mind healthy & refreshed
- ▶ Keep your body strong to be able to fight diseases better
- ▶ Prevent stiffness of joints and muscle aches and wasting



Other forms of exercise include dancing, football, farming and house work. The important thing is to keep moving your body. Only do as much exercise as you can manage and take lots of rest.

There are many ways you can do exercises, even if you are feeling ill. The simplest form of exercise is to take regular, short walks.

ARVs and food

Some ARVs should be taken with food, others with no food, and others with or without certain types of food. Taking the drugs as directed by your health worker will help your body absorb them and make them work better.

Different ARV drugs have different interactions with food. Try and find out as much information as you can about the ARV drug combination you are taking – what foods work well with the drugs and which ones, if any, don't.

By adhering to your treatment as instructed, and eating nutritious food, ARVs can help you become much stronger and feel healthier.



Common ARV drugs in Zambia: advice on how to take your pills

Type of ARV drug	Recommended to be taken with...
Efavirenz (EFV)	Can be taken with or without food. Try and avoid high fat meals.
Lamivudine (3TC)	Can be taken with or without food.
AZT (Zidovudine)	Can be taken with or without food.
Nevirapine (NVP)	Can be taken with or without food.
Emtricitabine (FTC)	Can be taken with or without food.
Stavudine (d4T)	Can be taken with or without food.
Tenofovir (TDF)	Take with a meal
Zidovudine (ZDV)	Better to take without food. If you feel nausea then take with a low-fat meal. Do not take with a high-fat meal.

Eating well and exercising will help ARVs make you stronger and healthier!

Eating a balanced mix of food will help the ARVs work

1 What foods will help me?

Try and eat a mixture of different foods from each of the following groups every day:



Energy giving foods: containing carbohydrates and include bread (brown or health bread is best), nshima (roller meal is best), rice, potatoes & cassava.

Body building foods: containing proteins to help repair your body. Including chicken, goat, liver, fish, eggs, beans, ground nuts, milk & yogurt.



Protective foods: containing vitamins & minerals to fight disease & make you strong. Eat as many fruits and vegetables as you can afford like pumpkin leaves, cabbage, rape, sweet potato leaves, tomatoes, avocado, mango, orange, bush fruits, guava, pawpaw, & bananas.

Oily foods: good for weight gain & extra energy. Should be taken in small amounts so as not to cause diarrhoea. Includes cooking oil, butter, ground nuts & peanut butter.



Overcooking destroys the valuable nutrients in food. It's better to cook vegetables lightly either by steaming or frying with just a small amount of hot oil. Meat, poultry and fish can be cooked by grilling, roasting on charcoal, stewing, baking and frying quickly with a little oil.

Your body needs lots of water to function properly. Try to drink eight or more glasses a day of boiled clean water. The water will help your body to process the ARV drugs and avoid side effects.



You can also take multi-vitamin pills which contain vitamins & minerals. They should be taken in addition to your food and not instead of food. Let your health worker know if you plan to take the pills.

2 Foods and drinks to avoid

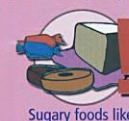
Traditional Zambian foods are much better for you than the snacks, fast foods and sugary drinks you can buy in the shops. Try to reduce on:



Very salty foods like crisps & adding too much salt to your food



Fried and oily foods like sausage and chips



Sugary foods like chocolate, sweets, cakes and biscuits



Softies like Coke or Fanta, which are full of sugar

Drinking alcohol may prevent your ARVs from working and slow down your body's ability to fight infections. You need to take care of your liver when you are on ARVs. Drink small amounts of alcohol or don't drink it at all.

Try to smaller meals but frequently

Some ARVs can cause you to lose your appetite, others will make you feel tired and you won't want to cook any meals. It's really important that you keep eating, how ever much you may not feel like food.

If you stop eating, your body has no support to fight illness. People with HIV need more nutritious and larger quantities of food because of their weakened immune systems. Poorly nourished people are much more likely to get severe diarrhoea, TB and other infections.

Try to find a friend or family member who can help you with the cooking when you are tired or feeling too ill to cook. They can also remind you to take your ARVs.

Talk to your friend about what you like to eat and ask them to prepare easy to digest and nutritious meals for you. It's much better to eat small meals often than large meals once or twice a day.



3 Eating healthy foods will help reduce ARV side effects

Some people taking ARVs experience side effects from the drugs. Each person responds differently, often the side effects will go away over time. Talk to your health worker if your side effects persist beyond a few weeks.

Food is an important way to strengthen your body and help you recover from the side effects. Here are some suggestions to help you:

► Nausea & vomiting:

Try leaving dry bread or biscuits by the bed and eat them in the morning before getting up

Drink after meals rather than during

Eat lots of small meals

Eat foods with mild flavours that are easy to digest

Avoid lying down during & after eating - sit and relax instead

Sip oral rehydration solution (ORS) if you keep vomiting



◄ Loss of appetite:

Take smaller meals often

Try to eat your favourite foods

Look for foods rich in energy like rice, brown bread and potatoes

Try making a hot drink with either ginger, mint leaves, or lemon to relieve nausea



If you have diarrhoea and/or vomiting you need to keep drinking lots of fluids to replace the salts and water your body is losing. Try to drink 8-10 glasses a day of clean boiled water. Clear soups and hot water with fruit juices will also add fluids.



◄ Anaemia:

Eat foods with lots of iron like rape, spinach, liver and chicken

Avoid tea & coffee after meals

Eat more fruits like paw paw, mangoes and oranges

Take iron tablets



◄ Diarrhoea:

Keep eating lots of small meals even when you are ill

Eat foods like bananas, oats, apples and paw paws which are soluble fibre foods

Avoid eating spicy, fried and high-fat foods as they make diarrhoea worse

Avoid drinking caffeine & alcohol

Sip oral rehydration solution regularly



Eat plain foods like bread, rice, nshima or potatoes

◄ Mouth sores:

Eat soft foods like mashed potato & soups

Eat ripe pawpaw to heal the sores

Eat fermented foods like yogurt

Avoid sugary drinks, tea and coffee

Rinse your mouth with clean, warm salty water

Avoid citrus fruits like oranges and lemons



◄ High blood cholesterol:

Eat lots of fruit and vegetables each day

Avoid cholesterol and fat-rich foods like chips, cheese, and fatty meats - eating fish is better

Try to get regular exercise



4 Growing your own food

Eating healthy foods doesn't have to be expensive. You can always try and grow vegetables at the back of your house with just a few seeds.



Robert tends poultry for Ukani support group.

Some support groups for people living with HIV have set up 'positive living' gardens where they farm vegetables and sometimes chickens. The food can be shared amongst the group members who need it most and sold to make money for the group.



We are growing tomatoes, pumpkin leaves, maize and spring onions in the Ukani garden - one of our members comes to water the garden each day. We've also started rearing chickens. Having a healthy diet with vitamins and iron is very important, it can really boost your immune system when you're living with HIV.

Ivy - Ukani support group, Kalingalinga, Lusaka

Eating healthy food doesn't have to be expensive - you can grow your own!

ARV drugs help reduce the level of HIV in your body.

They do not cure HIV but help you feel better and live a healthier and longer life.

Chisha Mwila
Kapiri Mposhi

I started taking Triomune 40 ARVs in May 2005. In February 2006 I'd started vomiting; I was given anti-sickness tablets to help with the nausea. My feet had become numb and hot. My health worker started me on vitamin B6 and gave me some painkillers.

I lost a lot of weight because of the vomiting so my treatment was changed to Combivir and Nevirapine. Shortly after changing my drugs I fell over coming out of the bath tub. For the next few months I needed help with cooking and bathing. I started feeling better again in June and began walking outside.

Before you start taking ARVs you need to know about the short and long term side effects. I didn't know this could happen to me. Neither did I know I could change my ARV drugs. It's important to get as much information as you can on the ARVs you are taking.

Definitely ARVs can prolong your life and help your body remain healthy for longer, but they also have side effects. You need to know about these in advance so you can prepare yourself and monitor your health appropriately.

- ▶ Visit your local clinic for more information on ARV drug side effects.
- ▶ To talk to other HIV+ people, contact the Treatment Advocacy & Literacy Campaign (TALC) on tel: 01-236278 or the Network of Zambian People Living with HIV/AIDS (NZP+) on tel: 01-237619.

Brochure produced by Alys Mwaanga with funding from UNICEF and information from Medicines Sans Frontiers-Greece, the Treatment Action Campaign (TAC) in South Africa, www.HivAids.org and the Zambian Ministry of Health. Illustrations by Dennis Kweza.

ARVs and me

Side effects

of ARV drugs

A guide for people living with HIV on how to avoid and manage serious side effects

What are side effects?

Side effects are reactions that may occur when you take medicines. All drugs have side effects - some are more severe than others. Different ARV drugs can cause different side effects.

Most people experience mild side effects and find within a few weeks of starting treatment they are reduced. For a small number of people it may mean changing a drug. In this handout we focus on some of the more serious side effects, what to look for and how to manage them.

What side effects might I get from taking ARV drugs?

Some side effects – usually nausea, vomiting, diarrhoea and tiredness – may appear soon after you start taking ARVs. Often they don't last very long and you will start to feel better as your body gets used to the drugs. This might take 3-4 weeks.

Ruth Muchazi
NZP+ Namwala

When I first started taking ARVs the side effects were difficult to manage. I was vomiting every morning and my temperature used to rise. After about two months I started feeling fine, I became stronger. I started moving in the hot sunshine to organise support groups for NZP+. There's no drug that doesn't have side effects. People considering ARVs should not fear side effects. Doctors know how to minimise them.

If your side effects continue beyond a few weeks don't just put up with them. The longer you leave them the more difficult they will be to treat.

It's important to visit the clinic regularly so that you and your health worker can monitor your health and help you deal with any side effects. You may be able to take other medicines to reduce the side effects or change to another ARV drug.

Serious side effects are much less common. They include neuropathy (nerve damage), liver damage and lipodystrophy (abnormal weight gain or loss).

Monitoring your health

For your health worker to understand your side effects you need to be able to describe them clearly. Pay attention to any changes in your body and symptoms you experience. Make a record of how you feel by answering these questions:

- ▶ Where are the symptoms?
- ▶ How often do you get them - e.g. once a week, every day, 5-10 times a day?
- ▶ How long do they last for - e.g. 20 minutes or 3-4 hours?
- ▶ Is there a pattern to when they occur - e.g. when you sleep or after you take your pills?
- ▶ Are they light or severe - do they affect your day-to-day life?
- ▶ Have you noticed anything that helps to reduce or stop them?

Then your health worker can decide the best way to manage your side effects. For example, people often put up with chronic diarrhoea which stops them leaving the house for long periods. The diarrhoea can be treated with help from the clinic.

If your side effects are stopping you taking your ARVs you must tell your health worker. Don't stop taking your medication without consulting your health worker first.

You should also let them know if you are taking any other drugs like alcohol, over the counter drugs or herbal medicines. These can make your side effects worse. Alcohol, for example, can damage your liver which will prevent the ARVs from working. Continuing to drink heavily whilst taking ARVs can be dangerous.

Keeping yourself informed

When you're on ARVs you need to get as much information as you can about your treatment. Ask your health worker anything you don't understand.

Your health worker will prescribe you a combination of ARV drugs which is best for you depending on what is available locally. Each drug has potential side effects. Try to find out as much as you can about the side effects so you know what to expect. The table on the other side of this handout shows some of the more serious side effects to look out for.

People considering ARVs should not fear side effects - just know how to manage them.

Some of the most common long-term side effects ...

1 Peripheral Neuropathy (PN) - Pain or numbness in your hands and/or feet



Peripheral neuropathy (also known as *chifungalashi* in Zambia) means damage to the nerves in your hands and/or feet which can be caused by ARVs. This is usually associated with the drug d4T (*Stavudine*) which is included in the fixed dose combination *Triomune 30 & 40*.



Usually PN starts as a tingling or numbness. Often it is something that you hardly notice and you find you can live with. Talk to your health worker about taking painkillers to manage the pain. Also soak your feet in cold water and make sure you don't wear tight shoes. Try not to stand or walk for long periods.



In a small minority of cases PN can become worse and lead to serious pain or loss of feeling in your hands and/or feet. If you are experiencing these symptoms report them to your health worker before they become too severe.

Your health worker will advise you if you need to change your ARV drugs. PN can reverse itself if you stop using d4T before serious damage has been caused.

Nyambe Kamungoma NZP+ Kapiri Mposhi



After I'd been on ARVs for a year* I began to experience piercing sensations between my toes and my feet, like needles. It felt like I was putting on long boots. I also had trouble with vomiting. I'd never had any problems with my ARVs before. This was a whole new experience for me.

My health worker gave me painkillers for the pain. They were quite strong and I became like a zombie, lost and tired. I'd spend the whole day in the house unable to get out of bed. I realised the quality of my day-to-day life was getting worse. After consultations with my doctor he switched my treatment.

Now I'm on 3TC and *Zidovudine* (AZT) combined and I take *Nevirapine* separately. I'm getting to be my old self again. My feet are much better, I can wear shoes again and I've stopped vomiting.

*In most cases Peripheral Neuropathy starts to occur after 2-6 months.

2 Efavirenz side effects: mood swings, anxiety, dizziness, unable to sleep

Some people taking *Efavirenz* may find the drug affects their mood and feelings. You can also experience vivid or disturbing dreams. These side effects usually reduce after a few weeks but if you are still experiencing problems speak to your health worker.

If you are having trouble sleeping try taking the ARVs a few hours before you go to sleep. Your health worker can also prescribe sleeping pills to help you sleep. Avoiding high fat meals will help reduce the effects.

Efavirenz can also make you feel depressed, and you need to be aware of this if you are considering taking a drug combination which includes *Efavirenz*. If you find you can't cope with the side effects talk to your health worker about switching to *Nevirapine*. Some drugs are not for everyone.



3 Liver toxicity, rash and Nevirapine

Your liver filters the ARV drugs you take. The drugs can affect the liver. This is why people taking ARVs need to have 'liver function tests.' *Nevirapine* (and sometimes *Efavirenz*) does cause liver toxicity in a small amount of people. Less than 5% of people have to change drugs because of this problem.

The symptoms to look out for include:

- ▶ skin rashes
- ▶ nausea and vomiting
- ▶ loss of appetite
- ▶ yellow skin or eyes
- ▶ light-coloured stools or dark-coloured urine
- ▶ pain in, or swelling of, the liver – just below your ribs on the right side of your body

If you have any of these symptoms visit your health worker to see if you need a liver function test.

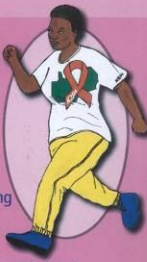


4 Lipodystrophy: abnormal fat loss or gain

Lipodystrophy is a side effect of ARVs. It results in losing fat from your arms, legs and face or gaining fat around your stomach, breasts or shoulders. It is caused by the ARV drugs affecting the way your body uses fats and sugars from food. Lipodystrophy usually develops slowly over many months or years.

For most people on ARVs this side effect does not cause serious problems - though changes to your body weight can affect your confidence and be uncomfortable. Keeping active and eating healthy foods will help with weight gain and reduce the risk of heart disease.

Your health worker can advise you on how to deal with Lipodystrophy. They should also monitor your body and your blood sugar levels.



Serious ARV side effects to watch out for

(the symptoms in yellow below mean you must visit your health worker urgently)

Drug name	Side effect	Symptoms
d4T (<i>Stavudine</i>)	Peripheral neuropathy	Loss of feeling (numbness) or pain in hands and/or feet.
	Lactis acidosis	Feeling sick, vomiting, no appetite, extreme tiredness.
	Lipodystrophy	Loss/gain of fat in face, arms, legs or buttocks.
3TC (<i>Lamivudine</i>)	Alopecia (rare)	Hair thinning or falling out.
	Peripheral neuropathy (rare)	Loss of feeling (numbness) or pain in hands and/or feet.
AZT (<i>Zidovudine</i>)	Anaemia	Feeling tired or weak.
Nevirapine	Liver toxicity	Feeling sick, vomiting, poor appetite, yellow skin or eyes, light-coloured stools or dark-coloured urine, tenderness or swelling of the liver.
	Rash	Redness or mild rash on skin.
	Severe rash	Any rash more than 10% of body, any broken skin, rash in mouth, feeling feverish & unwell.
Efavirenz	Central nervous system side effects	Dizziness, mood changes, feeling worried, disturbing dreams, changes in sleep patterns. If severe then see health worker urgently.
	Liver toxicity	Feeling sick, vomiting, poor appetite, yellow skin or eyes, light-coloured stools or dark-coloured urine, tenderness or swelling of the liver.
	Rash	Redness or mild rash on skin.
	Severe rash	Any rash over more than 10% of body, any broken skin, rash in mouth, feeling feverish & unwell.

Changing your ARV drugs

If you are experiencing bad side effects, don't put up with them. Talk to your health worker and discuss what other options you have. If alternative drugs are available you can change your drug regime. Remember you must not change your treatment without consulting with your health worker first.

Side effects can always be dealt with - so don't delay in asking for help and advice.

ARV drugs help reduce the level of HIV in your body.

They do not cure HIV but help you feel better and live a healthier and longer life.

Chris & Angela Hang'ombwa
 TALC, Lusaka



Chris: For the last few years I'd been falling ill with different illnesses. Last year in November 2005 I went with my wife for VCT. She explained she wasn't going to divorce me if I tested HIV positive. She just wanted to know what was making me sick.

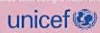
I tested positive and she tested negative. The first thing Angela did was to hug me. She said, "Now at least I know what is trying to kill my husband. He can go for treatment and he won't die."

Angela: I asked the counsellor how he could be positive and I remained negative when we made love together. She explained that sometimes this happens and I was lucky - she advised us to use condoms in future whenever we had sex. Soon afterwards my husband went onto ARVs. When I look at him now I can see no difference between the time before he fell sick and now when he's on ARVs.

Chris: We always use condoms when we have sex now. It wasn't easy but now we are used to it. As with any couple sometimes the urge just comes and we need to make love. We always have condoms readily available in case of emergencies.

- ▶ Condoms, and more information on safer sex, are available from your local clinic.
- ▶ To talk to other HIV+ people, contact the Treatment Advocacy & Literacy Campaign (TALC) on tel: 01-236278 or the Network of Zambian People Living with HIV/AIDS (NZP+) on tel: 01-237619.

Brochure produced by Alpha Mzuri with funding from UNICEF and support from the Ministry of Health. Illustrations by Denick Nkwanda with lessons from Alpha Mzuri.



ARVs and me

Playing it safe

when you are

HIV+



A guide for HIV positive people on HIV re-infection and practising safer sex

Having sex when you are HIV+



Being HIV positive doesn't mean you can't have sex anymore. Sex is a normal, healthy activity which people living with HIV can enjoy like anyone else.

Many people living with HIV are concerned about passing the virus onto their uninfected partner. There are simple steps you can take to reduce the risk of transmitting HIV. Remember always to always remain faithful to your partner.

If you are both HIV positive you need to consider the risks associated with unprotected sex. This brochure gives you information to enable you to make informed decisions about you and your partner's sexual health.



Safer sex - playing it safe



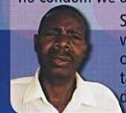
Safer sex means being faithful to one partner. It also means using a condom each time you have sex. If the condom is used correctly this reduces the risk of transmitting HIV.

The main reason condoms fail is because they aren't used properly - they are torn during opening, stored incorrectly, not worn properly, or re-used.

Always check the directions on the condom packaging, or speak to your health worker, if you're not sure how to use a condom. Also check that the condom hasn't passed the expiry date.



I first found out my HIV status in August 2005. Ever since that date I've never met my wife without using a condom. If there is no condom we don't meet. She is also HIV positive and on ARV drugs.



Sometimes it's not necessary to have sex, you can just romance with your wife. By this I mean just enjoying kissing and hugging one another. Because we both know our HIV status we can take our ARVs together and support one another through the difficult times.

Maboshe Songiso, NZP+ Mongu

Condoms are still the most effective barrier to HIV transmission during sexual intercourse

Condoms protect your partner from HIV if they are negative, and both of you from getting more of the virus if you are both positive. This is called 're-infection' or 'superinfection.'

Condoms can be fun, they come in different varieties, so find out which ones you and your partner like best. The more you use condoms the more you'll get used to them so they become part of your normal sex life.



We experiment with condoms and use different types, like scented, studded and ribbed. This adds variety to our sex lives and we enjoy it more. You should discuss how you are feeling with your partner and what you want to do. If one partner doesn't want to use condoms try to find out why.

Nyambe Kamungoma, NZP+ Kapiri Mposhi

You can also try using a female condom which is inserted by the woman. These are available from most pharmacists and many clinics. Some women prefer to use the female condom as you can insert the condom some time before sex.



You don't have to have sexual intercourse every time to enjoy yourself. Try discussing other ways of pleasing each other like touching, massage, kissing and cuddling.



Condoms can be part of a responsible and fulfilling sex life

① Avoiding re-infection or superinfection

Re-infection, or superinfection, is when you or your HIV positive partner becomes infected with more of a different type of HIV through unprotected sex.

When you are HIV positive you are infected with one type of HIV, when you become re-infected, a new type of the virus enters your body.



This new type may be more aggressive and attack your immune system at a faster rate. This can lead to 'faster disease progression' - making you fall sick much quicker.

Superinfection means you become re-infected with a drug-resistant strain of HIV. This means that the ARV treatment you'd been taking before - which was keeping you well - may stop working.

If this happens it will be much harder to treat



the HIV in your body and you will have fewer treatment options. So use condoms correctly each time you have sexual intercourse.

② Avoiding STIs

Condoms also protect you from getting infected with, and passing on, STIs (sexually transmitted infections) like genital herpes, gonorrhoea, syphilis and chlamydia. Try to avoid having sex with a partner if they have genital lumps, sores, discharges or other signs of infection.



Getting an STI when you're HIV positive can be very serious and will weaken your immune system further. It also makes it easier to get re-infected and superinfected with HIV.

Be open with your partner

Having unprotected sex with your partner when you know you are HIV positive is putting their life at risk. If your partner is HIV positive and you are having unprotected sex, you risk both your lives through re-infection.

If you haven't disclosed your HIV status to your partner, think of the benefits to yourself, and your family, of being open. Always remember to be faithful to your partner.



Chris Hang'ombwa
TALC, Lusaka

I am very careful not to put my wife at risk as she doesn't have the virus. I regard my wife as the second saviour, without her I wouldn't be here now. I'd never ask her to do away with condoms, this would endanger her life. One minute you are enjoying wet sex, the next minute you realise you have infected your wife. Condom use is the best remedy for me and my wife.

③ Negotiating condom use

Sometimes it is difficult for women to insist on using a condom with their partner. This is where being able to talk openly about sex is so important.



Your partner may question why you want to use a condom - "it's much better if we go skin on skin ... I'm your husband anyhow" etc. Try to explain that you just want to be safe and that condoms prevent lots of infections, not just HIV. It's possible to have a very fulfilling sex life that includes condoms.



Mutinta & Nyambe Kamungoma
MSF-Greece & NZP+ Kapiri Mposhi

Mutinta: One night Nyambe woke me at 01:00hrs. He told me he'd gone for VCT and he'd tested HIV positive. When I first heard I couldn't believe it was true - I was really scared and I thought he was lying.

I went with Nyambe for an HIV test. I was shivering all over and not happy. I tested positive and for the next month was in shock. What helped me was joining a support group. I found friends and realised I wasn't alone.

Nyambe: We've grown closer since we found out we're both HIV positive. I've realised the only thing that matters is to love one another. We still enjoy sex together, but now we always use condoms to prevent re-infecting each other. We know if we didn't there's a risk of infecting one another with a different strain of HIV, particularly as we are on different ARV combinations.

If you are not honest with your wife how will you practise safer sex? You're risking her life as well as yours. It shouldn't be that you have a husband taking ARVs while the wife doesn't know.

④ Having a baby when you're HIV+

Having children when you are HIV positive is possible and you should read the ARVs and Me brochure in this series on PMTCT (prevention of mother to child transmission).



If you don't want to become pregnant, use a condom each time you have sexual intercourse. You can also use another family planning method, as well as condoms, like the pill to make sure you don't become pregnant.

If you decide to have a baby, you and your partner need to think seriously about giving birth and bringing up your child. Having a baby can put a lot of stress on the mother's body and you need to ensure you can access ARV treatment and support.

First of all visit your local clinic and talk to your health worker about:

- ▶ Whether you can enroll on a PMTCT programme
- ▶ Baby feeding to prevent HIV transmission
- ▶ Opportunistic infections during pregnancy
- ▶ Keeping healthy whilst pregnant



Being open with your partner helps you both to play it safe!

Text: Clarke, Roy (2004): "Mfuwe". In: ibid: The Worst of Kalaki and the Best of Yuss, 2-5.

Chapter 1

Mfuwe and Back



1.1 Mfuwe

HE lumbered out of the state lodge, staggered towards the massive wooden chair that had been made ready for him, and fell backwards into it. His dishevelled safari suit was unbuttoned, and his huge belly hung over his trousers. In front of him sat all the assembled animals of Mfuwe, waiting for the Great Elephant Muwelewele to begin his Christmas Message.

‘Distinguished elephants, honourable hippos, mischievous monkeys, parasitic politicians, bureaucratic buffaloes, and other anonymous animals,’ he began, ‘I have just returned from one of my very brief visits to Lusaka, in order to be with you at this time of celebration. My message to you is that the last year has been a resounding economic success, and Mfuwe has never been more prosperous!’

‘Ee ee eeyee,’ squealed the monkeys, dancing around in circles, and wagging their bottoms, each painted with a picture of the Great Elephant.

‘When I was elected,’ continued Muwelewele, ‘I promised that only those constituencies that voted for me would see development. That is why Mfuwe is the only constituency that has seen development.’

‘Iwe wakhonza!’ shouted the crowd.

‘All the humans in the rest of this country refused to vote for me, so

they have had no share in our marvellous development!’

‘Chabwino!’ shouted the crowd.

‘It was only you, my friends from the game park, who went out there and brought in twenty-nine percent of the vote. The snakes of the Shushushu slithered into the ballot boxes and stuffed them with votes. The horrible hyenas were our trusted party cadres who chased away the opposition voters. Our reliable rhinos moved the polling stations to unknown places in the forest. And our merry monkeys played hide and seek with the voters cards!’

‘Hurray!’ laughed the crowd. ‘The law of the jungle!’

‘So now the MMD is the Movement for Mfuwe Development. All my development programmes are located in Mfuwe, and all my appointments have been from amongst you. The previous government would not put you in government, saying you were just monkeys and crocodiles, who shouldn’t be given the vote.’

‘Chamanyazi!’

‘But I have changed all that. I have nominated hippos to parliament, and made them my ministers! I have appointed jackals as my district administrators, and put the long-fingered baboons in charge of the treasury. I have put the knock-kneed giraffe in charge of agriculture, the hungry crocodile in charge of child welfare, and the red-lipped snake in



charge of legal reform. And best of all, the pythons are now fully employed, squeezing the taxpayers!

'One family one government!' cheered the crowd. 'One hippo one minister!'

'Our beloved Mfuwe,' said Muwelewele solemnly, 'is now a state within the state. We control everything in the rest of the country. Everything is now run for our benefit. I am pleased to report that the past year has been the best ever. Just as the others are becoming thinner, so we in the game park are becoming fatter. As hospitals fall down in the rest of the country, so we are building veterinary clinics all over Mfuwe.'

'Wehwehweh!' squealed the baboons, running up to the Great Elephant and showing him their big red bottoms.

'I am truly overwhelmed by this show of affection,' said the Great Muwelewele, holding his handkerchief to his nose.

'Education is another of our great success stories,' continued Muwelewele. 'The heartless humans built schools and universities for themselves, but provided absolutely nothing for the animals in Mfuwe. We are now reversing this situation. By closing these schools we now have the funds to send our monkeys abroad to Harvard. They are studying for MBAs, degrees in Manipulating Budget Allocations.

'Just as employment is falling rapidly amongst the humans, so it is increasing rapidly here in Mfuwe. Just as factories are closing in the remainder of the country, so they are increasing here. I have declared Mfuwe a tax-free zone, and our new manufacturing industry will soon be exporting directly to South Africa. A new bridge across the Luangwa is already under construction for this purpose.'

'Our Saviour,' shouted the crowd. 'A new Saviour is born! A New Deal! A New Direction! Let's roast a few street kids, and have a real feast!'

The jumbo glided to a halt at Lusaka International Airport. Out came the Great Leader Muwelewele, lumbering down the steps like an elephant. A reporter managed to thrust a microphone in front of him.

'Your Divine Majesty, how did you enjoy your holiday in Mfuwe?'

'What!' exploded the Great Leader, his face turning purple with rage. 'I was not on holiday! This was a very busy working trip, to look at current economic developments in Mfuwe, which has been privatised. Shoprite has already bought the place, and they are busy putting in an abattoir and meat processing factory. We are already building the bridge across the Luangwa, for direct export of game meat to South Africa!'

1.2 Baboon

THE King was in his palace, sitting on his throne, reading the morning papers. In the corner sat a whiskery baboon of a fellow, scribbling on his notepad. The silence was interrupted by a timid knock on the door. 'Come in!' boomed the King, as a giant of a man lumbered in, more like a dinosaur, of the sort generally thought to be extinct. It was the dreaded Shaky Shikashiwa, Minister of Law and Disorder.

'You asked to see me, Your Majesty?' said the Minister, bowing very low.

'Yes!' roared the King, 'What are these dreadful things I've been hearing about you? I've called you here to explain yourself!'

'I can't think what you might mean, Your Most Divine Majesty,' replied Shikashiwa, attempting to humble himself with a wobbly grovel.

'Well you'd better start thinking fast,' snapped the King, 'if its not too late in your career. Do you see who that is, sitting in the corner?'

'Looks more like a baboon to me. Did you bring him from Mfuwe?'

'There's no need to make animalistic remarks,' said the baboon. 'I happen to be descended from a long line of hairy ancestors. I am Spectacle Kalaliki, the one who digs deeper for *The Boast*.'

'Ha ha!' shouted the Mighty Shikashiwa, lurching forward, 'My policee have been searching for him all week!'

'Not so fast!' commanded the King, 'Stay where you are and don't touch him! He is staying here under my protection. He has been telling me that you have called him a baboon, accused him of defaming the government, and you are trying to deport him to Mfuwe..'

'My dear brother, let me explain...'
'Don't you call me your brother!' screamed the King, 'People will think that's your only qualification for the job!'

'My deepest apologies Your Majesty. You see the problem arose when your nephew...'

'My nephew!' screamed the King. 'What sort of talk is this? Doesn't he have a name?'

'Sorry Your Majesty. I mean Mr Putrid Bumble, my Executive Secretary. He got terribly upset when Kalaliki wrote a story about hippos. Apparently the story included one particularly fat hippo which he immediately recognised as himself.'

'He should get his weight down,' snapped the King, 'if he wants to avoid such confusion of identity. But you, Shikashiwa, how did you get into all this?'

'I was coming to that, Your Majesty. The first I knew about it was when there was a rumpus outside my office. Apparently Putrid Bumble had gone into Wachama and rented a gang of kaponya to demand the blood of Kalaliki, and I had to go out there and face this bloodthirsty mob. They

were already carrying Kalaliki's coffin, in readiness for the dreadful deed.'

'That's right,' interrupted Kalaliki, looking up from his notepad. 'That's when I came running to the palace for protection.'

The King turned towards the hapless Shikashiwa. 'But aren't you the very one who should have given him protection?'

'Oh I did, Your Majesty. To protect him from the murderous mob, I promised to deport him to Mfuwe. After all, he's obviously a baboon, so that's where he must have originated.'

'Try to get baboons out from your mind,' growled the King. 'What you were supposed to have done was to tell the mob that murder carries the death penalty. And also that you had to follow the rule of law. If Bumble had been defamed, then his proper remedy is to go before a judge to complain, and explain how he had managed to identify himself as the hippo in the story written by Kalaliki. Shikashiwa, don't you understand the smallest thing about government policy?'

'Oh yes, Your Majesty. That's why I have all the policee out looking for Kalaliki.'

'Not policee!' screamed the King. 'I'm talking about policy. My government is supposed to stand for the rule of law and freedom of the press. Look at all these newspapers,' he said, sweeping his hand towards the pile on the table. 'I have the international press and human rights organisations from all over the world on my neck! This little Kalaliki is becoming famous, while your Great King is becoming infamous!'

'Terribly sorry, Your Majesty. You must tell me how this new policee is different from our old policee. Do they wear different uniforms?'

'I am going to give you time to find out. I am sending both you and Bumble on forced leave for six months!'

'Where should we go, Your Most Divine Majesty?'

'To Mfuwe,' declared the King.

As the door closed behind the Minister, the King turned to Kalaliki. 'I hope you won't report all this in tomorrow's paper.'

'Its out of my hands,' said Kalaliki. 'That's entirely for the Editor to decide.'

Textauszug Herobook von Memory Phiri

This is me, Memory Phiri. I am 15 years old and I live in Lusaka, Zambia. I will tell you my story. I have begun to tell it rather than keep it in. When you hear it, you will understand why it is important for me to tell it.



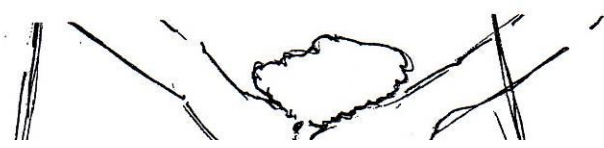
This is my hero, Sister Mary. She is my hero because she helps me to overcome my problems. She talks to me when I'm sad. She encourages me. She is the one who provides food, school, and love and the one who organizes everything. She is fifty six years old.



Sister Mary wears a grey dress, a white veil, glasses, sandals and a cross around her neck. She has a nice smile.



She prays with the rosary, "Hail Mary, full of grace, the Lord is with you. Blessed are you among women. Blessed is the fruit of your womb, Jesus."



These look like stones piled up on top of each other. It helped me to describe my problem. I started by saying I often feel alone and sad and then I cry and want to kill myself.

This feeling often comes when someone tells me bad things or teases me. I can feel my heart beating faster and faster and I call it Chikonko. Chikonko, in my language Bemba, means a very scary animal.

I feel Chikonko is around me, like I am inside him and I don't know how to get out. When I was young and my mom was back from work, she used to clean me because I was dirty from playing in the street and in the sand. After the bath, I would then get out the water and go play in the sand again. She would beat me and then bath me again. I'd get out the bath and go dirty myself again and again. It was like Chikonko had me and I would go to sleep with him in my heart, thinking and dreaming what my mum did to me. I felt Chikono was in my heart and that I was in his heart.

One day after both my parents died, before I was in the orphanage, me and my friend were offered a ride by a man in his car. He dropped my friend first then he raped me.

When you go to City of Hope you are given a medical check up. It was then I found out that I was HIV positive. I received counseling and lots of love from Sister Maria but it was also then that I wanted to die and kill myself. At school many children began to tease me. I would hear them whispering and laughing. Someone wrote, "Memory Phiri has AIDS" on the wall.

It is when other children tease me or say cruel things to me that Chikonko visits me and has the most power over me, making me feel lonely and sad. That is when I ask myself and God, "Why me? Why cant I be like other children? Should I live?"

