

**Aus der Tropenmedizinischen Abteilung
der Missionsärztlichen Klinik Würzburg
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg
Chefarzt: Professor Dr. med. Klaus Fleischer**

**Das Sexualverhalten verschiedener Bevölkerungsgruppen im Lower Shire
Valley in Malawi vor dem Hintergrund der HIV/AIDS-Epidemie – Eine
Planungsgrundlage für Interventionsmaßnahmen auf lokaler Ebene**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg
vorgelegt von
Christiane Schmidt-Winter
aus
Kapellendorf**

Würzburg, März 2004

Referent: Professor Dr. med. Klaus Fleischer

Koreferentin: Professor Dr. med. Heide Rückle-Lanz

Dekan: Professor Dr. med. Stefan Silbernagl

Tag der mündlichen Prüfung: 8. Juni 2005

Die Promovendin ist Ärztin.

**Für Ralf,
Liesel und Walter, meine Eltern,
Elli und Otto, meine Schwiegereltern**

**„AIDS has invigorated and distorted the study of sexual behaviour.
Because that study began so recently, there remain many
unanswered questions about why we have sex at all, why we do sex
one way rather than another, or even how we define sex.“**

(Donovan, Ross 2000)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Vorstellung des Forschungsthemas und Zielsetzung der Studie	1
1.2	Rahmenbedingungen	3
1.3	Aufbau der Arbeit	5
2	AIDS und Sexualität in Afrika	6
2.1	Überblick über die AIDS-Epidemie	6
2.2	Faktoren, die die Ausbreitung von HIV/AIDS beeinflussen	10
2.2.1	Biologisch-epidemiologische Faktoren	11
2.2.2	Sozioökonomische Faktoren	12
2.2.3	Kulturelle Normen und Praktiken	14
2.3	Sexualverhalten als Hauptdeterminante der Ausbreitung von HIV/AIDS	15
2.3.1	Sexuelle Verhaltensweisen im weltweiten Vergleich	15
2.3.2	Risikoverhalten	18
2.3.3	Sexuelle Netzwerke	19
2.3.4	Akzeptanz von Barriere-Methoden	20
3	Untersuchungskontext Malawi	22
3.1	Geopolitische und sozioökonomische Merkmale	22
3.1.1	Geographische Lage und klimatische Bedingungen	22
3.1.2	Wirtschaftliche und demographische Situation	23
3.1.3	Historische Entwicklung und politische Situation	24
3.2	Die Untersuchungsregion	25
4	AIDS und Sexualität in Malawi	28
4.1	Überblick über die AIDS-Situation im Land	28
4.2	Ursachen für das Ausmaß der HIV/AIDS-Epidemie in Malawi	30
4.2.1	Sozioökonomische, kulturelle und gesundheitssystem- immanente Faktoren	30

4.2.2	Der Umgang mit HIV/AIDS und Sexualität in der Öffentlichkeit	32
4.3	Derzeitige Muster im Sexualverhalten	36
5	Traditionelle Konzepte von Sexualität und Krankheit in Malawi	38
5.1	Sexualität – Im Dienst von Reproduktion und sozialer Kontinuität	38
5.1.1	Matrilinearität, Patrilinearität und die verschiedenen Ehesysteme	38
5.1.2	Sexualität vor der Ehe	44
5.1.3	Außereheliche sexuelle Beziehungen	45
5.1.4	Sexualität in der Ehe	46
5.1.5	Symbolik in Verbindung mit Sexualität und das Prinzip von „heiß“ und „kalt“	47
5.2	Die Interaktion von Sexualität und Krankheit	49
5.2.1	Das Krankheitsverständnis in der Malawischen Kultur	49
5.2.2	Der <i>mdulo</i> -Komplex	52
5.2.3	Die Inkorporation von AIDS in das traditionelle Krankheitskonzept	55
6	Teilnehmer und Methoden	57
6.1	Erhebungsinstrumente	57
6.1.1	Problemzentriertes Interview	59
6.1.2	Standardisiertes Interview	60
6.1.3	Fragebogen und Interviewleitfaden	61
6.1.4	Auswertungsverfahren	62
6.2	Teilnehmer	62
6.3	Studienverlauf	65
6.3.1	Vorbereitende Maßnahmen	65
6.3.2	Pilotstudie	66
6.3.3	Hauptstudie	66

7	Ergebnisse	67
7.1	Sexualitätsverständnis	67
7.1.1	Beschreibung der Stichprobe (Gruppe 1)	67
7.1.2	Die verschiedenen Ehesysteme hinsichtlich Matrilinearität und Patrilinearität	70
7.1.3	Sexualität – Bedeutung und Verhalten aus der Sicht der Befragten	72
7.1.4	Traditionelle Bräuche im Zusammenhang mit Sexualität	74
7.1.5	AIDS-Informiertheit	80
7.1.6	Zusammenfassung der Ergebnisse	81
7.2	Sexualverhalten	84
7.2.1	Soziodemographische Merkmale der Stichprobe (Gruppe2)	84
7.2.2	Der erste Sexualkontakt	89
7.2.3	Voreheliche Sexualkontakte	92
7.2.4	Außereheliche Sexualkontakte	95
7.2.5	Gesamtzahl der Sexualpartner / -partnerinnen	96
7.2.6	Hinweise auf Sexualkontakte mit Prostituierten	97
7.2.7	Koitusfrequenz	98
7.2.8	Erzwungener Koitus	99
7.2.9	Verwendung von Kondomen	100
7.2.10	Mit Sexualität verknüpfte Rituale	102
7.2.11	„Dry Sex“	105
7.2.12	Sexuell übertragbare Krankheiten	105
7.2.13	Zusammenfassung der Ergebnisse	107
8	Diskussion	111
9	Schlussfolgerungen	125
9.1	Maßnahmenkatalog	125
9.2	Schlussbemerkung und Ausblick	131
	Zusammenfassung	133

Anhang	138
A Interviewleitfaden	138
B Fragebogen	140
C Liste der Interviewer	150
D Glossar von Chichewa-Wendungen	151
E Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	154
Literaturverzeichnis	155

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ART	Anti-retrovirale Therapie
cpz	Chimpanzee (Schimpanse)
DVH	Deputy Village Headman
GVH	Group Village Headman
Hb	Hämoglobin
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HIV-1/HIV-2	Typ 1/Typ 2 des HI-Virus
J.	Jahre
KABP	Knowledge, Attitude, Behaviour and Practices
m	Median
MCP	Malawi Congress Party
ml	matrilinear
n	Stichprobenumfang
PHC	Primary Health Care
pl	patrilinear
Q ₁₋₄	Quartilen
s	Standardabweichung
SIV	Simian Immunodeficiency Virus
sm	Sooty Mangabey (Affenart)
STD	Sexually Transmitted Disease
TA	Traditional Authority

TFR	Total Fertility Rate (durchschnittliche Anzahl von Kindern, die eine Frau haben würde, wenn die augenblickliche alters-spezifische Geburtenrate während ihrer fruchtbaren Jahre (15-49 J.) konstant bliebe)
UDF	United Democratic Front
UN	United Nations
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
VCT	Voluntary Counselling and Testing
VDRL-Test	Venereal Disease Research Laboratory-Test
vgl.	vergleiche
VH	Village Headman
vs.	versus
WHO	World Health Organization
x_{\max}	maximaler Wert
x_{\min}	minimaler Wert
\bar{x}	Mittelwert
yrs.	years

1 Einleitung

Seit der Entdeckung von AIDS vor mehr als 20 Jahren hat sich HIV-1 weltweit ausgebreitet. Sub-Sahara-Africa ist dabei die am schwersten betroffene Region mit seinen östlichen und südlichen Ländern an der Spitze der Infektionsraten (UNAIDS 2001 a). Zahllose wissenschaftliche Arbeiten aus unterschiedlichen Sektoren befassten sich unterdessen mit den Ursachen und Auswirkungen der HIV-Epidemie und inzwischen ist klar, dass sie das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels sexueller Verhaltensweisen, biologischer Faktoren und sozio-ökonomischer Bedingungen ist. In Afrika beschäftigte sich die AIDS-Forschung lange Zeit in erster Linie mit epidemiologischen Fragen und weniger mit den Mustern sexueller Verhaltensweisen. Der Bedarf an Forschung auf diesem Gebiet ist deshalb groß. Ein echtes Verständnis dafür kann dabei nur erworben werden, wenn sie in eine umfassende Kenntnis sozialer Werte und gesellschaftlicher Normen eingebettet ist, und für die Übersetzung von Forschungsergebnissen in effektive Interventionsstrategien sind Fragen zu Kontext und Interpretation häufig von zentraler Bedeutung (Caraël et al. 1991). Bislang existiert kaum eine Dokumentation darüber, wie die AIDS-Pandemie die Perzeption von vormals akzeptablen traditionellen Praktiken beeinflusst hat. Das Wissen darum wird Einblicke gewähren in die Art und Weise, wie Menschen HIV/AIDS erfahren und deuten, eine wichtige Komponente um die Epidemiologie der Krankheit erfassen zu können (Chikovore, Mbizvo 1999).

1.1 Vorstellung des Forschungsthemas und Zielsetzung der Studie

Malawi gehört zu den zehn am stärksten von der HIV-Epidemie betroffenen Ländern der Welt (UNAIDS 2000 b). Ungeachtet dieser Tatsache beschränkt sich die bisherige Datenerhebung öffentlicher Stellen im Wesentlichen auf die Überwachung der landesweiten HIV-Prävalenz, ist lückenhaft und schließt ländliche Gebiete nur ungenügend ein (National AIDS Commission 2001). Bestimmte Subregionen wie beispielsweise die „East Bank“ des unteren Shire-

Tals (Untersuchungsregion) finden darin überhaupt keine Berücksichtigung. Die wenigen nationalen Studien, die bislang Fragen zum Sexualverhalten und HIV/AIDS ansprachen, richteten sich nach den allgemeinen Kriterien der „Knowledge, Attitudes, Behaviour and Practices Surveys (KABP)“, waren untereinander wegen methodischer Differenzen kaum vergleichbar und ließen kontextuelle Fragestellungen und ethnientypische Variationen völlig außer Acht (National Statistical Office, ORC Macro 2001). Angesichts der zunehmenden Belastung mit AIDS-kranken Patienten sind die Gesundheitsdienste kaum noch in der Lage, eine adäquate Versorgung der Kranken aufrecht zu erhalten, und vor allem für kleinere Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind Finanzplanung und Budgetierung mangels verfügbarer Daten nahezu unmöglich. Initiativen zur HIV-Prävention werden durch das Fehlen einfachster Kenntnisse der lokalen Situation blockiert.

Trotz des begrenzten Datenmaterials weisen die vorliegenden Zahlen darauf hin, dass erhebliche regionale Unterschiede in der HIV-Prävalenz bestehen, ein mögliches Indiz dafür, dass lokale Faktoren die Ausbreitungsgeschwindigkeit des Virus determinieren könnten. So setzt sich zum Beispiel die Bevölkerung Malawis aus einer Bandbreite verschiedener matrilinearere und patrilinearere Ethnien zusammen, die zum Teil erst vor weniger als 100 Jahren und aus den unterschiedlichsten Regionen Afrikas in das Gebiet des heutigen Malawi eingewandert sind. Die Vermutung liegt nahe, dass kulturelle Unterschiede, auch das Sexualverhalten betreffend, existieren und im Hinblick auf HIV/AIDS einer näheren Untersuchung bedürfen. Vor diesem Hintergrund wurde die vorliegende Studie geplant. Sie widmet sich dem Verständnis von Sexualität und dem sexuellen Verhalten verschiedener sich hinsichtlich ihres Abstammungssystems und ihrer kulturellen Herkunft unterscheidender Bevölkerungsgruppen im Einzugsbereich eines ländlichen Krankenhauses im Süden Malawis in der Absicht, eine solide Grundlage für die Planung effektiver und unter lokalen Bedingungen durchführbarer Maßnahmen zu erarbeiten.

Im Einzelnen sollen dabei folgende Fragestellungen beantwortet und vor dem Hintergrund der HIV/AIDS-Epidemie analysiert werden:

1. Was sind die traditionellen Wertvorstellungen und Normen bezüglich Sexualität?
2. Inwieweit orientiert sich das tatsächliche Verhalten daran?
3. Gibt es Unterschiede im Sexualverhalten zwischen matrilinearen und patrilinearen Ethnien?
4. Gibt es andere Einflüsse?
5. Sind Veränderungen im Sexualverhalten oder Sexualitätsverständnis erkennbar?
6. Wo ergeben sich Interventionsmöglichkeiten?

Auskunft zum Sexualverhalten liefern dabei die Daten aus einer Befragung ausgewählter erwachsener Personen der Untersuchungsregion, während kontextuelle und inhaltliche Fragen an die Repräsentanten der aufgesuchten Dörfer den kulturellen Hintergrund und das zugrunde liegende Sexualitätsverständnis näher beleuchten sollen.

1.2 Rahmenbedingungen

Trinity Hospital ist ein von der Diözese Chikwawa getragenes Krankenhaus, das von Größe und Ausstattung her einem Distrikt-Krankenhaus vergleichbar ist. Neben 200 stationären Betten in den vier Fachdisziplinen Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie und Geburtshilfe/Gynäkologie, einer großen Ambulanz und einer Abteilung für Primary Health Care ist dem Haus eine Hebammen- und Schwesternschule angegliedert. Es handelt sich um das einzige Krankenhaus der „East Bank“ des Lower Shire Valley und ist als solches für 90.000 Einwohner zuständig. Trinity Hospital wurde Anfang der 60er Jahre von einem katholischen Schwesternorden als Missionskrankenhaus in einer der ärmsten Regionen Malawis, in der keinerlei staatliche Gesundheitseinrichtungen

existierten, gegründet. Seither setzen sich die Schwestern trotz zunehmend angespannter Finanzlage dafür ein, dass das Krankenhaus weiterhin auch für die arme Bevölkerung zugänglich bleibt. Ihr langjähriges, über die Unterhaltung des Hospitals hinausgehendes Engagement in der Armutsbekämpfung schaffte ein solides Vertrauensverhältnis unter der lokalen Bevölkerung.

Die Mitarbeiter des PHC-Teams sind durch ihre zahlreichen Aktivitäten außerhalb des Krankenhauses wie Outreach-Kliniken, Schwangeren- und Kindervorsorge, Impfaktionen, Ernährungssicherung und Aus- und Weiterbildungskurse für traditionelle Hebammen vielen Menschen der Region bekannt. Das Training von AIDS Counsellors und nicht zuletzt die von ihnen ins Leben gerufene AIDS Drama Group formten eine gute Grundlage für weitere Maßnahmen zur Prävention der Immunschwächekrankheit. Die Autorin war drei Jahre lang als Ärztin im Entwicklungsdienst am Trinity Hospital tätig. Grundkenntnisse in Chichewa erleichterten die Überwindung der ansonsten hohen Kommunikationsbarrieren, und durch den mehrjährigen direkten Kontakt mit der Bevölkerung sowohl im dienstlichen als auch im privaten Bereich konnte schließlich eine Vertrauensbasis entstehen, die für die Durchführung einer solchen Studie unerlässlich ist.

Die Gegebenheiten der traditionellen malawischen Gesellschaft machen es zur Bedingung, sich innerhalb der Strukturen zu bewegen und die Wege über die traditionellen Autoritäten einzuhalten, will man erfolgreich sein. Es wurde daher besonderer Wert auf die Einbeziehung der Chiefs und Village Headmen in die Vorbereitung der Studie gelegt. In einer Zeit, in der sich HIV trotz des bereits erreichten Ausmaßes nahezu ungebremst ausbreitet und die von täglichen Diskussionen und Aufklärungskampagnen zu AIDS geprägt ist, trafen die Vorschläge bei den genannten Personen auf fruchtbaren Boden. Als Führungspersönlichkeiten und Entscheidungsträger konnten sie die Menschen zur Teilnahme motivieren und von der Notwendigkeit offener Antworten überzeugen.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in neun Abschnitte gegliedert. Kapitel 2 gibt einen Überblick über die AIDS-Situation in Afrika und beschreibt die wichtigsten Aspekte sexuellen Verhaltens als Hauptdeterminante der Ausbreitung von HIV/AIDS. Kapitel 3 beschäftigt sich mit dem Land Malawi und liefert Hintergrundinformationen zur geopolitischen und sozioökonomischen Situation. Es geht außerdem näher auf die Untersuchungsregion ein. Kapitel 4 und 5 beleuchten die landesspezifische AIDS-Situation und den Umgang mit Sexualität. Dabei werden sowohl die vorhandenen statistischen Daten zu AIDS und zum Sexualverhalten als auch traditionelle Konzepte von Sexualität und Krankheit dargestellt. In Kapitel 6 werden die verwendeten Methoden und die Teilnehmer beschrieben. Die Studienergebnisse werden in Kapitel 7 ausführlich dargelegt und in Kapitel 8 diskutiert. Der letzte Abschnitt ist Schlussfolgerungen vorbehalten und liefert außerdem Vorschläge zu Interventionsansätzen, die auf lokaler Ebene durchgeführt werden können.

2 AIDS und Sexualität in Afrika

2.1 Überblick über die AIDS-Epidemie

Die Erstbeschreibung von AIDS als eine neue Erkrankung bei homosexuellen Männern erfolgte 1981 in Nordamerika (Gottlieb et al. 1981). Der erste Bericht über die Immunschwächekrankheit bei Patienten aus Zentralafrika wurde 1983 publiziert (Clumeck et al. 1983), und wenige Jahre später war klar, dass HIV-1 sich unter der Bevölkerung vieler Länder in Afrika südlich der Sahara ausgebreitet hatte und ein nicht zu übersehendes Problem für den Public Health Sektor darstellte (Quinn et al. 1986).

Retrospektive Serumanalysen belegen die Präsenz von HIV-1 in Zentralafrika und von HIV-2 in der westafrikanischen Population jedoch bereits zu einem viel früheren Zeitpunkt (Nahmias et al. 1986; De Cock, Brun-Vézinet 1989), und klinische Fallbeschreibungen lassen vermuten, dass AIDS schon Mitte der 70er Jahre oder sogar davor in Zentralafrika existierte (Sonnet et al. 1987). Durch die Entwicklung sogenannter „molekularer Uhren“, Modelle, die auf der Genomsequenzierung von HI-Viren verschiedener evolutionärer Stadien beruhen, konnte die Entstehung von HIV-1 Gruppe M bereits ins frühe zwanzigste Jahrhundert zurückdatiert werden (Korber et al. 2000). Die Hypothese einer Übertragung des Virus auf den Menschen durch direkten Kontakt mit infiziertem Blut bestimmter Affenarten im Sinne einer Zoonose wurde durch phylogenetische Untersuchungen aus den letzten Jahren untermauert und gilt seit der XIII. Internationalen AIDS Konferenz als allgemein akzeptiert (The Durban Declaration 2000). Sooty Mangabeys (eine in Westafrika heimische Affenart) wurden als Quelle für HIV-2, dessen Genom identisch ist mit SIVsm, identifiziert, und es liegen Hinweise für eine zoonotische Übertragung von SIVcpz (natürliches Reservoir: *P. t. troglodytes*, eine Schimpansenunterart) in Kamerun vor als Auslöser für die HIV-1 Gruppe N-Infektion beim Menschen (Hahn et al. 2000). Für beide HI-Viren existieren

verschiedene Subtypen. Während HIV-2 sieben Gruppen aufweist, wird HIV-1 in drei Gruppen, M, N und O unterteilt, wobei für die Hauptgruppe M mittlerweile elf Subtypen bzw. Sub-Subtypen zuzüglich einer Reihe von zirkulierenden rekombinanten Formen bekannt sind (Robertson et al. 1999). Im Gegensatz zu HIV-2, dessen Verbreitung sich nahezu ausschließlich auf West-Afrika beschränkt, hat HIV-1 zu einer globalen Epidemie geführt (De Cock 1996).

Die Entdeckung von AIDS bei afrikanischen Patienten, die weder homosexuell noch drogenabhängig waren, führte zu der Erkenntnis, dass HIV auch durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragen werden konnte. Inzwischen ist klar, dass dieser Weg (schätzungsweise 80% aller HIV-Infektionen (N'galy, Ryder 1988)) in Sub-Sahara-Afrika neben vertikaler Transmission den Hauptübertragungsmodus für HIV darstellt (Piot et al. 1988; Johnson, Laga 1988). Der rasche Anstieg und die im Vergleich zur Normalbevölkerung hohe Seroprävalenz von HIV bei Prostituierten, legte die Vermutung nahe, dass diese Gruppe eine herausragende Rolle bei der Verbreitung des Virus spielte (Piot et al. 1987). Mit fortschreitender Epidemie nahm die Bedeutung von Hochrisikogruppen jedoch zunehmend ab. Vor allem Frauen scheinen hauptsächlich durch ihre Ehemänner oder festen Partner infiziert zu werden (ter Meulen et al. 1989; Allen et al. 1991; Bassett, Mhloyi 1991). Bluttransfusionen trugen (zumindest in der „Vor-Test-Aera“) in nicht unerheblichem Maß zum Infektionsrisiko bei (Quinn et al. 1986; ter Meulen et al. 1989). Infektionszahlen durch medizinische Injektionen, Nadelstichverletzungen oder Skarifikationen werden dagegen vergleichsweise gering eingeschätzt (Berkley 1991).

Die Diagnose AIDS wird klinisch gestellt und basiert auf der Identifikation bestimmter opportunistischer Infektionen und/oder Malignome. Wenn möglich sollte das Vorhandensein von Serumantikörpern gegen HIV durch einen etablierten Labortest demonstriert werden (Piot 1996). Augenblicklich sind sechs verschiedene, von der WHO für Surveillance-Zwecke empfohlene Definitionen von AIDS in Gebrauch (WHO 2002). Welche davon in unterschiedlichen Ländern verwendet wird, hängt von Bevölkerungsfaktoren,

Labormöglichkeiten und Ausbildungsstand des Gesundheitspersonals ab. Die in Afrika am häufigsten benutzte Variante ist die erstmals 1986 als „Bangui-Klassifikation“ bekannt gewordene vorläufige klinische Falldefinition für AIDS der WHO (WHO, 1986). 1994 wurde diese revidiert und ist seither nur noch für Überwachungszwecke vorgesehen (WHO 1994). In der Regel sind aber HIV-Tests in den meisten afrikanischen Ländern noch immer nicht für den klinischen Routinegebrauch verfügbar (Goodgame 1990), weshalb die klinische Falldefinition für die Mehrzahl der Patienten die einzige diagnostische Option ist. Nachdem eine antiretrovirale Therapie wegen zu hoher Kosten bislang nur für wenige Menschen in Afrika in Frage kam, ebnete eine kürzliche dramatische Preissenkung den Weg für eine breitere Nutzung durch die Patienten, die zahlen können (Binswanger 2001). Short-Course Regime zur Minderung des Risikos einer vertikalen Transmission unter der Geburt konnten ebenfalls erheblich günstiger konzipiert werden als Regime, die derzeit in der westlichen Welt in Gebrauch sind (Shaffer et al. 1999). Und obwohl ART auch in Zukunft nicht für alle zugänglich sein wird, ist es das erklärte Ziel der Vereinten Nationen, diese Medikamente sukzessive und kontrolliert innerhalb weniger Jahre in Afrika einzuführen (United Nations 2001).

Bereits im Frühstadium der Epidemie wurden Berechnungen vorgenommen, um den weiteren Verlauf beurteilen zu können (Anderson et al. 1988). Die tatsächlichen Ausmaße wurden aber erheblich unterschätzt, wie Projektionen der WHO von 1991 zeigen, die die Zahl der an HIV/AIDS leidenden Menschen auf 9 Millionen für das Ende des Jahrzehnts schätzten (UNAIDS 2000 a). Dagegen gaben UNAIDS-Statistiken die Zahl der Erwachsenen und Kinder mit HIV/AIDS Ende 2001 mit 40 Millionen weltweit an, wovon 28,1 Millionen in Sub-Sahara-Afrika lebten. Von den 5 Millionen Neuinfektionen ereigneten sich allein 3,4 Millionen in dieser Region. 2,3 Millionen Todesfälle gingen zu Lasten der Immunschwächekrankheit (UNAIDS 2001 a). Die Zahl der AIDS-Waisen in Afrika (kumulativ) wurde Ende 1999 auf 12,1 Millionen geschätzt (UNAIDS 2000 b). Die Prävalenz unter 15-49 jährigen erreichte 2001 im Durchschnitt 8,4%, während sie sich in anderen Regionen der Welt mit Ausnahme der Karibik

immer noch unter 1% bewegte. 55% aller infizierten Erwachsenen waren Frauen (UNAIDS 2001 a). Weitere geschlechtsspezifische Differenzen betreffen den Frauenanteil Infizierter in den jüngeren Altersgruppen, der den der Männer weit übersteigt. Mädchen unter 20 sind etwa fünf Mal häufiger und Frauen in den frühen Zwanzigern drei Mal häufiger als ihre männlichen Altersgenossen infiziert (UNAIDS 2000 a). Bei näherer Betrachtung ergibt sich aber auch für Afrika südlich der Sahara ein heterogenes Bild. Am stärksten betroffen sind hier die südlichen und östlichen Länder, wo in bestimmten urbanen Regionen Infektionsraten von mehr als 40% (Botswana) unter schwangeren Frauen gefunden wurden. Die Zahlen in Westafrika lagen dagegen deutlich niedriger (UNAIDS 2000 b).

Die AIDS-Epidemie wird verschiedenen Autoren zufolge schwerwiegende demographische Auswirkungen haben. Schon frühe Berechnungen ergaben, dass Wachstumsraten erheblich eingeschränkt, oder sogar negativ werden könnten (Anderson et al. 1988). Projektionen für 2025 und 2050 erwarten einen Bevölkerungsrückgang für mindestens drei Länder des südlichen und östlichen Afrika, nämlich Simbabwe, Botswana und Südafrika (Population Reference Bureau 2000). AIDS war bereits 1988/89 die führende Todesursache bei Erwachsenen in Abidjan, Elfenbeinküste (De Cock et al. 1990), und eine Studie im ländlichen Uganda kalkulierte den Rückgang in der Lebenserwartung als Konsequenz von AIDS von 58,6 Jahren auf 42,5 Jahre (Nunn et al. 1997). UNAIDS (2000 a) beschreibt die Situation wie folgt:

„...the proportion of young people who will die of AIDS is appallingly high in many countries: in virtually any country where 15% or more of all adults are currently infected with HIV, at least 35% of boys now aged 15 will die of AIDS.“

Die durch die Epidemie verursachte wirtschaftliche Belastung wird für Entwicklungsländer 15 bis 20 Mal höher als für Industrieländer eingeschätzt. Prognosen, die Wachstumseinbußen beim erwirtschafteten Bruttosozialprodukt

um bis zu 30% erwarten, lassen es für arme Länder unmöglich erscheinen, die durch AIDS verursachten Kosten ökonomisch zu überwinden (Gentilini, Chieze 1990). Strukturelle Anpassungsprogramme der Weltbank und des Internationalen Währungsfonds, die auf einer Reduzierung der nicht-produktiven Kosten bestehen, haben de facto bereits zu einer konstanten Reduktion von Sozial- und Gesundheitsdiensten geführt (Diesfeld et al. 1993). Daneben förderten AIDS-Projekte durch Drittländer den Aufbau paralleler Strukturen, die durch Abwerbung von Personal eine Schwächung des allgemeinen Gesundheitswesens bewirkten. Epidemiologische Studien, der Aufbau von Referenz-Laboren und zentralen Blutspendediensten in den Hauptstädten verbrauchten häufig den größten Teil der verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen, während andere Aufgaben, vor allem die Sorge für Infizierte und Kranke in ländlichen Gegenden und den Randgebieten der Städte vernachlässigt wurden (Fleischer 1993).

2.2 Faktoren, die die Ausbreitung von HIV/AIDS beeinflussen

Die beträchtlichen Variationen in der HIV-1 Prävalenz zwischen verschiedenen Gebieten Sub-Sahara-Afrikas können nicht immer mit zeitlichen Differenzen bezüglich des erstmaligen Auftretens des Virus in einer bestimmten Region erklärt werden. Vielmehr deuten zahlreiche epidemiologische Studien darauf hin, dass die Ausbreitungsgeschwindigkeit von HIV/AIDS durch ein komplexes Zusammenspiel von Sexualverhalten, einschließlich der Rate des Partnerwechsels, sexueller Durchmischungsmuster zwischen verschiedenen sexuellen Aktivitätsklassen, verschiedenen Altersgruppen oder beiden und biologischen Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit der HIV-Übertragung pro Sexualakt beeinflussen, gesteuert wird (Buvé et al. 2002).

2.2.1 Biologisch-epidemiologische Faktoren

Untersuchungen zur Viruslast zeigten eine frühe und eine späte hohe Virämie (Pedersen et al. 1987), was auf eine niedrige Infektiosität während des größten Teils der AIDS-Inkubationsperiode hindeutet (Garnett 1998). Während die kurze virämische Episode zu Beginn der Infektion besonders in Gruppen sexuell hochaktiver Personen mit mehreren nebeneinander bestehenden Partnerschaften die rasche Ausbreitung des Virus begünstigt, ist dies aus epidemiologischer Sicht mit Wellen von Serokonversionen verknüpft, wie Untersuchungen homosexueller Männer in den USA ergaben (Jacquez et al. 1994). Nach Erreichen eines Sättigungseffektes in Risiko-Populationen ist dann mit einer relativ stabilen Seroprävalenz zu rechnen, die durch eine Balance zwischen HIV-assoziierten Todesfällen und Abwanderung auf der einen Seite und Neuinfektionen einschließlich später Transmissionen auf der anderen Seite aufrecht erhalten wird. Letztere treten dann hauptsächlich in stabilen Partnerschaften auf, in denen der Ehepartner bislang wegen der verhältnismäßig niedrigen Infektiosität während der asymptomatischen Phase vor einer Virusübertragung geschützt war und jetzt durch die zweite, mit dem Erkrankungsbeginn verknüpfte Virämie erneut einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt ist (Hudson 1996).

Eine Erklärung für den hauptsächlich heterosexuellen Übertragungsmodus in Afrika bieten möglicherweise neuere Untersuchungen zur Pathophysiologie und geographischen Verbreitung von HIV-Subtypen. Die gewonnenen Daten zeigten, dass HIV-1 Subtyp E besser als Subtyp B in Langerhans Zellen wächst. Die Tatsache, dass diese CD4+ exprimierenden Zellen zahlreich in der Genitalschleimhaut vorhanden sind aber nicht in der Rektummukosa, gibt Anlass zu der Vermutung, dass die Dominanz von non-B Langerhans-tropischen Subtypen in Afrika und Asien mit der epidemiologischen Dominanz heterosexuell übertragener HIV-Infektionen in diesen Regionen korreliert (Soto-Ramirez et al. 1996).

Ein Anstieg der Transmissionswahrscheinlichkeit durch koexistierende sexuell übertragbare Krankheiten (STD) wurde wiederholt dokumentiert (Cameron et al. 1989; Dyer et al. 1998). Sowohl Infektiosität als auch Empfänglichkeit können bei gleichzeitig bestehender venerischer Erkrankung erhöht sein (Johnson, Laga 1988; Laga et al. 1991). Ursächlich diskutiert wird eine damit assoziierte Aktivierung des Immunsystems, die durch Produktion eines inflammatorischen Exsudates und die vermehrte Ausscheidung potentiell infizierter Zellen sowie die Beschleunigung der Virusreplikation die Übertragung des Virus erleichtert (Bentwich et al. 2000). Umgekehrt scheint eine Koinfektion mit HIV die Infektiosität von Individuen mit spezifischen STDs zu verlängern oder zu verstärken (Wasserheit 1992).

Neben dem ohnehin höheren Infektionsrisiko für Frauen (größere Schleimhautoberfläche, höheres Verletzungsrisiko vor allem bei sehr jungen Mädchen mit noch unreifem Genitaltrakt (UNAIDS 2000 a)) wurden außerdem die zervikale Ektopie, Geschlechtsverkehr während der Menstruation, „Dry Sex“ (die intravaginale Anwendung exsikkierender Substanzen) und rezeptiver Analverkehr als Kofaktoren für eine HIV-Transmission identifiziert (Johnson, Laga 1988; De Cock 1996; Piot 1996)

Ein protektiver Effekt wurde der männlichen Zirkumzision zugeschrieben. Derzeitige Informationen, reichen jedoch nicht aus, um dies als eine Public Health Interventionsmaßnahme zur Prävention der HIV-Infektion zu propagieren (Cameron et al. 1989; De Vincenzi, Mertens 1994; De Cock 1996).

2.2.2 Sozio-ökonomische Faktoren

Es hat sich gezeigt, dass Länder mit politischer und/oder ökonomischer Instabilität anfälliger sind für die Ausbreitung von Krankheiten wie AIDS und den Zusammenbruch ihrer Gesundheitssysteme. Ähnliches gilt für vulnerable gesellschaftliche Gruppen, wie Prostituierte oder auch Frauen im Allgemeinen,

die durch die Verschlechterung der Gesundheitsversorgung und die AIDS-Epidemie am härtesten getroffen wurden (Kalipeni 2000). Frauen sind aufgrund ihrer untergeordneten sozialen Stellung und eines genderassoziierten Machtungleichgewichtes vielfach nicht in der Lage, präventive Maßnahmen zu ergreifen oder einzufordern (Abdool Karim et al. 1997). Die ökonomische Abhängigkeit, in der sich Frauen gegenüber ihren männlichen Partnern befinden, erschwert Verhandlungen über Safer-Sex-Praktiken (Buvé et al. 2002), und der Verkauf sexueller Dienste stellt für alleinstehende Frauen oftmals die einzige Einkommensquelle dar (Bassett, Mhloyi 1991). Untersuchungen in Kamerun ergaben, dass voreheliche sexuelle Beziehungen für viele junge Frauen ein wichtiges Mittel sind, um ihren sozialen und ökonomischen Status zu verbessern (Meekers, Calves 1997). Wohlhabendere Männer auf der anderen Seite nutzen ihre finanziellen Mittel um Alkohol, Drogen und Sex zu kaufen, jedes für sich mit erhöhtem Risikoverhalten assoziiert (UNAIDS 2000 a).

Mangelnde Schulbildung, Analphabetentum und die damit verbundene eingeschränkte Nutzungsmöglichkeit von Massenmedien sind mit ein Grund dafür, dass immer noch Millionen von jungen Frauen gefährlich unwissend sind oder zumindest ein falsches Verständnis vom Übertragungsmodus des Virus haben (UNAIDS 2001 a). Der Effekt von Bildung auf die Verbreitung von AIDS ist jedoch zweiseitig, wie Studien von UNAIDS in 17 afrikanischen und vier lateinamerikanischen Ländern zeigten. Gebildetere Mädchen zum Beispiel tendierten dazu, den Beginn ihres Sexuallebens ins spätere Lebensalter zu verlagern, während in vielen Ländern für Jungen das Gegenteil zutrifft. Bei beiden Geschlechtern war ein höheres Bildungsniveau mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Gelegenheitssexpartner verknüpft. Auf der anderen Seite waren Personen mit höherer Bildung aber auch eher dazu bereit, sich durch die Benutzung von Kondomen bei Gelegenheitssex zu schützen (UNAIDS 2000 a).

Urbanisation und Modernisation propagieren einen Austausch traditioneller ländlicher Normen gegen ein modernes städtisches Ethos mit geringeren, Ehe

und Sexualverhalten betreffenden Einschränkungen (Buvé et al. 2002). Kaum vorhandene Arbeitsmöglichkeiten in ländlichen Gebieten bedeuten, dass in vielen Ländern Sub-Sahara-Afrikas eine hohe Migration besteht (Kalipeni 2000). Arbeitsbedingte Mobilität ist mit einer hohen Partnerwechselrate, kommerziellem und risikoreichem Sex assoziiert. Kriege und soziale Unruhen können das Risiko, dem die Normalbevölkerung ausgesetzt ist, drastisch erhöhen, und sowohl inner- als auch zwischenstaatliche Bevölkerungsbewegungen stellen für viele Regionen einen entscheidenden Faktor in der Ausbreitung von HIV dar (Buvé et al. 2002).

2.2.3 Kulturelle Normen und Praktiken

Soziale und kulturelle Systeme in vielen afrikanischen Gesellschaften diktieren, dass Frauen keine Kontrolle über ihr Sexualleben oder das ihrer Männer außerhalb der Ehe haben (Caldwell et al. 1989). Außereheliche Affären beider Geschlechter werden in vielen Teilen Sub-Sahara-Afrikas toleriert, obwohl die meisten Kulturen Frauen nur sehr wenig voreheliche sexuelle Erfahrung zugestehen und später eheliche Treue von ihnen fordern. Von Männern dagegen wird beides akzeptiert oder sogar erwartet. Die in patrilinearen Systemen als Brautpreis an die Eltern der zukünftigen Frau gezahlte finanzielle Entschädigung unterstreicht die Vorstellung, dass eine Frau das Eigentum ihres Mannes ist. So ist es einer Ehefrau auch nicht erlaubt, sexuelle Avancen ihres Mannes zurückzuweisen oder ein Kondom zu benutzen, selbst dann nicht, wenn der Ehemann HIV-infiziert ist (Buvé et al. 2002).

Wenige Untersuchungen liegen zu kulturellen Praktiken, wie Sex während der Menstruation, Reinigungsritualen oder Witwenvererbung vor. Obwohl offensichtlich ein Risiko für die Übertragung von HIV in Gegenden mit hoher AIDS-Mortalität besteht, wird deren Einfluss aus epidemiologischer Sicht für gering gehalten (De Cock 1996).

Andere kulturelle Normen betreffen den Umgang mit der Krankheit selbst. Erfahrungen in Uganda haben gezeigt, dass traditionelle Heiler schnell bereit waren, AIDS als das Resultat eines Vergehens gegen einen Verwandten, Nachbarn oder Vorfahren zu diagnostizieren, was eine fatalistische Haltung gegenüber der Immunschwächekrankheit begünstigt haben mag. Medizinisches Personal sah sich häufig nicht dazu in der Lage, Patienten über die Natur ihrer Erkrankung aufzuklären, da die Mitteilung eines solchen Resultats im kulturellen Kontext, wo man offensichtlich nicht über Tod oder Sterben spricht, für grausam gehalten wurde (Goodgame 1990).

2.3 Sexualverhalten als Hauptdeterminante der Ausbreitung von HIV/AIDS

2.3.1 Sexuelle Verhaltensweisen im weltweiten Vergleich

Seit Beginn der AIDS-Epidemie wurden weltweit Studien zum Sexualverhalten durchgeführt und haben gezeigt, dass kontinental, länderweit oder sogar regional erhebliche Unterschiede bestehen können. Von UNAIDS (2000 a) im letzten „Report on the global HIV/AIDS epidemic“ veröffentlichte Zahlen belegen diese Differenzen und weisen gleichzeitig darauf hin, dass sexuelle Verhaltensmuster hochdynamisch sind und sich unter dem Druck äußerer Einflüsse wie der Bedrohung durch HIV auf der einen Seite und den dieser entgegenwirkenden Interventionsstrategien auf der anderen Seite stetig verändern.

Untersuchungen in der zweiten Hälfte der 80er Jahre in der Schweiz haben ergeben, dass zwei Drittel aller 17jährigen Jungen sexuell aktiv waren, in den USA galt dies bereits für ein Drittel der 15jährigen. Eine wiederholte Befragung etwa zehn Jahre später zeigte in beiden Ländern, dass der Anteil sexuell aktiver Jugendlicher in diesen Altersgruppen zurückgegangen war. Für die Mehrzahl der asiatischen Männer und Frauen findet dagegen der erste Sexualkontakt erst

nach dem zwanzigsten Lebensjahr statt, während in lateinamerikanischen Ländern das „erste Mal“ in 25% der Fälle schon zwischen dem zehnten und vierzehnten Lebensjahr angesiedelt ist.

Anders als im patriarchalischen System Europas, wo durch Kirche und Staat gestützte sexuelle Normen und Praktiken im Wesentlichen dazu dien(t)en, die Moral und Mobilität von Frauen zu kontrollieren und die männliche Autorität in der Kernfamilie zu stärken (Nye 1999), verstehen die meisten afrikanischen Gesellschaften Sexualität und sexuelle Beziehungen nicht als zentrale Elemente von Moralität und Religion im westlichen Sinne. Sex wird in Sub-Sahara-Afrika seit jeher als normal, wichtig und gut für die Gesundheit angesehen. Nicht die sexuelle Aktivität als solche sondern Fortpflanzung steht im Mittelpunkt traditioneller Wertvorstellungen (Caldwell et al. 1989).

Forschungen zu vorehelichen Beziehungen junger Erwachsener in Afrika sind bislang nur in begrenztem Maß vorhanden (Caraël et al. 1991; Meekers, Calves 1997). Einige universale Beobachtungen sind, dass sexuelle Aktivität in zunehmend jüngerem Alter beginnt und ein niedrigeres Einstiegsalter sowie eine größere Anzahl von Sexualpartnern in städtischen verglichen mit ländlichen Gegenden. In einer Reihe von länderweiten Studien, die die WHO zwischen 1988 und 1990 in Sub-Sahara-Afrika durchführte (KABP), gaben 20-24jährige ihr Alter beim ersten Sexualkontakt im Durchschnitt mit 15,8 bis 17,8 Jahren an, µ40jährige dagegen mit 17,8 bis 20,1 Jahren. In Ruanda waren die Proportionen von Frauen und Männern, die vor der Ehe sexuell aktiv waren, 10,3% bzw. 16,8% in ruralen verglichen mit 15,7% und 31,6% in urbanen Regionen. Die mittlere Anzahl vorehelicher Partner betrug nahezu vier für Männer und weniger als eins für Frauen in Côte d'Ivoire. (Caraël et al. 1991). Befragungen junger Leute in Kamerun machten deutlich, dass sexuelle Abstinenz über einen längeren Zeitraum dort keine sozial akzeptierte Option darstellt (Meekers, Calves 1997). Entgegen anderswo zu beobachtender Trends neigen afrikanische Mädchen früher dazu, sexuell aktiv zu werden als Jungen und obwohl bisherige Studien das Gegenteil erkennen ließen (Hudson

1996), weisen höhere Infektionsraten unter jungen Frauen als unter gleichaltrigen Männern darauf hin, dass in einigen der schwerstbetroffenen Länder Frauen inzwischen eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, bei der Eheschließung bereits infiziert zu sein und damit ihre Ehemänner dem HIV-Infektionsrisiko auszusetzen. Untersuchungen in Regionen mit hoher HIV-Prävalenz aus den Jahren 1996 bis 1998 zeigten, dass die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion höher ist in Ländern, wo mehr junge Menschen sexuell aktiv als verheiratet sind. Länder mit großen Diskrepanzen zwischen diesen beiden Kategorien waren auch diejenigen mit hohen HIV-Infektionsraten unter der erwachsenen Bevölkerung (UNAIDS 2000 a).

Unter Männern und Frauen in festen Beziehungen variierte in den KABP-Studien der Anteil derer, die Sex mit einem anderen als ihrem regulären Partner in den letzten zwölf Monaten berichteten, von 8% bis 44% beziehungsweise von 2% bis 17%. Obwohl diese Differenzen möglicherweise zum Teil durch kultur- und moralbedingte zu geringe Angaben von Frauen zustande kamen, wiesen die Daten doch darauf hin, dass Männer weit häufiger Gelegenheitssex hatten als Frauen (Caraël et al. 1991). Mehr als ein Fünftel Simbabweischer Farmbewohner glaubte, ein Mann der keine außerehelichen Affären habe, müsse von seiner Frau verhext worden sein (Chikovore, Mbizvo 1999). In einer Studie im urbanen Ruanda gaben 68% der befragten Frauen an, in ihrem bisherigen Leben nur einen einzigen Sexualpartner (gehabt) zu haben. 18% hatten 2 und 13% hatten mehr als 2 Partner (Allen et al. 1991). Aus Uganda stammen Daten, die die mittlere und mediane Anzahl von Lebenszeit-Partnerschaften mit 8,5 und 3 für Männer und 2,5 und 2 für Frauen angeben (De Cock 1996).

In vier der KABP-Studien wurde kommerzieller Sex während der letzten zwölf Monate, definiert als geben oder nehmen von Geld, Geschenken oder Gefälligkeiten als Gegenleistung für Sex, in 8-13% unter Männern und in 0,2-9% unter Frauen angegeben. Die hohen Angaben unter Frauen wiesen dabei darauf hin, dass der Austausch von Geld oder Geschenken in Afrika ein

verbreitetes Element bei sexuellen Transaktionen ist und nicht mit professioneller weiblicher Prostitution im westlichen Sinne verwechselt werden sollte. Untersuchungen unter LKW-Fahrern in verschiedenen Ländern machten regionale Unterschiede deutlich. Während Sexualekontakte mit Prostituierten oder Barmädchen während der Fahrten in Ost-Afrika extrem häufig waren (75% in Tansania, 64% in Kenia), gaben 59% der Fahrer im Tschad an, niemals sexuelle Beziehungen während ihrer Fahrten aufzunehmen. Keiner der letzteren war (1989) HIV-positiv (Caraël et al. 1991).

Zur Häufigkeit von Geschlechtsverkehr liegen kaum Daten vor. Hudson (1996) zitiert Zahlen aus WHO-Studien, die die mittlere Koitusfrequenz unter verheirateten Paaren aus Lusaka, Sambia während des letzten Monats vor der Befragung mit 3,4 für Männer und 3,7 für Frauen bezifferten, verglichen mit Paaren aus Rio de Janeiro, Brasilien, bei denen die Häufigkeit 8,7 bzw. 7,6 betrug. In Deutschland gaben 43-65% (je nach Bundesland) aller befragten Erwachsenen an, während der letzten zwölf Monate Sex ein- oder mehrmals pro Woche gehabt zu haben (Kluge, Sonnenmoser 2002). Umfrageergebnisse eines großen Kondomherstellers ergaben, dass weltweit 4% aller 16-55jährigen täglich Sex hatten, nie Sex hatten dagegen 10% der Befragten (Durex 2001).

2.3.2 Risikoverhalten

Das individuelle Infektionsrisiko wird vor allem durch Verhaltensmuster des Einzelnen bestimmt. Eine direkte Korrelation besteht zur absoluten Anzahl der Sexualpartner und der Rate des Partnerwechsels (Johnson, Laga 1988, Piot et al. 1990). Neben Promiskuität als eigenständigem Faktor ist darüberhinaus das „mit wem“ von entscheidender Bedeutung. Sex mit Angehörigen von Kerngruppen wie Drogenabhängigen, homo- oder bisexuellen Personen und Prostituierten wurde als Risikofaktor für eine HIV-Infektion identifiziert (Piot et al. 1990). Sexualpartner eines Infizierten zu sein, geht ganz offensichtlich mit einem erhöhten Transmissionsrisiko einher, lässt jedoch im afrikanischen

Kontext, wo in bestimmten Regionen mehr als jeder dritte Erwachsene betroffen ist, die Grenzen zwischen Risiko- und Normalverhalten verschwimmen (Hudson 1996; Garnett 1998). Darüberhinaus gilt Alkoholkonsum als Parameter für eine erhöhte Ansteckungsgefährdung. Frauen in Ruanda zum Beispiel waren häufiger HIV-positiv, wenn ihr regulärer Partner Alkohol trank (Allen et al. 1991), und UNAIDS weist auf verschiedene Studien hin, in denen eigener Alkoholkonsum mit erhöhtem Risikoverhalten assoziiert war. Der Genuss von Alkohol war vielfach involviert, wenn Sex mit Prostituierten beabsichtigt war und verminderte signifikant die Wahrscheinlichkeit, dass dabei ein Kondom benutzt wurde (UNAIDS 2000 a).

2.3.3 Sexuelle Netzwerke

Für die Planung von Interventionsprogrammen ist es von entscheidender Bedeutung, die Ausbreitungswege und Infektionsketten von HIV nachvollziehen zu können. Deshalb richtet sich aus epidemiologischer Perspektive der Blick zunehmend auf sexuelle Netzwerke. Neben der Anzahl von Sexualpartnern ist dabei die Unterscheidung zwischen seriell monogamen und gleichzeitig bestehenden Partnerschaften von Bedeutung. Letztere bieten vor allem in sexuell hochaktiven Gruppen und in der Anfangsphase der Epidemie die Gelegenheit für eine rasche Ausbreitung des Virus (Garnett 1998). Für eine Verbreitung von HIV in der Normalbevölkerung sorgen dann Sexualkontakte von Angehörigen der Hochaktivitätsgruppe mit Personen niedriger sexueller Aktivität. Im ländlichen Afrika häufig zu beobachtende Szenarien können etwa so aussehen: Hochmobile Personen mit nachgewiesenermaßen hoher HIV-Inzidenz, wie z.B. Geschäftsleute aus der Stadt oder LKW-Fahrer, die ländliche Handelszentren frequentieren, haben Sexualkontakt mit Prostituierten oder Barmädchen. Die gleichen Prostituierten werden aber auch von Männern aus umliegenden Dörfern aufgesucht, die nach ihrer Rückkehr nach Hause das Virus an ihre Ehefrauen weitergeben. Andere Netzwerkstrukturen werden von jungen Frauen und Mädchen gebildet, die Sex mit älteren Männern gegen

Geschenke oder finanzielle Unterstützung eintauschen. Die höhere Durchseuchungsrate bei langjährig sexuell aktiven Männern bewirkt damit, dass ihre jüngeren Partnerinnen einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt werden und ihrerseits das Virus an gleichaltrige Sexualpartner weitergeben können. Standorte von Internatsschulen an solchen ländlichen Knotenpunkten prädestinieren Schulmädchen für Kontakte solcher Art (sogenannte „sugar daddies“). Interventionsprogramme sollten folglich so zugeschnitten sein, dass sie auf die Unterbrechung der Netzwerke, insbesondere der Durchmischung verschiedener Altersgruppen, abzielen. In diesem Zusammenhang ist dann das „wo“ sexueller Begegnungen von ebensogroßem Interesse wie das „mit wem“. In jedem Fall bieten Frauen und Männer in Siedlungen, die an größeren Straßen gelegen sind, einen guten Fokus für präventive Maßnahmen (Hudson 1996).

2.3.4 Akzeptanz von Barriere-Methoden

Die Effektivität regelmäßiger Kondombenutzung bezüglich der Verhinderung von HIV-Übertragungen konnte vielfach nachgewiesen werden (z.B. Ngugi et al. 1988, Laga et al. 1994). Diskordante Paare, gehen kaum ein Risiko ein, den nicht infizierten Partner anzustecken, vorausgesetzt, sie benutzen Kondome für jeden sexuellen Akt und nicht nur sporadisch (De Vincenzi 1994).

Social Marketing Strategien haben weltweit zu einem beträchtlichen Anstieg der Verkaufs- und Nutzungszahlen geführt. Der allgemeine Trend kann auch für afrikanische Länder bestätigt werden, obwohl die Nutzung in manchen Gebieten immer noch erschreckend niedrig ist. In West-Kenia, wo unverheiratete Personen interviewt wurden, benutzten 63% der Befragten nie Kondome, während nur 18% angaben, dies immer zu tun. (UNAIDS 2000 a). Daten aus KABP-Studien zeigten, dass 25-82% derer, die kommerziellen Sex berichtet hatten, niemals und nur 8-24% bei solchen Gelegenheiten immer Kondome verwendet hatten (Caraël et al. 1991). Dass Maßnahmen, die

Kondome propagieren, zu einer Veränderung des tatsächlichen Verhaltens führen können, zeigen Beobachtungen aus verschiedenen Ländern: Ein Interventionsprogramm unter zairischen Prostituierten führte zu einem Anstieg regelmäßiger Kondombenutzung von 11% auf 68% (Laga et al. 1994). In Uganda haben sich die Zahlen von Mädchen unter 20 Jahren, die Kondome benutzten, zwischen 1994 und 1997 verdreifacht (UNAIDS 2000 a), und einer Studie aus dem Jahr 1994 zufolge benutzten Frauen im ländlichen Simbabwe häufiger als in früheren Surveys Kondome als Kontrazeptivum und gaben in 5% der Fälle an, die Methode aus Angst vor HIV zugunsten von Kondomen gewechselt zu haben (Gregson et al. 1998). Insgesamt rangiert Kondombenutzung jedoch relativ niedrig verglichen mit anderen Maßnahmen zur Verhaltensänderung (Caraël et al. 1991).

Generell wirken christliche Kirchen mit ihrer Einstellung zu Geburtenkontrolle und Promiskuität einer Verbreitung von Kondomen entgegen. Während einige Kondome für Ehepartner erlauben, verbietet vor allem die katholische Kirche dogmatisch jede Form artifizieller Kontrazeption (Papst Paul VI. 1968). Erzbischof Desmond Tutu, der 1996 öffentlich zur Kondombenutzung aufrief, bildet hier eine Ausnahme (UNAIDS 2000 c). Kulturelle Normen erschweren insbesondere den Gebrauch von Kondomen unter regulären oder verheirateten Partnern, wo dies für unangebracht gehalten oder mit außerehelichen Affären assoziiert wird (Caraël et al. 1991; Chikovore, Mbizvo 1999).

3 Untersuchungskontext Malawi

3.1 Geopolitische und sozioökonomische Merkmale

3.1.1 Geographische Lage und klimatische Bedingungen

Malawi, ein Binnenland, liegt zwischen dem neunten und siebzehnten südlichen Breitengrad und zählt damit zu den äußeren Tropen. Im Norden grenzt es an Tansania, im Westen an Sambia und im Süden, Südwesten und Osten an Mosambik. Seine Fläche beträgt 118.484 km², von denen etwa ein Fünftel auf Binnengewässer, insbesondere den Malawi-See entfallen. Das Land erstreckt sich über rund 850 km in der Länge, ist aber nur 70-170 km breit. Die bedeutendste geologische Formation ist der Afrikanische Graben, der Malawi von Norden nach Süden durchzieht. Das Klima und die Vegetation sind infolge der großen Höhenunterschiede und der langen Nord-Süd-Ausdehnung recht unterschiedlich. Im Süden des Landes ist es generell trockener mit durchschnittlich fünf bis sechs humiden Monaten und weniger als 1000 mm Niederschlag im Jahr, während der Norden allgemein feuchter ist. Im Jahresmittel beträgt die durchschnittliche Tagestemperatur in Flachlandgebieten zwischen 20°C und 32°C, im Hochland 12°C bis 28°C. Die wärmere Regenzeit dauert von November bis April, während die anderen Monate trocken sind und es im Juli/August relativ kühl wird. Die vorherrschende natürliche Vegetation auf den Plateaus und in den Bergen sind Brachystegia-Wälder, die von Savannen-Grasland unterbrochen werden. Sumpf- und Feuchtgebiete findet man in den Uferbereichen der Seen und entlang des Shire-Flusses.

(Taube 1993; Chilambo, Macpherson 1998)

3.1.2 Wirtschaftliche und demographische Situation

Malawi gehört zu den ärmsten Ländern der Welt ohne jede Entwicklungschance (Engel et al. 2000). Bei einer Gesamtpopulation von 9,9 Millionen Einwohnern beträgt die jährliche Bevölkerungswachstumsrate 2,2%. Die Total Fertility Rate (TFR) ist mit 6,8 eine der höchsten in Sub-Sahara-Afrika. Im jüngsten UNDP Human Development Ranking belegt Malawi Rang 151 von insgesamt 162 Ländern (UNDP 2001). Das Pro-Kopf-Einkommen in Malawi beträgt lediglich 170 US\$ und die Wachstumsraten des Bruttoinlandsproduktes gingen von noch 7,3% 1996 auf 1,7% 2000 zurück (World Bank 2002). 54% der Bevölkerung leben unterhalb der nationalen Armutsgrenze (UNDP 2001).

Mehr als 80% der Erwerbstätigen arbeiten im landwirtschaftlichen Sektor, davon die große Mehrheit als Subsistenzfarmer (National Statistical Office 2000). Agrarwirtschaft stellt den Hauptwirtschaftszweig Malawis dar. 35,6% des Bruttoinlandsprodukts von 1999 wurden hier erzielt. Die Außenwirtschaft ist in einem hohen Maß abhängig vom Tabakexport (61% vom Gesamtexport) und damit den Preisschwankungen auf dem Weltmarkt unterworfen. Weitere Ausfuhr Güter sind Tee, Zucker, Baumwolle, Reis, Kaffee und Hülsenfrüchte (National Economic Council 2000). Malawi verfügt nur über geringe Bodenschätze, die zum größten Teil schwer zugänglich sind, oder deren Erschließung wegen der hohen Transportkosten wirtschaftlich unrentabel ist. Nur Kalkstein und Tonerde werden in nennenswertem Umfang abgebaut und in der lokalen Baustoffproduktion verwendet. Die Energieversorgung wird zu 90% durch Feuerholz gedeckt (Taube 1993).

Grundnahrungsmittel ist Mais. Dazu werden je nach Region Cassava, Reis, Gemüse, Obst, Eier, Fisch und gelegentlich Fleisch konsumiert. Überschwemmungen und Misswirtschaft der Regierung haben in den letzten Jahren zu Knappheit und erheblicher Verteuerung von Mais geführt. Fehlernährung ist vor allem bei Kindern verbreitet. 2000 betrug die Rate akut mangelernährter Kinder unter fünf Jahren 6,7%. Bei einem mittleren Body-Mass-Index von 21,9 hatten

rund 9% der erwachsenen Frauen einen Wert unter 18,5 und galten damit als chronisch unterernährt (National Statistical Office, ORC Macro 2001).

3.1.3 Historische Entwicklung und politische Situation

Nachdem Nyasaland von 1891 an als Britisches Protektorat geführt worden war, wurde auf Betreiben weißer Siedler 1953 die Federation of Rhodesia and Nyasaland gegründet. Diese wurde zehn Jahre später nach Einführung der Selbstverwaltung aufgelöst und das Land unter seinem neuen Namen Malawi 1964 in die Unabhängigkeit entlassen. Hastings Kamuzu Banda, der sich 1971 zum Präsident auf Lebenszeit wählen ließ, übernahm die Führung des Einparteienstaates an der Spitze der Malawi Congress Party (MCP). Die 30 Jahre seiner Regierung waren durch einen totalitären Führungsstil, die Unterdrückung von Minderheiten und jeglicher Opposition und die Durchsetzung seiner „law and order“-Politik mittels der paramilitärischen Organisation der Malawi Young Pioneers gekennzeichnet.

Die politische Transition Malawis hin zu einem demokratischen Mehrparteienstaat begann Ende 1991, als die internationalen Geberländer wegen der schweren Menschenrechtsverletzungen Druck auf die Regierung auszuüben begannen. Ein Hirtenbrief der katholischen Bischöfe Malawis, in dem erstmals die Missstände im Land öffentlich angeprangert wurden, und der Entwicklungshilfestopp der Europäischen Gemeinschaft 1992 besiegelten schließlich die Ablösung der Diktatur. Über 70% aller Malawier hatten sich am 14. Juni 1993 an einem Referendum beteiligt und mit großer Mehrheit für die Einführung eines Mehrparteiensystems gestimmt. In den darauf folgenden Parlaments- und Präsidentschaftswahlen am 17. Mai 1994 entschied sich das Land für eine neue Regierung (Brown 1996). Seither ist Malawi eine Republik unter einem demokratisch gewählten Staatsoberhaupt. Präsident Bakili Muluzi (UDF) wurde 1998 wiedergewählt und regiert das Land inzwischen in zweiter Amtszeit.

Die neue Regierung setzte mehrere Prioritäten, darunter Armutsbekämpfung, Sicherung der Ernährungssituation und Bekämpfung von Korruption und Missmanagement von Ressourcen. Sie verschrieb sich den strukturellen Anpassungsprogrammen von Weltbank und Weltwährungsfond. Ihre Außenpolitik zeichnete sich durch die Beendigung des vom Vorgängerregime favorisierten Isolationskurses aus, und Malawi ist inzwischen vollwertiges Mitglied aller regionalen und panafrikanischen Organisationen. Innenpolitisch führte die Liberalisierung zu deutlichen Verbesserungen im Bereich Menschenrechte und Pressefreiheit (Brown 1996). Experten schätzen jedoch die innere Stabilität des Landes labil ein und sehen einen wachsenden Krisen-Präventionsbedarf (Engel et al. 2000).

3.2 Die Untersuchungsregion

Im Wesentlichen handelt es sich dabei um den Einzugsbereich des Trinity Hospital Muona, dem einzigen Krankenhaus auf der „East Bank“ des Lower Shire Valley. Das untere Shire-Tal liegt nur 40 m über dem Meeresspiegel, ist Endemiegebiet für Malaria und durch tropische Temperaturen während des ganzen Jahres und hohe Luftfeuchtigkeit gekennzeichnet. Muona ist als Zentrum der Region ein kleiner Marktflecken, wo hauptsächlich lokale Erzeugnisse gehandelt werden, und bietet neben dem Krankenhaus, das einer Missionsstation angeschlossen ist, noch eine Grund- und eine weiterführende Schule.

Das ca. 800 km² große Untersuchungsgebiet mit etwa 90.000 Einwohnern befindet sich im Distrikt Nsanje, dem südlichsten Distrikt Malawis, erstreckt sich jedoch teilweise in die angrenzenden Distrikte Chikwawa und Thyolo. Die südöstliche Begrenzung bildet die mosambikanische Grenze, die westliche der Shire mit den Elephant Marshes. Im Norden und Nordosten reicht das Gebiet bis zu den Orten Kamoto und Thekerani (Abb. 1). Zugänglich ist die Region nur über zwei in der Regenzeit kaum befahrbare unbefestigte Straßen von Blantyre

oder Thyolo aus. Eine direkte Verbindung zur Distrikthauptstadt, die auf der Westseite des Shire liegt, besteht mangels einer Brücke nicht. Es gibt erst seit wenigen Monaten Telefon, jedoch keinen Zugang zu Fernsehen oder Zeitungen. Einziges verbreitetes Kommunikationsmedium ist das Radio. Aufgrund der isolierten Lage sind dort nur wenige internationale Projekte angesiedelt, und wegen der fehlenden Regierungsstrukturen, insbesondere im Gesundheitsbereich, ist die Region kaum jemals in offizielle Programme oder Surveys involviert.

Die Bevölkerung setzt sich aus verschiedenen Ethnien zusammen. In den Thyolo-Bergen sind Lomwe und Khokhola ansässig, die erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts von Osten her nach Malawi eingewandert sind. Entlang der „East-Bank-Road“ leben die mit den Chewa aus Zentralmalawi verwandten Mang'anja. Nach Süden hin vermischen diese sich zunehmend mit den Sena, deren Kerngebiete in der Südspitze Malawis und im angrenzenden Mosambik zu finden sind. Obwohl alle Ethnien noch eigene Sprachen sprechen, ist die allgemein verstandene Sprache Chichewa. Englisch hingegen, obwohl ebenfalls Nationalsprache, sprechen in der Regel nur Personen mit höherer Schulbildung.

(Werner 1906; Schimmelpfennig 1965; Mc Auliffe 1993; Chilambo, Macpherson 1998)

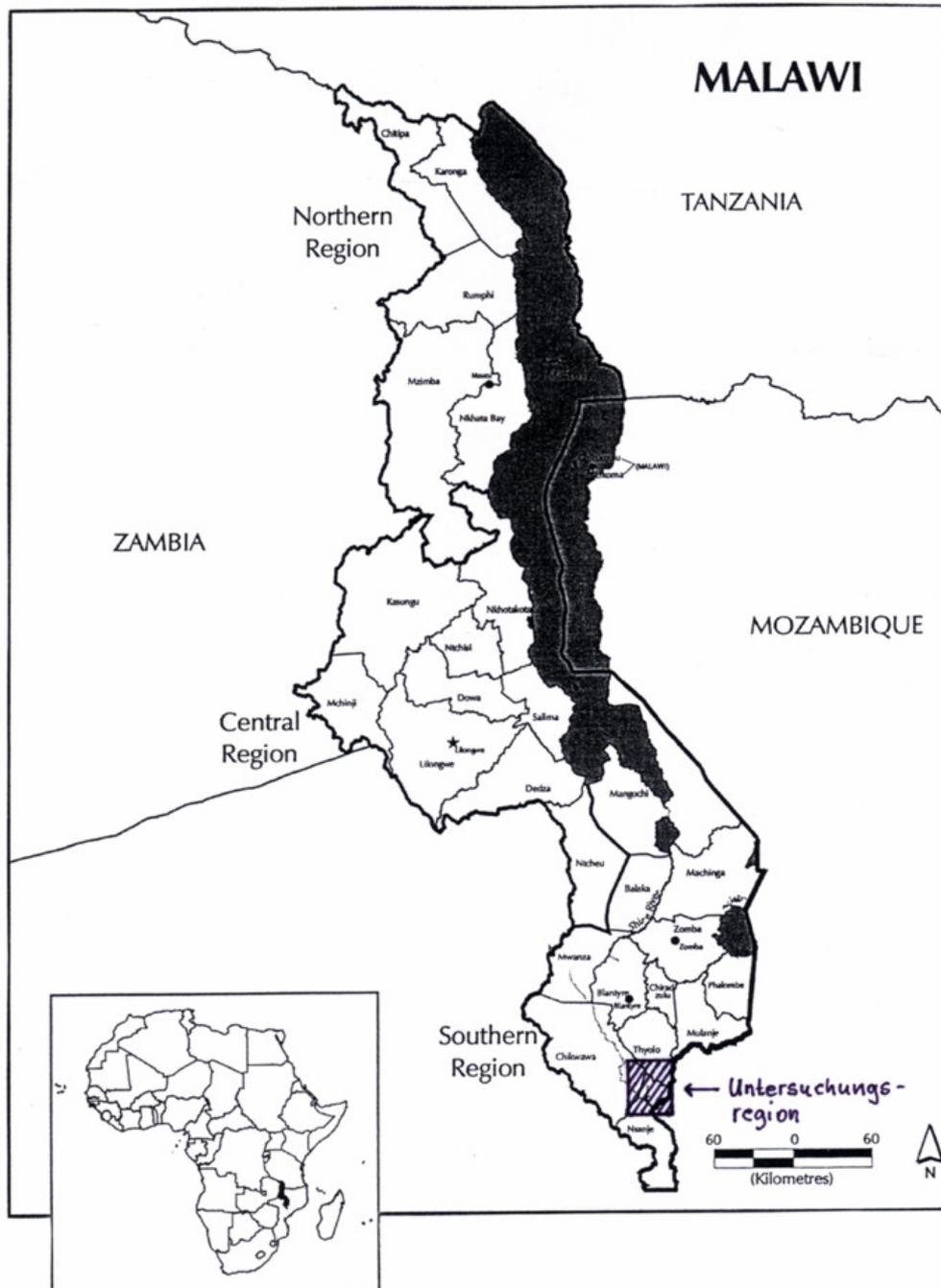


Abb. 1: Übersichtskarte
 (Quelle: Malawi Demographic and Health Survey 2000, National Statistical Office, Zomba, Malawi and ORC Macro, Calverton, Maryland, USA 2001)

4 AIDS und Sexualität in Malawi

4.1 Überblick über die AIDS-Situation im Land

Malawi ist eines der am härtesten durch die HIV/AIDS-Epidemie betroffenen Länder. UNAIDS-Statistiken (2000 b) zufolge lag Malawi Ende 1999 mit einer HIV-Prävalenz von 15,96% unter erwachsenen Frauen an achter Stelle hinter Botswana (35,80%), Swaziland (25,25%), Simbabwe (25,06%), Lesotho (23,57%), Sambia (19,95%), Südafrika (19,94%) und Namibia (19,54%). Charakteristisch für die Epidemie sind eine kontinuierlich hohe HIV-Prävalenz, besonders unter Jugendlichen, hohe HIV/AIDS-assoziierte Morbiditäts- und Mortalitätsraten, steigende Mutter-Kind-Transmissionen und steigende Zahlen von mittellosen Waisen, kindlich geführten Haushalten und anderen vulnerablen Personen. Schätzungen aus dem Jahr 1999 gaben die Anzahl der HIV-Träger in Malawi mit 850 000 an und die kumulative Zahl von gemeldeten AIDS-Fällen betrug 52 853. Aufgrund verschiedener Faktoren wie z.B. begrenzten Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen, Unterdiagnostizierung, fehlerhafter Diagnosestellung oder nicht berichteter Fälle ist jedoch von einer beträchtlichen Unterschätzung tatsächlicher AIDS-Erkrankungen auszugehen. Es wird vermutet, dass die wirkliche Zahl von AIDS-Fällen die der gemeldeten um ein sechs- bis zehnfaches übersteigt, wobei die Forderung eines positiven HIV-Testes, bevor ein AIDS-Fall berichtet werden kann, zu der generellen Unterschätzung der Infektionsrate in Malawi beiträgt. Rund 40% aller neuen (gemeldeten) AIDS-Fälle 1999 ereigneten sich in der Altersgruppe der <30jährigen, davon 60% bei Frauen und Mädchen. Unter den neuinfizierten Personen zwischen 15 und 19 Jahren war die Zahl der Frauen viermal höher als die der Männer, während in den höheren Altersgruppen (>30 J.) die Männer mit mehr als 60% aller Neuinfizierten dominierten. Jüngste Daten geben die Zahl der infizierten Kinder zwischen 0 und 14 Jahren mit 40.000 an (UNAIDS 2000 b), die Prävalenz unter schwangeren Frauen mit 19,5% (National AIDS Commission 2001). Kalkulationen der Weltbank von 1997 beziffern den Anteil

der Berufstätigen in Sektoren wie Erziehung, Gesundheit und Militär, die bis zum Jahr 2005 an AIDS sterben werden, auf mindestens 25% und bis zu 50%. Die Belastung des Gesundheitssektors durch die AIDS-Morbidität ist offensichtlich und es wird geschätzt, dass inzwischen rund 60% aller Krankenhausbetten durch AIDS-Patienten belegt sind. Der Anstieg der Tuberkulosefälle von 5.000 1989 auf mehr als 23.000 1999, also fast um das Fünffache, ist hauptsächlich auf HIV/AIDS zurückzuführen.(UNAIDS 2001 b).

Der erste Fall von AIDS wurde im April 1985 am Kamuzu Central Hospital diagnostiziert (Delay 1990). In den folgenden Jahren breitete sich die Epidemie rapide aus. Wurde 1985 noch eine Seroprävalenz von 2% unter schwangeren Frauen in Blantyre gefunden, betrug sie 1990 bereits 22% und stieg auf über 30% im Jahr 1995 an (US Census Bureau 2000 a). Mit 28,5% lag Blantyre den aktuellsten Daten des Sentinel Survey 2001 zufolge vor Lilongwe mit 20,1% und Mzuzu mit 18,6%. Die Prävalenzraten abseits der drei großen Städte variierten von 4,5% in Thonje, einem ländlichen Standort im Distrikt Dowa, bis 35,8% im halbstädtischen Nsanje. In urbanen und semiurbanen Regionen waren die durchschnittlichen HIV-Prävalenzraten hoch (22,5% und 21,1%) und unterschieden sich signifikant von ländlichen Gebieten (10,7%). Generell war ein Süd-Nord-Gefälle erkennbar mit Seroprävalenzen von 24,1% in der Südregion, 17,5% in der Zentralregion und 15,9% im Norden. Die demographischen Auswirkungen der HIV/AIDS-Epidemie sind unübersehbar: Die Bevölkerungs-Wachstumsrate ging von erwarteten 2,6% auf 1,6% zurück. Berechnungen des US Census Bureau (2000 a) ergaben einen Anstieg der Säuglingssterblichkeit um 16%, und die durchschnittliche Lebenserwartung eines Malawiers betrug im Jahr 2000 nur noch 38 Jahre, während sie ohne den verheerenden Einfluss der AIDS-Epidemie 53 Jahre betragen hätte.

Für die Untersuchungsregion liegen keine offiziellen Daten vor. Von 1661 Blutspendern, die in Trinity Hospital gescreent wurden, waren im Jahr 2000 250 HIV-positiv. Dies entspricht einem Prozentsatz von 15,1%. Mögliche Kandidaten mit niedrigem Hb, positivem Hepatitis B-Test, positivem VDRL

und/oder Malaria-Parasitennachweis wurden dabei allerdings nicht erfasst, da wegen der Knappheit an HIV-Test-Kits nur vorselektierte Spender getestet werden konnten. Die tatsächliche Durchseuchung ist daher wahrscheinlich höher anzusetzen (Trinity Hospital 2001).

4.2 Ursachen für das Ausmaß der HIV/AIDS-Epidemie in Malawi

4.2.1 Sozioökonomische, kulturelle und gesundheitssystemimmanente Faktoren

Eine Reihe von Faktoren wird für die katastrophale Situation in Malawi verantwortlich gemacht. Geschlechtsspezifische Differenzen wie die traditionelle Subordination von Frauen unter männliche Autorität und ihre wirtschaftliche Abhängigkeit machen es ihnen unmöglich, Safer-Sex-Praktiken einzufordern. Bestimmte kulturelle Normen und traditionelle Bräuche fördern außerdem einen frühen Start sexueller Aktivität, besonders von Mädchen (Kornfield, Namate 1997). Die hohen HIV-Prävalenzraten unter jungen Mädchen und Frauen sind ein Indikator dafür, dass die Infektion mit HIV während der allerersten Sexualkontakte erfolgt, dagegen steigt das Infektionsrisiko für Männer erst mit zunehmendem Alter an (UNAIDS 2001 b). Eine hohe arbeits- und handelsbedingte Mobilität mit langen Abwesenheiten, insbesondere der Männer, von zu Hause begünstigte die Ausbreitung von HIV/AIDS (National AIDS Commission 1999). Malawi galt lange Zeit als nahezu unerschöpfliche Quelle für die Anwerbung von Minenarbeitern, hauptsächlich für Südafrika. Dort Mitte der 80er Jahre durchgeführte HIV-Tests zeigten eine hohe Seroprävalenz unter den malawischen Arbeitern, was dazu führte, dass die South African Chamber of Mines Malawi als ein Hochrisikoland klassifizierte, einen Rekrutierungsstop anordnete und die Rückführung aller im Land befindlichen malawischen Wanderarbeiter in ihr Heimatland beschloss (Lwanda 2000). Soziale Ungleichheiten zwischen einer großen Mehrheit an armer Bevölkerung und einer kleinen Minderheit von Reichen fördern und

unterhalten die Epidemie – in Malawi wurde ein hoher sozio-ökonomischer Status mit einem erhöhten Risiko für eine HIV-Infektion in Verbindung gebracht (Dallabetta et al. 1993). Alkoholismus ist ein weitverbreitetes Phänomen und steigert die Wahrscheinlichkeit riskanten sexuellen Verhaltens. Die hohe Prävalenz sexuell übertragbarer Krankheiten und die inadäquate Inkorporation von Diagnostik und Therapie in die Gesundheitsdienste stellen eine weitere Komponente in der Ausbreitung von HIV dar.

Landesweite Maßnahmen zur Sicherheit von Bluttransfusionen und regelmäßiges Screening auf HIV wurden erst 1993 implementiert, obwohl bereits 1988 eine Durchseuchungsrate von 20% unter Blutspendern im Zentralkrankenhaus von Zomba gefunden worden war (Kool et al. 1990). Bis heute sind die entsprechenden Maßnahmen nicht ausreichend, um eine kontinuierliche Versorgung mit Test-Kits zu gewährleisten. Der begrenzte Zugang zu anti-retroviralen Medikamenten¹, prophylaktischen Medikamenten und Medikamenten zur Behandlung opportunistischer Infektionen ist verantwortlich für die hohen Morbiditäts- und Mortalitätsraten. Die Ergebnisse des „Malawi demographic and health survey 2000“ (National Statistical Office, ORC Macro 2001) zeigten, dass sich nur 8,5% der befragten Frauen und 15,2% der Männer jemals einem HIV-Test unterzogen hatten. Es ist daher nicht verwunderlich, dass sich die Mehrzahl der Malawier mit HIV der Infektion nicht bewusst ist, und viele ihren Status erst bei Ausbruch der Erkrankung realisieren. Institutionen, die Beratung und Test (VCT) kostenlos anbieten, sind völlig unzureichend. Macro, ein Zentrum für VCT, unterhält beispielsweise nur in den zwei großen Städten Blantyre und Lilongwe Niederlassungen, und öffentliche und kirchliche Gesundheitseinrichtungen erhalten von der Regierung lediglich HIV-Tests zum Screening von Bluttransfusionen (UNAIDS 2001 b). Tests zu diagnostischen Zwecken sind entweder gar nicht verfügbar oder nicht kostenfrei.

¹ Ein staatliches Programm, das ART zu reduzierten Preisen für eine zahlungsfähige Minderheit anbietet, wurde Ende 2000 eingeführt. Eine Studie zur Verminderung vertikaler Transmissionen mit Nevirapin befindet sich in der Pilotphase.

4.2.2 Der Umgang mit HIV/AIDS und Sexualität in der Öffentlichkeit

Die Malawische Regierung unter Banda war dem neuen Phänomen AIDS zunächst mit einer Haltung aus Abwehr und Verleugnung begegnet. Wie überall in der Welt wurden anfangs Minderheiten wie Homosexuelle und Hämophile, später dann Prostituierte zum Sündenbock gemacht. Über lange Jahre war die Diskussion von Sexualität und verwandten Themen in der Öffentlichkeit tabu, obwohl Sex mit Diskretion, so Lwanda (2000) zynisch, in der damaligen Zeit eines der wenigen „politisch sicheren Freizeitvergnügen“ in städtischen Regionen darstellte. Frauen war es nicht erlaubt, Hosen zu tragen und eine sechsmonatige Gefängnisstrafe drohte derjenigen, die sich „unzüchtig“ kleidete (UNIMA, SARDC 1997). Die bigotte Haltung der Regierung gegenüber Sexualität zeigte sich einmal mehr während der gigantischen Tanzveranstaltungen, die Banda mehrmals im Jahr zelebrierte, und zu denen zahlreiche Frauen seiner „*mbumba*“ verpflichtet wurden, ob sie wollten oder nicht. Emely Mkamanga (2000) beschreibt den Verlauf des darauf folgenden Abends so:

„It was a common practice in Lilongwe, after Banda’s functions, for uniformed women to converge at the Lilongwe Hotel for some drinking till the middle of the night. Men would literally swarm after these women and it is anybody’s guess what happened after midnight when the hotel bars were closed. There can be no doubt, given the frequency of the dancing functions, that this might have contributed a lot to the spread of HIV/AIDS.“

Frühe Versuche der Aufklärung über die wissenschaftlich-medizinische Natur der HIV-Infektion haben zu schwerwiegenden Missverständnissen geführt. So wurde zum Beispiel das HIV-Virus in der Chichewa Übersetzung als *kachiroambo ka edzi* bezeichnet, das kleine Tier (im Singular!), das AIDS verursacht. Im afrikanischen Kausalitätsverständnis bedeutete dies, dass, wenn man das kleine Tier entfernte, die Krankheit höchstwahrscheinlich beseitigt

wurde (Lwanda 2000). Darüberhinaus hat der Begriff *chirombo* eine wichtige symbolische Nebenbedeutung, da er nicht nur mit wilden Tieren aus dem Busch sondern auch mit bösen Geistern oder Maskentänzern, die oftmals die Geister der Vorfahren in Form wilder Tiere verkörpern, assoziiert ist (Morris 1998). Darauf, dass AIDS zunächst als etwas fremd(ländisch)es angesehen wurde, deuten neben Ausdrücken wie *kwadza* oder *kunabwera edzi* (AIDS ist gekommen) auch die Bezeichnungen *nthenda wa boma*, Krankheit der Regierung, und *nthenda America*, amerikanische Krankheit, hin. Während Regierungsbeamte die Amerikaner der Erfindung von HIV beschuldigten (AIDS wurde als Akronym für „American Initiative to Deny Sex“ benutzt (Wangel 1995)), machte die Bevölkerung ihre herrschende Elite dafür verantwortlich. Die Tatsache, dass zur Zeit des Banda-Regimes ländliche Gebiete mit medizinischen Diensten hoffnungslos unterversorgt waren, während bessere und teurere Medizin für die Führungsschicht propagiert wurde, unterstrich diese Perzeption (Lwanda 2000).

Erst 1987, zwei Jahre nachdem der erste Fall von AIDS in Malawi diagnostiziert worden war, wurde ein erster „Short Term Plan“ von der Regierung verabschiedet, dem mehrere Interimspläne folgten. Weiterhin zeigte die Regierung jedoch kaum Engagement, ein nationales Kontrollprogramm zu implementieren. Evaluierung und Informationsaustausch wurden durch das diktatorische System behindert (Wangel 1995). Der Regierungswechsel 1994 brachte schließlich eine offenere Haltung gegenüber dem HIV-Problem mit sich. Präsident Muluzi setzt sich für Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema AIDS ein, und die Regierung hat ihre Entschlossenheit zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie in einem nationalen Rahmenprogramm festgeschrieben (National AIDS Commission 1999). Dennoch werden die Position des „National AIDS Secretariat“ und die institutionelle Kapazität des „National AIDS Control Programme“ als schwach und ineffektiv eingeschätzt. Schlecht qualifiziertes und häufig wechselndes Personal auf zentraler und sektoraler Ebene und der Mangel an AIDS-Koordinatoren und wirkungsvollen Koordinationsstrukturen auf Distriktebene werden für das Fehlen effektiver Strategien und die nur begrenzte

Unterstützung lokaler Gemeinschaften verantwortlich gemacht. Darüber hinaus mangelt es an adäquaten finanziellen Investitionen der Regierung, der Entwicklungshilfepartner und des privaten Sektors. Geldquellen im internationalen und nationalen Businessbereich wurden nicht ausreichend exploriert und unkonventionelle Geber wurden unzureichend einbezogen (UNAIDS 2001 b).

Die Ergebnisse des „Malawi demographic and health survey 2000“ (National Statistical Office, ORC Macro 2001) zeigen, dass die „AIDS-Awareness“ in Malawi nahezu universell ist. 98,9% der Frauen und 99,7% der Männer hatten zumindest schon von AIDS gehört, und ein etwas kleinerer Teil, aber immer noch mehr als 90% der Befragten, glaubte, dass es eine Möglichkeit zur Vermeidung von AIDS gebe. Als Präventionsmöglichkeiten wurden am häufigsten sexuelle Abstinenz und Kondombenutzung (55-77%) genannt. Die Begrenzung der Anzahl sexueller Partner nannten nur noch 27% der Frauen und 20% der Männer. Die Vermeidung von Hochrisikoverhalten wie Sex mit Partnern, die selbst multiple Partner haben und Sex mit Prostituierten spielte dagegen für die Befragten kaum eine Rolle. Obwohl mehr als 90% der Bevölkerung die Diskussion des Themas „AIDS“ in den Massenmedien befürworteten (National Statistical Office, ORC Macro 2001), ist die öffentliche Darstellung von Sexualität und verwandten Themen in Malawi aber nach wie vor umstritten, wie der kürzliche Eklat um ein Werbeplakat für Kondome zeigte, auf dem ein bauchfreier weiblicher Torso zu sehen war. Wegen „unmoralischer Zurschaustellung eines weiblichen Körpers und Pornografie“ wurden die Plakate offiziell vom Classification (Censorship) Board verboten (IRINNEWS.ORG.Malawi 2002). Im Gegensatz zu einer relativ hohen Bereitschaft, das Thema AIDS mit dem Partner zu diskutieren, fand es nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten richtig, ihre Kinder bereits im Alter von zwölf bis vierzehn Jahren über den Gebrauch von Kondomen als Präventionsmaßnahme aufzuklären (National Statistical Office, ORC Macro 2001). Die allgemeine Zurückhaltung von Eltern, mit ihren Kindern über AIDS zu sprechen, wird durch Untersuchungsergebnisse von Maluwa-Banda (1999)

bestätigt: Schülerinnen und Schüler von Secondary Schools in Süd-Malawi nannten in erster Linie Massenmedien wie Zeitungen, Radio und Fernsehen als Informationsquelle zu HIV/AIDS. Einige bezogen ihr Wissen aus staatlichen (z.B. AIDS Clubs an Schulen) oder kirchlichen Programmen und andere wiederum aus dem Schulkurriculum. Die Eltern hingegen wurden nie genannt.

Die Stigmatisierung AIDS-erkrankter Personen ist ausgeprägt in Malawi, und die Angst vor Bekanntwerden des Serostatus ist eine der Hauptbarrieren, die die erfolgreiche Implementierung von VCT und Programmen, die Hilfestellung für AIDS-Kranke anbieten, verhindern (National Statistical Office, ORC Macro 2001). Whitty (1999) zufolge, ist es inzwischen so fest in der öffentlichen Meinung verankert, dass schlechte Menschen mit promiskuitivem Verhalten AIDS verbreiten, dass nahezu niemand akzeptiert, enge Freunde oder Verwandte zu haben, die daran gestorben sind. Er schreibt:

„The people coming to visit patients on my wards come to see a favorite uncle dying of chronic malaria, a sister dying of gastroenteritis, a daughter dying with tuberculosis, a loved spouse dying of meningitis.....the people on the radio saying their friends are dying of AIDS are western pop-stars, not the girl, or even popular icon, next door. It remains firmly a disease of other people, either bad, foreign, or both. It definitely would never, could never, happen to their loved ones.“

Umfrageergebnisse zeigten, dass weniger als ein Viertel der Befragten es für richtig hielt, HIV-Testergebnisse (anderer) vertraulich zu behandeln. Nur knapp die Hälfte war der Meinung, einem HIV-positiven Mitarbeiter solle es erlaubt sein, weiter zu arbeiten. Die Frage, ob ein Paar vor einer geplanten Eheschließung einen HIV-Test durchführen lassen sollte, wird zur Zeit in Malawi breit diskutiert, und eine überwältigende Mehrheit von mehr als 90% sprach sich in der Befragung dafür aus.

4.3 Derzeitige Muster im Sexualverhalten

Im „Malawi demographic and health survey 2000“ wurden unter anderem Daten zum Familienstand und zum Sexualverhalten erfasst. Das mittlere Alter bei der ersten Eheschließung betrug bei Frauen 17,9 Jahre. Männer dagegen heirateten im Schnitt etwa fünf Jahre später. Beim ersten Sexualkontakt waren Frauen durchschnittlich 16,9 Jahre alt, Männer 18,3 Jahre. Dies weist darauf hin, dass Frauen etwa ein Jahr vor der Eheschließung sexuell aktiv werden, während bei Männern durchschnittlich viereinhalb Jahre vom Beginn sexueller Aktivität bis zur Eheschließung vergehen. Der Einfluss der Schulbildung auf das Alter beim ersten Sexualkontakt war deutlich zu sehen. Während Frauen ohne Schulbildung bereits mit durchschnittlich 16,3 Jahren zum ersten Mal Sex hatten, lag dieser Zeitpunkt bei Frauen mit höherer Schulbildung fast drei Jahre später (National Statistical Office, ORC Macro 2001). Eine Studie unter Schülerinnen und Schülern von weiterführenden Schulen im Süden des Landes zeigte jedoch, dass 68% der Schüler, aber auch 42% der Schülerinnen bereits über sexuelle Erfahrung verfügten (Maluwa-Banda 1999). Von den ledigen Frauen hatten 61% noch nie Sex, während dies nur für 28,5% der ledigen Männer galt. Residenz in der Südregion und höhere Schulbildung waren bei unverheirateten Individuen mit einem höheren Level an sexueller Aktivität verbunden. Ledige Frauen in urbanen Gebieten berichteten häufiger, sexuell aktiv zu sein, als ihre Counterparts in ländlichen Regionen (49% vs. 35%), während dies für Männer nicht zutraf (beide 67%). Urbane Männer hatten jedoch mit höherer Wahrscheinlichkeit als rurale Männer multiple Partnerschaften. Verheiratete Männer gaben in 17,5% der Fälle an, mindestens eine außereheliche Sexualpartnerin in den letzten zwölf Monaten gehabt zu haben, verheiratete Frauen nur in 0,8%. Dabei gab es kaum Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten.

Etwa ein Fünftel aller Männer sagte aus, in den letzten zwölf Monaten für Sex bezahlt zu haben. Nur 35% dieser Männer hatten bei ihrem letzten kommerziellen Sexualkontakt ein Kondom benutzt, und selbst unter Männern

mit höherer Schulbildung traf dies nur für die Hälfte zu. Verglichen mit früheren Surveys war bei Frauen ein Anstieg in der Kondombenutzung mit nicht zusammenlebenden Partnern zu verzeichnen (28,7% beim letzten Sexualkontakt). Innerhalb der Ehe waren die Angaben aber rückläufig (Frauen 2,5%, Männer 5,9% beim letzten Sexualkontakt) (National Statistical Office, ORC Macro 2001).

Die erfragte Prävalenz sexuell übertragbarer Krankheiten während der letzten zwölf Monate betrug 11% bei Frauen und 8% bei Männern. Die Rate positiver VDRL-Tests unter Schwangeren wurde im „Sentinel Survey 2001“ mit durchschnittlich 3,9% angegeben, erreichte aber an einigen ländlichen Standorten mehr als 10%. Die generell höhere Infektionsrate in ländlichen Regionen wurde der schlechteren Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten in diesen Gebieten angelastet (National AIDS Commission 2001). Etwa 60% der Betroffenen hatten irgendeine Form der Behandlung versucht. Einen Gesundheitsdienst schulmedizinischer Ausrichtung hatten aber nur 22% der Frauen und 28% der Männer aufgesucht. Frauen hatten mit höherer Wahrscheinlichkeit (71%) alle ihre Partner über die Erkrankung informiert als Männer (47%). Als Hauptmaßnahme zum Schutz des Partners wurde sexuelle Abstinenz genannt. Kondome wurden nur in 12% von Männern und in 6% von Frauen angegeben (National Statistical Office, ORC Macro 2001).

Als Fazit kann gesagt werden, dass, obwohl die Kenntnis von AIDS und das Wissen um die Hauptpräventionsmethoden in der Bevölkerung als generell hoch eingestuft werden (National Statistical Office, ORC Macro 2001), dies bislang nicht zu einer signifikanten Verhaltensänderung geführt hat (UNAIDS 2001 b).

5 Traditionelle Konzepte von Sexualität und Krankheit in Malawi

5.1 Sexualität – Im Dienst von Reproduktion und sozialer Kontinuität

5.1.1 Matrilinearität, Patrilinearität und die verschiedenen Ehesysteme

In Malawi existieren nebeneinander verschiedene Ethnien mit unterschiedlichen Abstammungssystemen. Am besten untersucht ist das matrilineare System der Chewa und ihrer südlichen Subgruppe Mang'anja, die aber inzwischen vielerorts ein patrilineares System übernommen hat. Daneben gibt es einige Quellen zu den Yao (matrilinear) und zu den patrilinearen Systemen der Sena im Süden, Ngoni in der Zentralregion und Tumbuka im Norden. Aufgrund der räumlichen Nähe und verschiedener historischer sowie sozioökonomischer Ereignisse kam es sowohl zu einer gegenseitigen Beeinflussung (Mischehen, Einwanderung von und Durchmischung mit patrilinearen Stämmen) der verschiedenen Gesellschaftsstrukturen als auch zu Veränderungen, die durch Einflussnahme von externen Kräften (z.B. Sklavenhandel, christliche Missionierung, Kolonialisierung, Einführung eines westlichen kapitalistischen Wirtschaftssystems) zustande kamen. Da vor allem matrilinear organisierte Gesellschaften dadurch einem hohen Veränderungsdruck ausgesetzt waren, ist eine Sichtweise der heutigen Situation die, dass Matrilinearität mit ihren verschiedenen Segmenten nicht länger als eine funktionelle Einheit existiert. Andere Autoren dagegen bezweifeln, dass z.B. die Chewa in ländlichen Gebieten eine derart radikale Transformation ihrer Sozialstruktur erfahren haben und halten es für wahrscheinlicher, dass lediglich bestimmte matrilineare Prinzipien, die mit modernen Errungenschaften unvereinbar sind, verlassen wurden (Phiri KM 1983).

In afrikanischen Gesellschaftssystemen wird² charakteristischerweise die Betonung auf die große Bedeutung von Vorfahren und Abstammung gelegt. In der Regel wird dies vom Glauben an eine Intervention der Geister der Vorfahren in die Angelegenheiten der Lebenden begleitet. Das dazugehörige soziale System in seiner komplexesten Form, der Abstammungslinie, misst Bindungen zwischen den Generationen eine größere Bedeutung zu als der ehelichen Bindung und verleiht den Alten große Macht und Respekt. Eigentum, das gewöhnlich kommunal ist, verbleibt im Besitz des Clans und wird normalerweise an gleichgeschlechtliche Nachkommen vererbt. In Übereinstimmung mit dem Ziel des Fortbestands der eigenen Linie wird großer Wert auf Fertilität gelegt: durch die Gesellschaft, die Geister der Vorfahren und selbst die Götter, die ansonsten wenig alltägliche Bedeutung haben (Caldwell et al. 1989).

Eine der grundlegenden Komponenten der Sozialordnung matrilinearere Gesellschaften ist die matrilineare Abstammungsgruppe, genannt *mbumba*. Diese besteht aus einer Gruppe von Schwestern und ihren Kindern unter der Vormundschaft ihrer Brüder (*nkhoswe*), von denen einer der Leiter der *mbumba* ist (Schoffeleers 1968). Der *nkhoswe* wahrt die sozialen, ökonomischen und gesetzlichen Interessen seiner Schwestern und ihrer Nachkommen, oder andersherum: eine Frau benötigt einen männlichen Verwandten, um sie zu schützen, ihre Ehe zu arrangieren oder sie im Umgang mit Außenstehenden zu vertreten. Das System gewährt Frauen als den Garanten für den Fortbestand der mütterlichen Linie eine größere soziale Anerkennung als Männern. Eine Frau hat, selbst wenn sie verheiratet ist, das Recht, bei ihren eigenen Verwandten zu leben (Uxorilokalität) und mit deren Hilfe die Nachkommen aus ihrer Ehe zu kontrollieren. Sie übt zusammen mit ihren Brüdern und Schwestern Besitzrecht über ihre Kinder aus (Phiri KM 1983). Der Ehemann ist nicht Mitglied der Familie seiner Frau und wird daher als Außenseiter oder „Besucher“ (*mlendo*) im Dorf seiner Frau angesehen. Seine sexuelle Funktion als Samengeber und Erzeuger von Nachkommen wird betont. Er hat

² Die weitere Beschreibung erfolgt im Präsens wohlwissend, dass zumindest Teile der alten Traditionen heute keine oder nur noch eingeschränkte Gültigkeit haben.

eingeschränkte Rechte über seine Frau und keine Rechte über seine Kinder, da sie zur mütterlichen Linie gehören. Seine sozialen Verpflichtungen bestehen darin, für seine Frau und seine Kinder zu sorgen, im Dorf seiner Frau ein Haus für sie zu bauen und auf den Feldern der Verwandten seiner Frau mitzuhelfen. Im Gegenzug nimmt sich die Ehefrau aller häuslichen Pflichten an (Morris 1998). Für den Ehemann ist Uxorilokalität mit einer Konfliktsituation verbunden: seine Verpflichtungen gegenüber der eigenen Schwesterngruppe als deren *nkhoswe* konkurrieren mit seiner Loyalität gegenüber seiner Frau und seinen Kindern (Phiri KM 1983). Die Ehe ist folglich im matrilinearen Kontext eine fragile Institution mit hohen Scheidungsraten. Serien von transienten Partnerschaften sind häufig und es ist durchaus üblich, dass eine Frau Kinder von mehreren Männern hat (Morris 1998). Obwohl auch Schoffeleers (1968) die besondere Vulnerabilität der Ehe im matrilinearen Kontext betont, fand er in seiner Studie im Lower Shire Valley aber keinen Unterschied in den Scheidungsraten³ bei patrilinearen, virilokalen gegenüber matrilinearen uxori-lokalen Gesellschaften.

Trotz der hohen Bedeutung der matrilinearen Abstammung geht diese nicht mit weiblicher Autorität über die männlichen Mitglieder der Gesellschaft einher. Die Ausübung der häuslichen Macht durch den Bruder der Ehefrau (Avunkulat) hat, wie Bruwer (1955) betont, zur Folge, dass Männer das dominante Geschlecht in allen praktischen Belangen sind und sich darin nur wenig vom patrilinearen Kontext unterscheiden. In Fragen der Sexualität ist die Frau ihrem Mann untergeordnet. Entsprechende Anweisungen werden ihr während der Initiationszeremonie erteilt. Isabel Apawo Phiri (1995) beschreibt diese wie folgt:

„The girl underwent sex education which emphasized techniques for pleasing her future husband. Submission in every way to her husband was taken seriously. The girl was told never to argue with her husband

³ Angegeben als prozentualer Anteil der geschiedenen Ehen an allen geschlossenen Ehen lagen die Raten bei beiden zwischen 14 und 15%.

and to treat him like a king. Although the man went through the *nyau*⁴-initiation ceremony for men, he was not told how to please his wife sexually. Thus one can argue that this initiation ceremony worked to the advantage of men rather than women.“

Traditionellerweise heirateten die Mang'anja sehr jung, die Mädchen oft noch vor Erreichen der Pubertät. Die bevorzugte Art der Eheschließung war die zwischen Kreuz-Cousins/Cousinen (z.B. der Sohn heiratete die Tochter des Bruders der Mutter). So wurde sichergestellt, dass die Familien und zukünftigen Brautleute einander kannten, sich wohl gesonnen waren und damit potentielle Konfliktmöglichkeiten so gering wie möglich gehalten werden konnten. Da diese Ehen oftmals von den Vormunden arrangiert wurden, blieben den jungen Leuten kaum Wahlmöglichkeiten, was ihre zukünftigen Ehepartner betraf. Inzwischen, so beschrieben von Schoffeleers 1968, wird diese Art der „Verheiratung“ kaum noch praktiziert. Mädchen haben begonnen, später zu heiraten, in jedem Fall nach der Pubertät, und die Ehe zwischen Kreuz-Cousins/Cousinen ist mittlerweile ein Ausnahmefall. Junge Männer sind unabhängiger, viele von ihnen haben die Schule besucht oder eine bezahlte Arbeit gefunden. Die Auswahl an (potentiellen) Bräuten ist breiter und freier geworden.

Im patrilinearen System der Sena folgt die Vererbung der männlichen Linie. Der Kern eines Sena-Dorfes besteht aus dem Großvater väterlicherseits mit seinen verheirateten Söhnen und Enkeln, denen gegenüber er die Führungsrolle innehat. Eheschließungen erfolgen praktisch immer virilokal. Für polygame Ehen bedeutet dies, dass jeder der Frauen ein eigenes Haus zusteht, in dem sie mit ihren jeweiligen Kindern lebt. Anders als in polygamen Ehen der Mang'anja, wo jede Frau bei ihrer Familie und damit in unterschiedlichen Dörfern wohnen bleibt, befinden sich die Häuser der Sena-Frauen

⁴Bei Chewa und Mang'anja Geheimbund von Männern, deren Identität durch das Tragen von Masken während Tanzvorstellungen verborgen war. Ihre Teilnahme galt als essentiell für die erfolgreiche Durchführung der großen Übergangsriten (Linden 1975).

nebeneinander auf dem Grundstück ihres Mannes. Der direkte Kontakt bedeutet somit bereits per se eine mögliche Quelle für Konflikte unter den Ehefrauen, was im matrilinearen Kontext durch die räumliche Distanz deutlich minimiert ist. Für uxorilokal verheiratete Männer bietet Polygamie eine gute Gelegenheit, sich zumindest zeitweise von der einen Ehefrau zu trennen, indem sie mit der zweiten in einem anderen Dorf leben. Virilokale Männer profitieren dagegen eher von der Arbeitsleistung der Zweitfrau, sollten sie mit der ersten unzufrieden sein. (Schoffeleers 1968).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den matrilinearen und patrilinearen Gesellschaften Malawis besteht im Eheschließungsverfahren. Im patrilinearen System ist die Zahlung eines Brautpreises (*lobola*) obligatorisch. Im Falle der Sena bedeutet dies eine Zahlung in mehreren „Raten“ über etliche Monate oder sogar Jahre hinweg, während derer der Bräutigam sein Besitzrecht über die Braut schrittweise erwirbt und vertieft. Die *lobola*-Praxis hat weitreichende Folgen für den Status der Ehefrau und ihrer Kinder. Gleichermäßen anerkannt von matrilinearen und patrilinearen Stämmen gehören die Kinder aus einer solchermaßen arrangierten Ehe dem Mann, unabhängig davon, ob er der biologische Vater ist oder nicht. Darüberhinaus ist er nach Entrichtung des Brautpreises, der nicht an die Braut sondern als Entschädigung für den Verlust einer Verwandten und Arbeitskraft an die Eltern des Mädchens geht, berechtigt, seine Frau in sein eigenes Dorf mitzunehmen. Sie ist fortan sein Eigentum (Schoffeleers 1968). Die Zahlung von *lobola* stößt im Allgemeinen bei matrilinearen Stämmen auf große Verachtung und wird häufig als „Verkauf einer Verwandten“ bezeichnet (Morris 1998). Die Mang'anja hingegen erwarteten ursprünglich von einem jungen Mann die Ableistung eines mehrere Monate dauernden Brautdienstes. Er musste während dieser Zeit im Dorf seiner zukünftigen Frau leben und auf den Feldern ihrer Eltern arbeiten. Kurz, es war eine Zeit der Bewährung, während der er zeigen sollte, dass er fähig ist, für eine Familie zu sorgen und dass er sich an seine neue Umgebung anpassen kann (Schoffeleers 1968).

Die zwiespältige Position des Mannes in der matrilinearen, uxori-lokalen Gesellschaft – ökonomische Verantwortlichkeit für das Wohlergehen von Frau und Kindern auf der einen Seite versus Subordination unter die Autorität des Bruders seiner Frau in allen Entscheidungsfragen auf der anderen Seite – führte bereits in praekolonialer Zeit zu diversen Umgehungsstrategien. Unter bestimmten Umständen zum Beispiel war es dem Mann erlaubt, seine Frau nach einigen Jahren in das eigene Herkunftsdorf mitzunehmen (*chitengwa*). Darüberhinaus ermöglichte es der Sklavenhandel im 19. Jahrhundert der *mbumba*, durch den Erwerb weiblicher Sklaven ihre männlichen Verwandten virilokal zu verheiraten und somit deren Arbeitskraft für das eigene Dorf zu erhalten. Später machte es die Einführung eines kapitalistischen Wirtschaftssystems durch die Kolonialmächte erforderlich, dass ein Mann das Recht erhielt, über die von ihm bestellten Ländereien und den aus seinen Investitionen erwirtschafteten Gewinn zu verfügen. Christliche Missionare sahen den Ehemann als das Oberhaupt der Kernfamilie und unterstützten damit die Sichtweise, dass seine Autorität Vorrang haben müsse vor der seiner Frau oder ihres Vormundes. Die Ehe galt nicht länger als ein Kontrakt zwischen zwei Familien, sondern als Vertrag zwischen Mann und Frau auf der einen Seite und Gott auf der anderen. Lohnarbeit und urbane Industrie hatten arbeitsbedingte Emigration aus nahezu allen ländlichen Gebieten zur Folge. Die lange Abwesenheit der Männer brachte einen Mangel an emotionaler und ökonomischer Stabilität bei ihren Frauen mit sich, was häufig zur Auflösung der Ehe führte. Um ehelicher Untreue seitens der Frau vorzubeugen und Frau und Kinder vor einem übermäßigen Einfluss der mütterlichen Familie zu bewahren, wurden diese vermehrt bei der Familie des Mannes für die Zeit seiner Abwesenheit untergebracht. Mehr und mehr etablierte sich der Wunsch, statt für die gesamte Verwandtschaft der Frau nur noch für das Wohlergehen der eigenen Kernfamilie zu arbeiten. In Kürze: es wurde jede Anstrengung unternommen, die Ehe virilokal zu machen. Als Konsequenz übt der Bruder der Mutter heutzutage kaum noch irgendwo unter den matrilinearen Stämmen Malawis die Art von häuslicher Autorität aus, die er einst besaß; der Vater hat diese Rolle übernommen (Phiri KM 1983). Bereits Mitte der 60er Jahre konnte

beispielsweise gezeigt werden, dass die soziale Organisation der Mang'anja im Lower Shire Valley durch den Einfluss eingewanderter patrilinearere Stämme so verändert worden war, dass diese inzwischen zweigeteilt waren in eine Gruppe, die die ursprünglich matrilineare Struktur beibehalten hatte und eine andere, die zur Patrilinearität übergegangen war. Nur in Orten, in denen die Mang'anja mehr als zwei Drittel der Bevölkerung stellten, hielten Matrilinearität und Uxorilokalität dem Druck von außen stand (Schoffeleers 1968).

5.1.2 Sexualität vor der Ehe

Die Imitation der Eltern einschließlich des Nachspielens von Geschlechtsverkehr im Rahmen von Rollenspielen zwischen kleinen Jungen und Mädchen wird beispielsweise in der Chewa-Kultur als normales Spielverhalten angesehen und vielfach sogar ermutigt. Mit einsetzender Pubertät jedoch wird das gemeinsame Spiel unterbunden. Sexuelle Beziehungen Erwachsener mit „unreifen“ Jugendlichen sind, ausgenommen zwischen Ehepartnern, verboten. Als „reif“ gilt ein Mädchen nach der Menarche. (Rangeley 1948). Die Menarche⁵ markiert den Beginn einer Übergangsperiode vom Kind zur Erwachsenen. Zu diesem Zeitpunkt finden die Pubertätsriten (Initiation) statt. Während der Übergangsperiode, die mehrere Wochen oder Monate dauern kann, darf das Mädchen keine sexuellen Beziehungen haben. Lediglich nach ihrer ersten Menstruation unterzieht sie sich einem rituellen Koitus, entweder mit dem (zukünftigen) Ehemann, oder, falls nicht vorhanden, mit einem beliebigen jungen Mann, der für seine Dienste bezahlt wird, dem *fisi*. Der rituelle und damit einmalige Charakter des Koitus wird dadurch betont, dass eine Schwangerschaft vor Abschluss der Riten als ein großes Vergehen gegen den Chief und die Fertilität des gesamten Dorfes, als deren Mediator er gilt, angesehen wird (Breugel 2001). Ein einmaliger Geschlechtsverkehr reicht traditionellen Vorstellungen zufolge für eine Schwangerschaft nicht aus (Salaun

⁵ Bei Jungen ist das Zeichen beginnender Pubertät die erste nächtliche Ejakulation (Rangeley 1948).

1974) und somit ist klar, dass das Mädchen das Gebot sexueller Abstinenz übertreten haben muss.

Sowohl bei den Chewa als auch bei den Mang'anja ist es wichtig, dass ein Mädchen seinen Körper für die Ehe vorbereitet (*kukonza thupi*). Dies soll die physische Entwicklung des Körpers beschleunigen, den Geschlechtsverkehr erleichtern und, besonders am Beginn des Ehelebens, die Wahrscheinlichkeit einer Empfängnis erhöhen. Derartige Maßnahmen beinhalten die Verlängerung der kleinen Labien durch Ziehen und Dehnen des Gewebes über Jahre hinweg und die Erweiterung der Vaginalöffnung durch Einführen eines Fingers oder anderer Objekte (Salaun 1974).

Die traditionellen hochzeitsvorbereitenden Formalitäten (Ableistung des Brautdienstes bei den einen und Zahlung eines Brautpreises bei den anderen) erstrecken sich bei Mang'anja wie Sena über einen längeren Zeitraum, in dessen Verlauf irgendwann das Recht des Zusammenlebens und damit sexueller Beziehungen erworben wird. Dieser Zeitpunkt ist nicht unbedingt identisch mit der formellen Hochzeitsfeier, jedoch strikt an eine Zeremonie der Unterweisung in sexuellen Verhaltensregeln gebunden. Bei den patrilinearen Sena gilt aber schon nach der dritten „Rate“ von *lobola*, dem Verlobungsgeld (*mphete*), jeder Sexualekontakt der Frau mit einem anderen Mann als Ehebruch (Schoffeleers 1968).

5.1.3 Außereheliche sexuelle Beziehungen

Die Chewa-Stammesgesetze betrachten Ehebruch als ein ernstzunehmendes Vergehen. Eine Frau zum Beispiel, die Sex mit einem anderen Mann hat, kränkt nicht nur ihren Mann, sondern auch dessen Familie. Sie selbst wie auch ihr Geliebter sind verpflichtet, Schadenersatz (*lipo*) zu zahlen (Rangeley 1948). Das Verbot außerehelicher sexueller Beziehungen gilt für beide Ehepartner. Unerlaubte Beziehungen mit anderen Männern oder Frauen (*chiwerewere*)

gelten als Quelle übler Konsequenzen. Im Falle einer Schwangerschaft wird Ehebruch als eine Gefahr für die Schwangere und das ungeborene Kind angesehen. Man glaubt, dass Ehebruch seitens der Frau zu Geburtskomplikationen führen kann, seitens des Mannes zum Tod der Frau oder des Kindes (Salaun 1974).

Unter bestimmten Bedingungen sind sexuelle Beziehungen mit einem anderen als dem Ehepartner erlaubt. Diese umfassen Situationen, in denen aus traditionell-religiösen Gründen ritueller Koitus vorgeschrieben ist, der Ehemann aber aus irgendwelchen Gründen nicht zur Verfügung steht (Salaun 1974). Im Falle von Sterilität kann ein „Ersatz-Ehemann“ zur Zeugung von Kindern herangezogen werden. Die übliche Vorgehensweise im Fall männlicher Unfruchtbarkeit ist aber sowohl in virilokalen als auch in uxori-lokalen Systemen die Ehescheidung. Ist die Frau infertil, greifen beide Gruppen eher auf Polygamie als auf Scheidung zurück (Schoffeleers 1968).

5.1.4 Sexualität in der Ehe

Während die Zahlung von *lobola* die Frau zum Eigentum ihres Mannes macht und er somit ein absolutes Recht über ihre reproduktiven Kräfte erhält, erwirbt ein Mann in der matrilinearen Gesellschaft durch die Ableistung des Brautdienstes lediglich ein Zugangsrecht zu seiner Frau (Schoffeleers 1968). Dennoch ist er in Fragen der Sexualität seiner Frau übergeordnet. Er hat das Recht, die ehelichen Pflichten einzufordern und sie nötigenfalls zu erzwingen, während es für die Frau als beschämend gilt, danach zu fragen. Eheliche sexuelle Beziehungen haben traditionellen Vorstellungen zufolge weitreichende Effekte auf Menschen sowohl als auf Dinge und können segensreich aber auch unglückbringend sein. Gemäß der hohen Bedeutung, die ihnen zugemessen wird, unterliegen sie zahlreichen Regulationen. Geschlechtsverkehr kann verweigert werden, wenn einer der Partner krank oder zu müde ist. Koitus ist untersagt während der Menstruation, wenn ein Kind krank ist und nach dem

siebenten Schwangerschaftsmonat. Bis dahin wird Sexualverkehr als notwendig für die Entwicklung des Kindes im Mutterleib angesehen (Salaun 1974). Postpartale Abstinenz wird je nach Region zwischen drei und acht Monaten eingehalten (National Statistical Office, ORC Macro 2001). Zu bestimmten Gelegenheiten, zum Beispiel beim Tod eines Familienmitglieds oder für die Zeit der Pubertätsriten der Tochter, wird von den Eheleuten sexuelle Abstinenz gefordert (Schoffeleers 1968, Marwick 1968).

5.1.5 Symbolik in Verbindung mit Sexualität und das Prinzip von „heiß“ und „kalt“

Das Verständnis von Sexualität im Malawischen Kontext hängt eng mit den Vorstellungen von Gott, Schöpfung und der allgemeinen Daseinsphilosophie zusammen. Die Natur und das Leben unterliegen immer wiederkehrenden zyklischen Veränderungen – Regen und Fruchtbarkeit auf der einen Seite gegenüber Trockenheit und Tod auf der anderen (Schoffeleers 1997; Schoffeleers, Roscoe 1985). Die Assoziation von Sexualität mit Aspekten der Natur findet ihren Ausdruck in der Symbolsprache, die bei Initiationsriten verwendet wird, wo weibliche Geschlechtsorgane häufig mit der Vorstellung von tief, weich und naß - Bedingungen wie man sie in Marschland oder Gemüsegärten an Flussufern findet und damit Gegenden mit reichlicher Vegetation, die während des ganzen Jahres feucht und kultivierbar bleiben – verglichen werden. Symbole, die für Maskulinität stehen, sind demgegenüber Höhe, Trockenheit und Härte (Boucher 1976). Feuer, das im natürlichen Jahresrhythmus eine bedeutende Rolle spielt (Gras- und Buschfeuer am Höhepunkt der Trockenzeit, das jährliche Abbrennen der Felder vor der Aussaat), wird gesehen als eine Kraft, die Vergangenes zerstört und dabei gleichzeitig die Möglichkeit zu neuem Leben eröffnet (Schoffeleers 1997). Das Blut der Frau wird fruchtbar in Kombination mit dem Samen des Mannes, was zum Beispiel durch das Bild von der schwarzen Asche (Menstruationsblut), die den lebenspendenden Regen (Samen) erwartet, ausgedrückt wird. Feuer gilt

als Sinnbild für sexuelle Hitze⁶ und Menstruation, aber auch für Chaos, Blutvergießen, Mord und Krieg (Boucher 1976). Es kennzeichnet den Beginn einer Transitionsperiode, den Übergang von einem asexuellen in ein sexuelles Stadium oder vom Leben zum Tod und ist damit ein wichtiges Element aller Übergangsriten (Schoffeleers 1997).

Mysteriöse und potente Vorgänge werden häufig als bedrohlich empfunden und von daher als „heiß“ klassifiziert. Sex, Blut und Feuer gehören in diese Kategorie. „Heiß“ und „kalt“ kennzeichnen bestimmte rituelle Temperaturen, die verschiedenen Konditionen und Lebensabschnitten eines Individuums zugeordnet werden (DeGabriele 1999). Sie sind miteinander unvereinbar und Personen mit unterschiedlicher ritueller Temperatur können einander Schaden zufügen. Sexuelle Aktivität ja oder nein ist entscheidend dafür, ob sich ein Mensch im Zustand der „Hitze“ oder der „Kühle“ befindet. Eine Person, die sexuell aktiv ist, ist „heiß“ und damit gefährlich für eine sexuell inaktive Person, die „kalt“ ist. Darüberhinaus kann „heiß“ aber auch gefährlich für „heiß“ sein, wenn unterschiedliche Kategorien von „heiß“ aufeinandertreffen. Gott und die Geister der Vorfahren werden als „kalt“ eingeordnet und jegliche Aktivität, die mit Gebet, Opfern oder spirituellen Ritualen zusammenhängt, erfordert deshalb einen Zustand der rituellen Kühle und damit der sexuellen Abstinenz. Beispiele dafür sind Regenrituale oder Beerdigungszeremonien (Breugel 2001). Neugeborene gelten als „kalt“ und dürfen deshalb nur von Personen angefasst werden, die mit Sicherheit sexuell inaktiv sind, wie zum Beispiel älteren Frauen nach der Menopause. Personen, die sich in einem Übergangsstadium von einer Lebensphase in eine andere befinden, insbesondere Mädchen zum Zeitpunkt der Menarche, werden ebenfalls als „kalt“ eingestuft. Allen gemeinsam ist der Zustand der Verwundbarkeit, und es muss von daher unter allen Umständen vermieden werden, dass sie mit etwas in Kontakt kommen, das Hitze und damit

⁶ Die Methode des Feuermachens mit zwei Hölzern ist eine verbreitete Metapher für Sex (Schoffeleers 1997).

Gefahr ausstrahlt⁷ (Morris 1998). Eine Reihe von Ritualen dient deshalb dem Ziel, das Leben dieser Personen zu schützen (Phiri AI 1995). Sie sind darauf ausgerichtet, die rituelle Temperatur von „kalt“ nach „heiß“ zu verändern, und zu diesem Zweck ist ritueller Koitus erforderlich. Im Falle von *kutenga mwana*⁸ führen ihn die Eltern eines Neugeborenen in dessen Beisein aus. Der Vater überträgt dadurch seine Stärke auf sein Kind, er „wärmt es auf“ (*kufunditsa mwana*) (Rangeley 1948). Die *namwali*⁹ muss nach ihrer ersten Menstruation rituellen Koitus haben. Die Gefährdung des Mädchens im Falle der Unterlassung wird so hoch eingeschätzt, dass dafür gegebenenfalls auch ein anderer als der Ehemann, ein *fisi*, verpflichtet werden kann (Marwick 1968). Eine Witwe muss nach Abschluss der Trauerzeit rituellen Koitus mit einem Bruder ihres verstorbenen Mannes oder einem *fisi* ausüben, um sie frei für eine erneute Heirat zu machen (*kulowa kufa*) (Chigondole 1993).

5.2 Die Interaktion von Sexualität und Krankheit

5.2.1 Das Krankheitsverständnis in der Malawischen Kultur

Malawier unterscheiden zwischen westlicher/europäischer und afrikanischer Medizin, was sich in den Begriffen *mankhwala achizungu* (Medizin der Weißen) und *mankhwala achikuda* (Afrikanische Medizin) ausdrückt. Sie kennen die Möglichkeiten aber auch die Beschränkungen westlicher medizinischer

⁷ Interessant ist in diesem Zusammenhang die Rolle von Salz. Es wird geglaubt, dass Salz ein Medium ist, durch das die mysteriöse Macht, die von einer Person, die „heiß“ ist, ausgeht, andere Personen erreichen und gefährden kann. Eine Frau, die menstruiert, darf während dieser Zeit kein Salz ans Essen geben. Gleichermäßen würde sie das Leben oder die Gesundheit ihres Mannes gefährden, wenn sie ihm (von ihr selbst) gesalzenes Essen gäbe, nachdem sie mit einem anderen Mann Ehebruch begangen hat.

⁸ Ritual zur Aufnahme eines Neugeborenen als vollwertiges Mitglied in den Stamm, bezeichnet außerdem den Zeitpunkt des ersten Koitus zwischen den Eltern nach der Geburt (Zeitpunkt variiert je nach Region zwischen einem und mehreren Monaten postpartal) (Chakanza 1998).

⁹ Bezeichnung für ein Mädchen, das die Pubertät erreicht hat.

Diagnostik und Therapie. Je nach Situation wechseln sie mit Leichtigkeit von einem System ins andere und wieder zurück, ohne dass dabei ein Gefühl der Inkonsistenz aufkommt (DeGabriele 1999). Das sogenannte „healer shopping“, der Wechsel zwischen verschiedenen Heilern, ist ein weitverbreitetes Phänomen in Regionen, wo es mehrere medizinische Systeme gibt (medizinischer Pluralismus). Wann welches medizinische System verwendet wird, hängt allerdings nicht nur von persönlichen Vorlieben – wie in Europa – ab, sondern auch davon, was die Familie und wichtige andere Personen jeweils meinen (Greifeld 1997). Die wahrgenommenen Vorteile der Schulmedizin betreffen ihre Fähigkeit, spezifische biomedizinische Probleme zu behandeln (wie z.B. Frakturen, Malaria, Tuberkulose) und die relativ niedrigen Behandlungskosten verglichen mit traditioneller afrikanischer Medizin. Begrenzt sind ihre Möglichkeiten nicht nur durch mangelnde Verfügbarkeit von Einrichtungen und Medikamenten, oft schlechter Ausbildung des Gesundheitspersonals und die Tatsache, dass jedes System selbstverständlich seine Fehler hat, sondern auch weil westliche Medizin nicht in der Lage ist, und es auch nicht von ihr erwartet wird, bestimmte Krankheiten – „Afrikanische“ Krankheiten – zu heilen. Obwohl viele Menschen in ländlichen Gegenden bereits von Krankheitserregern und Viren gehört haben, haben sie doch ein anderes Konzept von der Funktionsweise des Körpers und davon, wie man sich einige „natürliche“ Erkrankungen zuzieht und wie man sie behandelt (DeGabriele 1999).

Traditionell werden in Malawi (untersucht für die Chewa) vier Kategorien von Krankheiten unterschieden (Morris 1996):

1. Krankheiten, die als natürlich angesehen werden oder die indirekt einem höheren Wesen (Gott) zugeschrieben werden oder für die normalerweise keine Ätiologie gesucht wird.
2. Krankheiten, die die Konsequenz eines moralischen oder rituellen Verstoßes sind (z.B. *mdulo*, *tsempho*, *kanyera*).

3. Krankheiten, die mit Hexerei (*ufiti*) oder Zauberei (*matsenga*) assoziiert sind, z.B. solche mit personalistischer Ursache
4. Krankheiten, die mit Geistern assoziiert sind und für die komplexe Riten und Kultaktivitäten erforderlich sind.

Es existieren demnach sowohl personalistische als auch naturalistische traditionelle Medizinsysteme¹⁰ in Malawi. Die initiale Tendenz ist im Allgemeinen die, naturalistische Ursachen für eine Krankheit oder einen Schicksalsschlag anzunehmen. Nur wenn die Situation irgendwie ungewöhnlich ist, werden personalistische Ursachen vermutet (DeGabriele 1999). Schoffeleers (1968) schreibt über die Mang'anja im Lower Shire Valley:

„The Mang'anja possess a considerable store of empirical knowledge essential to survival in every day life. They observe, generalize, and make inferences, and as long as no abnormality occurs, natural causes are sufficient to explain what happens to them and around them. But as soon as aberrations occur, they turn for an explanation to the realm of the mystical.“

¹⁰ Die medizinische Anthropologie unterscheidet zwischen personalistischen und naturalistischen traditionellen Medizinsystemen, die folgendermaßen definiert sind (Foster, Anderson 1978):

1. Ein personalistisches Medizinsystem ist eines, in dem geglaubt wird, dass eine Krankheit durch die aktive, absichtsvolle Intervention eines Agenten, das ein übernatürliches Wesen (Gottheit oder Gott), ein nicht-menschliches Wesen (z.B. Geist, Vorfahre, Dämon), oder ein menschliches Wesen (Hexe oder Zauberer) sein kann, verursacht wird. Die kranke Person ist ein Opfer, das Objekt von Aggression oder Strafe, die spezifisch gegen sie gerichtet ist aus Gründen, die sie allein betreffen.
2. In naturalistischen Medizinsystemen wird Krankheit in unpersönlichen systematischen Begriffen erklärt. Sie beziehen sich hauptsächlich auf ein Gleichgewichtsmodell – Gesundheit besteht dann, wenn Körperelemente wie Hitze, Kälte, die Säfte, yin und yang im Gleichgewicht sind, angepasst an Alter, Geschlecht und Zustand eines Individuums in seiner natürlichen und sozialen Umgebung. Wird dieses Gleichgewicht gestört, ist Krankheit die Folge.

Neben *matsenga* und *ufiti*, die vom soziologischen Standpunkt her betrachtet als eine Art Ventil für anderweitig nicht lösbare soziale Spannungen gesehen werden können (Marwick 1952), spielen moralische Transgressionen, insbesondere solche, die mit Sexualität assoziiert sind, eine große Rolle und nehmen eine Sonderstellung ein. Eine ganz bestimmte Art von Krankheit (*mdulo* oder *tsempho*) wird dadurch verursacht. Die Natur dieser Erkrankung ist so, dass sie weder ganz dem personalistischen noch ganz dem naturalistischen System zugeordnet werden kann (DeGabriele 1999).

5.2.2 Der *mdulo*-Komplex

Mdulo (von Chewa, Nyanja und Lomwe auch *tsempho* genannt oder *ndaka* (Yao) oder *mukho* (Sena)) ist eine Erkrankung, die eine Person befällt, weil sie selbst oder jemand anderes es versäumt hat, bestimmte Regeln des Benehmens zu beachten. Die Symptome dieser Krankheit werden beschrieben als Blässe, ödematöse Schwellung des Gesichts und der Wangen, der Handgelenke und Beine, insbesondere der Knöchel, manchmal begleitet von dauerhaftem Bluthusten, blutigen Durchfällen, Schmerzen in der Brust und Verhärtung des Bauches. Der Effekt der Krankheit soll darin liegen, Schwäche zu verursachen (Rangeley 1948, DeGabriele 1999, Breugel 2001). Obwohl bei Personen, die angeblich an *mdulo* litten, regelmäßig Erkrankungen wie chronische Anaemie durch Hakenwurmbefall, Malaria, Dysenterie oder Mangelernährung und gelegentlich Tuberkulose gefunden wurden, beschreibt *mdulo* keine in der westlichen Medizin bekannte Krankheitsentität. *Mdulo* ist definiert in Relation zu bestimmten kulturellen Überzeugungen und nicht in Relation zu bestimmten Symptomen. Als solches ist *mdulo* eine spezifische „kulturelle Krankheit“, die nur mit Referenz zu einem spezifischen kulturellen Hintergrund definiert werden kann. Der Glaube an diese Erkrankung und ihre Entstehungsweise ist fest verwurzelt, und europäisch medizinische Erklärungen und Behandlungsangebote werden im Fall eines *mdulo*-Patienten nur schwer akzeptiert (Breugel 2001).

Mdulo wird verursacht durch das plötzliche Aufeinandertreffen von Personen mit unterschiedlicher ritueller Temperatur. Es befällt eine sexuell inaktive Person („kalt“) wenn sie in Kontakt kommt mit einer sexuell aktiven („heiß“) oder mit Objekten, die diese Person berührt hat, nachdem sie Geschlechtsverkehr hatte (z.B. Salz). Sex ist der entscheidende Faktor und als Element immer vorhanden, entweder als Ursache oder als Prophylaxe (DeGabriele 1999). Dahinter steht die Idee, dass in einer Gesellschaft, deren Fortbestand durch Krankheiten und eine hohe Mortalitätsrate bedroht ist, Fertilität einer der höchsten Werte ist und damit unbedingt geschützt werden muss. Fruchtbarkeit, so wird geglaubt, hängt vom „richtigen“ Gebrauch von Sex ab, wie er in den alten Traditionen von den Vorfahren festgelegt wurde. Diese schützen und garantieren Fruchtbarkeit, solange die Mitglieder der Gruppe die Traditionen befolgen. Sie bestrafen und entziehen Fruchtbarkeit, wenn die Traditionen nicht beachtet werden. Fertilität beruht damit zuallererst auf einem guten Verhältnis zu den Vorfahren. Und dieses wiederum hängt von der Beachtung der Vorschriften ab, die sexuelle Aktivitäten betreffen. Bei den Chewa (und anderen Ethnien Malawis) haben diese Regeln die Form der *mdulo*-Tabus angenommen (Breugel 2001) und sexuelle moralische Standards werden größtenteils durch die Angst vor *mdulo* aufrechterhalten (Rangeley 1948). In ihrem Bestreben, Unglück abzuwenden, sind die Tabus in erster Linie darauf ausgerichtet, das Aufeinandertreffen inkompatibler ritueller Temperaturen zu verhindern. Sie regeln das sexuelle Leben von der Schwangerschaft an über die Geburt eines Kindes bis hin zur Initiation in die soziale Gemeinschaft, während Beerdigungen, Gedenkriten für die Vorfahren und Fertilitäts- und Regenritualen. *Mdulo* kann ein Individuum zu jedem Zeitpunkt im Leben befallen und ist eine Komponente aller Übergangsriten. Seine Prävention ist der Grund für viele dieser Zeremonien (Chakanza 2002).

Beispiele:

Neugeborene („kalt“) dürfen nicht von „heißen“ Personen, sprich solchen, die kürzlich Sex hatten, berührt werden, da dies zu *mdulo* beim Kind führen könnte.

Ein Mann, dessen Frau schwanger ist, darf keinen Ehebruch begehen. Er kann damit *mdulo* oder sogar den Tod bei Frau und Kind verursachen.

Ein Mädchen, das gerade seine erste Menstruation erlebt hat, darf während der Transitionsperiode nicht schwanger werden. Sie würde damit die Gesundheit des Chiefs bedrohen. Umgekehrt muss sie einen rituellen Koitus durchlaufen, um sie von dem gefährlichen „kalten“ Zustand in einen „wärmeren“ zu überführen und sie damit vor der Gefahr von *mdulo* bei Kontakt mit einer „heißen“ Person zu schützen.

Eine menstruierende Frau oder eine Frau, die Ehebruch begangen hat, darf kein Salz ans Essen geben, da Salz ihre „Hitze“ übertragen und damit für ihren Mann gefährlich werden könnte (*mdulo*).

Fertilitäts-, Regen- und Beerdigungszeremonien erfordern sexuelle Abstinenz, da im Kontakt mit den Vorfahren rituelle Kühle eingehalten werden muss. Jeder, der dieses Gebot übertritt, kann *mdulo* bei einem anderen Mitglied der Gruppe verursachen.

(Rangeley 1948, Marwick 1968, Breugel 2001).

Breugel (2001) weist darauf hin, dass auch die *mdulo*-Tabus einer konstanten Veränderung unterliegen und dass manche der ganz alten Regeln von den Jüngeren nicht mehr befolgt werden. Andere sind noch sehr präsent und haben allgemeine Gültigkeit. Insbesondere in ländlichen Gebieten sind die Menschen auch heute noch sehr darauf bedacht, die Gebote in ihrem täglichen Leben – beim Kochen, bei der Bestellung der Felder und in sexuellen Beziehungen – zu beachten. Trotz des wachsenden Wissens um Mikroorganismen und biologische Krankheitsursachen ist die Ideologie, die *mdulo* umgibt, immer noch sehr lebendig. Sie spiegelt das Bedürfnis nach einem Wertesystem und sozialer Ordnung wider, und viele halten sich an die traditionellen Regeln, obwohl sie wissen, dass bestimmte Dinge nicht wirklich passieren, wenn ein Tabu gebrochen wird (DeGabriele 1999).

5.2.3 Die Inkorporation von AIDS in das traditionelle Krankheitskonzept

Die Bevölkerung Malawis sieht sich drei verschiedenen Aufklärungssystemen gegenüber, die jedes für sich mit zum Teil widersprüchlichen Aussagen die jeweils richtige Strategie in der HIV/AIDS-Prävention zu kennen vorgeben: Das biomedizinische System beansprucht, bestimmte Kenntnisse zu Ursachen und Auswirkungen von AIDS zu haben und wird darin von Sozialwissenschaftlern und der offiziellen Regierungspolitik unterstützt. Verantwortliches Handeln, Kondombenutzung und die Änderung sexuellen Verhaltens werden propagiert. Christliche Kirchen stellen sich gegen Kondombenutzung und raten stattdessen zu sexueller Abstinenz und ehelicher Treue. Die Implikation von Schuld und Sühne ist offensichtlich. Der dritte Diskurs dreht sich um existentielle Fragen und alte Traditionen, insbesondere um traditionelle Wahrnehmungen davon, wie die Dinge einst waren und wie sie heute sind. Letzterer wird dadurch aufrecht erhalten, dass, obwohl das biomedizinische System die Richtigkeit seiner Annahmen als gesichert ansieht, es eine an HIV-infizierte Person weder heilen noch zufriedenstellend erklären kann, warum gerade diese Person daran erkrankt ist. Folglich wird die wissenschaftliche Position so erlebt, dass Zufall oder ungünstige Umstände als Erklärung angeboten werden für etwas, von dem angenommen wird, dass es entweder aus der persönlichen Übertretung traditioneller Normen, wie zum Beispiel den *mdulo*-Tabus, oder aus persönlicher Verantwortung für die Folgen von Hexerei und Zauberei, resultiert (Chakanza 2002).

In dem Bestreben, die Krankheit AIDS in den lokalen medizinischen Kontext zu integrieren und damit eine Deutung innerhalb des sozialen Milieus anzubieten, ziehen traditionelle Heiler häufig *mdulo* zur Erklärung heran. Eine kürzlich unter diesen durchgeführte Befragung (Chakanza 2002) zu AIDS, seinen Ursachen und Präventionsmöglichkeiten ergab, dass das Vollbild AIDS von ihnen im Wesentlichen als eine der Krankheiten des *mdulo*-Komplexes identifiziert

wurde. *Tsempho*, *kanyera*¹¹, *kaliwondewonde*¹² und *kaliwodziwodzi*¹³ wurden genannt. Lwanda (2000) weist auf die Ähnlichkeit von AIDS-Hautmanifestationen mit Krankheiten wie Lepra oder Pocken hin, und in der Tradition der Mang'anja werden Todesfälle, die auf diese Erkrankungen zurückgehen, als „schlecht“, „böse“ oder „heiß“ klassifiziert und im gleichen Atemzug mit *tsempho* genannt. Solche Leichen durften früher nicht begraben werden, da dies die Erde kontaminieren und zu Dürre und Hunger oder zur Übertragung der Krankheit auf andere führen konnte (Schoffeleers 1968). Die Analogie der Symptome, die fundamentale Bedeutung von sexuellem Verhalten und die generelle Idee der Übertragbarkeit, wenn auch nicht durch Viren oder Bakterien, korrelieren gut mit Beobachtungen im Zusammenhang mit AIDS (Chakanza 2002).

Während die meisten Malawier inzwischen wissen, dass AIDS und die Krankheiten des *mdulo*-Komplexes nicht dasselbe sind, jedoch aufgrund ähnlicher Symptome und Ursachen leicht verwechselt werden können, hätte eine solche Verwechslung allerdings Konsequenzen für die Wahl der Behandlungsstrategie: Während 95% der Malawier glauben, dass es für AIDS keine Therapie gibt, ist die Mehrheit aber davon überzeugt, dass *mdulo* mit Hilfe traditioneller Medizin geheilt werden kann. Jemand mit einer solchen Diagnose würde demnach eher einen traditionellen Heiler als eine westliche Gesundheitseinrichtung aufsuchen (Kornfield, Namate 1997) und dadurch die notwendige medizinische Behandlung opportunistischer Erkrankungen versäumen.

¹¹ Bezeichnung für eine Art Schwindsucht, die durch „Verunreinigung“ durch zu frühen Sex nach einer Entbindung oder nach der Menstruation verursacht wird, und die nur Männer befällt (Chakanza 2002)

¹² Gewichtsverlust

¹³ Schwindel

6 Teilnehmer und Methoden

6.1 Erhebungsinstrumente

Da die Erfassung und Messung des menschlichen Sexualverhaltens den Forscher vor ethische, sittlich-moralische und technische Probleme stellt, gibt es kaum Studien, in denen sexuelles Verhalten direkt von Wissenschaftlern oder Probanden beobachtet wurde. Darüberhinaus sind die meisten Studien zur menschlichen Sexualität nicht repräsentativ, was unter anderem auf die Art der Datenerhebung und die Auswahl der Untersuchungsteilnehmer zurückzuführen ist. Dies ist nicht weiter relevant, solange man die Untersuchungsergebnisse nicht verallgemeinern möchte (Kluge, Sonnenmoser 2002).

Das am häufigsten angewendete Untersuchungsverfahren ist die Befragung. Etwas seltener werden Gesprächsaufzeichnungen aus z.B. Beratungssituationen oder Interviews eingesetzt. Allen gemeinsam ist dabei, dass ihre Ergebnisse sich auf Selbstaussagen der Befragten stützen (NIMH 1997; Kluge, Sonnenmoser 2002). Die Methode der Befragung ist dabei mit mehreren Problemen behaftet (Henecka 2000; Kluge, Sonnenmoser 2002):

1. Durch Befragungen werden nur Aussagen, eventuell auch Einstellungen und Meinungen, nicht aber das tatsächliche Verhalten abgebildet.
2. Fragen und Antworten aus Interview oder Fragebogen können nicht die ganze Komplexität der sozialen Wirklichkeit, wie sie der Befragte faktisch in seinem Kontext erlebt, erfassen.
3. Die Messung von Einstellungen ist oft abhängig von der aktuellen sozialen Situation „Befragung“ bzw. der konkreten Interviewerpersönlichkeit. Probleme der Gültigkeit können deshalb entstehen, wenn prestigegeladene

Fragen gestellt werden, die oft keine sachliche, sondern eine sozial erwünschte Antwort finden.

4. Selbstaussagen sind immer subjektiv. Verständnisschwierigkeiten, verschwommene oder verzerrte Erinnerungen oder Wunschdenken können daher zu einer Verfälschung von Daten beitragen.

Um mögliche Fehlerquellen zu minimieren und ein der Realität möglichst angenähertes Bild zu erhalten, gilt es daher, verschiedene Prinzipien zu beachten: Der Forscher sollte eine Persönlichkeit sein, der Vertrauen entgegengebracht wird, und die über umfassendes Wissen von der Rolle, die Sexualität im kulturellen Leben der zu untersuchenden Gesellschaft spielt, verfügt (Caldwell et al. 1989; Gagnon 1989). Darüberhinaus sind Freiwilligkeit, Diskretion und eine vertrauliche Atmosphäre unabdingbare Voraussetzungen für die Erhebung zuverlässiger Daten (Hepburn, Lutz 1986; Lockerbie, Lutz 1986).

In der empirischen Sozialforschung werden quantitative Methoden, die zur Deskription „objektiver Wirklichkeit“ in Anlehnung an naturwissenschaftliche Paradigmen eine standardisierte und kontrollierbare Datenermittlung und deren Auswertung mit statistischen Zähl- und Messverfahren anstreben, qualitativen Verfahren gegenübergestellt, mittels derer die Inhalte sozialer Wirklichkeit hermeneutisch-deutend analysiert werden sollen. Vor allem für die anwendungsorientierte Forschung hat sich gezeigt, dass ein adäquates Verständnis konkreter sozialer Probleme in der Regel nur durch einen kombinierten Einsatz unterschiedlicher, sich ergänzender, aber auch sich gegenseitig kontrollierender qualitativer und/oder quantitativer Ansätze im Sinne eines Methodenmix, der sogenannten methodischen Triangulation, erreicht werden kann (Henecka 2000). Dabei wird eine Fragestellung aus mehreren Blickwinkeln mit unterschiedlichen Methoden angegangen. Es geht nicht darum, festzustellen, welcher Analyseansatz die richtigeren Ergebnisse bringt, sondern um ein schrittweises Erweitern der Erkenntnis durch gegenseitiges Vergleichen

unterschiedlicher Herangehensweisen (Mayring 2001). Quantitative Methoden in Form der „Behavioural Surveillance Surveys“ spielen gegenwärtig eine bedeutende Rolle in der Sexualforschung, insbesondere vor dem Hintergrund von HIV/AIDS. Sie fokussieren auf die epidemiologisch relevanten Verhaltensweisen und sind vor allem dazu geeignet, Trends von Verhaltensindikatoren zu überwachen. Zur Klärung inhaltlicher Fragen, wie z.B. dem Verständnis von Sexualität im kulturellen Kontext oder von lokalem Risikoverhalten können sie jedoch nicht beitragen. Das Augenmerk richtet sich daher zunehmend auf ergänzende Verfahren mit qualitativem Ansatz (US Census Bureau 2000 b). Dem deskriptiv-explorativen Charakter der Studie Rechnung tragend, die einerseits das sexuelle Verhalten an sich untersuchen, auf der anderen Seite aber auch dessen Hintergründe erforschen und damit zu einem für eine Interventionsplanung notwendigen tieferen Verständnis beitragen möchte, wurde jeweils eine Befragungsmethode aus den beiden Bereichen ausgewählt.

6.1.1 Problemzentriertes Interview

Unter diesem Begriff werden Formen der offenen, halbstrukturierten Befragung zusammengefasst. Das problemzentrierte Interview wählt den sprachlichen Zugang, um seine Fragestellung auf dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen, vom Subjekt selbst formuliert, zu eruieren. Es ist zentriert auf eine bestimmte Problemstellung, die der Interviewer einführt und auf die er immer wieder zurückkommt. Die Problemstellung wurde vom Interviewer bereits vorher analysiert. Er hat bestimmte Aspekte erarbeitet, die in einem Interviewleitfaden zusammengestellt sind und im Gesprächsverlauf von ihm angesprochen werden. Die Interviewten werden durch den Leitfaden zwar auf eine bestimmte Fragestellung hingelenkt, sollen aber offen, ohne Antwortvorgaben, darauf reagieren. Als qualitatives Verfahren hat das problemzentrierte Interview keinen rein explorativen sondern auch einen problemanalytischen Charakter und eignet sich daher besonders gut für Forschung mit spezifischeren

Fragestellungen. Die teilweise Standardisierung durch den Leitfaden erleichtert die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews und ermöglicht eine relativ einfache Auswertung auch größerer Stichproben (Mayring 1999).

Diese Form der Befragung wurde gewählt, um das derzeitige Sexualitätsverständnis der lokalen Bevölkerung und die Aktualität traditioneller Verhaltensweisen, die im Zusammenhang mit Sexualität stehen, zu eruieren. Die Interviews wurden mit Hilfe einer Dolmetscherin, die simultan übersetzte, durchgeführt und schriftlich protokolliert.

6.1.2 Standardisiertes Interview

Dabei handelt es sich um eine Form der strukturierten Befragung mit größtmöglicher Formalisierung. Wortlaut und Reihenfolge der Fragen sind hier eindeutig und meist schriftlich festgelegt. Improvisationen seitens des Interviewers sind nicht erlaubt. Zwar können die einzelnen Fragen prinzipiell offen (Antworten können frei formuliert werden) oder geschlossen (Antwortalternativen sind vorgegeben) sein, doch werden in der Regel bei standardisierten Befragungen aus Gründen der Auswertbarkeit geschlossene Fragen bevorzugt (Henecka 2000). Als quantitatives Verfahren ermöglicht es Aussagen über Häufigkeiten, Verteilungs- und Streuungsparameter und ist damit in erster Linie deskriptiv.

Standardisierte Interviews wurden dazu verwendet, Daten zum derzeitigen Sexualverhalten der lokalen Bevölkerung zu erheben. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen mit einer Mischung aus geschlossenen und zum Teil auch offenen Fragen erarbeitet. Diese wurden der befragten Person durch den Interviewer vorgelesen, der die Antworten dann unmittelbar auf dem Fragebogen protokollierte.

6.1.3 Fragebogen und Interviewleitfaden

Sekundärliteratur und Gespräche mit verschiedenen malawischen Mitarbeitern des Krankenhauses lieferten die Grundlagen für die Erstellung der beiden Fragenkontingente. Der Interviewleitfaden (Anhang A) enthielt Fragen zu kulturellen Besonderheiten wie z.B. den unterschiedlichen Ehesystemen, Einstellung zu und Verständnis von Sexualität und im Zusammenhang mit Sexualität stehenden traditionellen Bräuchen. Der Fragebogen (Anhang B) wurde nach den Richtlinien der International Epidemiological Association (Lockerbie, Lutz 1986) erarbeitet. Neben der Erhebung von Hintergrundinformationen zu Wohnort, Ethnienzugehörigkeit, Alter, Bildungsstand, Religion, Familienstand und Kinderzahl wurden Fragen zum aktuellen Sexualverhalten sowie zur sexuellen Vorgeschichte formuliert. Diese schlossen Fragen zu relevanten kulturellen Praktiken und sexuell übertragbaren Erkrankungen ein. Übergangs- und Pufferfragen gingen in die Auswertung nicht mit ein. Die zum Teil geschlossenen, teilweise aber auch offenen Fragen wurden zunächst in Englisch formuliert und dann in Chichewa übersetzt. Die anschließende Rückübersetzung half, Formulierungsfehler aufzudecken. Die vorläufige Fassung wurde schließlich während einer Pilotphase getestet und entsprechend einiger aufgetretener Probleme adaptiert.

Beispiel:

Die Chichewa-Umschreibungen für die Begriffe „Prostituierte“, „Prostitution“ wurden missverstanden. Darunter wurde jede Form „illegitimer“ sexueller Aktivität, insbesondere alle außerehelichen Kontakte, verstanden. (Falkenhorst (1997) beschreibt eine ähnliche Wahrnehmung für Krankenpflegeschülerinnen in Simbabwe.) Alternativ wurde die Umschreibung „Bezahlung für Sex“ erwogen. Aber auch hier fehlte die nötige Trennschärfe, da im afrikanischen Kontext der Austausch von Geld oder Geschenken gegen Sex, gelegentlich sogar unter Eheleuten, nicht unüblich ist und nicht mit im westlichen Sinne verstandener Prostitution identisch ist (Caldwell et al. 1989; Bassett,

Mhloyi 1991). Darüberhinaus ist für bestimmte Rituale in Malawi der Einsatz eines *fisi* erforderlich, der ebenfalls für seine Dienste eine Bezahlung erhält. Statt einer direkten Frage wurde schließlich eine indirekte Annäherung an die Problematik gewählt.

6.1.4 Auswertungsverfahren

Entsprechend den beiden unterschiedlichen Methoden richteten sich auch die Auswertungsverfahren nach quantitativen und qualitativen Prinzipien. Für die problemzentrierten Interviews bedeutete dies zunächst eine Aufbereitung des Materials mittels eines zusammenfassenden Protokolls. Im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 1999) wurde der Text sodann systematisch analysiert und schrittweise mit am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet. Die Zuordnung von Textstellen zu Kategorien wurde anschließend quantitativ ausgewertet. Das Verfahren eignet sich für die systematische, theoriegeleitete Bearbeitung von Textmaterial, wobei auch größere Mengen bewältigt werden können. Die strukturierten Interviews wurden mittels quantitativer Datenanalyse und deskriptiver Statistik ausgewertet. Hierzu wurde das Programm Exel 97 verwendet. Um Zusammenhänge mit verschiedenen Einflussgrößen wie der Zugehörigkeit zu einer matrilinearen oder patrilinearen Ethnie, Bildung und Alter zu ermitteln, wurden verschiedene statistische Testverfahren angewendet. Im einzelnen waren dies: χ^2 -Vierfelder-Test, kxm-Felder- χ^2 -Test, Mediantest, Extension des Mediantests und Fischer-Yates-Test. Als Signifikanzniveau wurde für alle Testungen $\alpha=0,05$ festgelegt.

6.2 Teilnehmer

Als die Grundgesamtheit der Studie wurde die Bevölkerung im Einzugsbereich des Trinity Hospital Muona ab dem Alter von 14 Jahren definiert. Das Prinzip der geklumpten Stichprobenziehung, bietet sich Bortz und Lienert (1998)

zufolge für örtlich verstreute Populationen an. Für die Auswahl der Teilnehmer wurde ein mehrstufiges Stichprobenverfahren angewendet. Zunächst wurden Kriterien erarbeitet für die gezielte Auswahl der zu untersuchenden Dörfer (Klumpen). Darauf aufbauend erfolgte die Ziehung einer abhängigen Stichprobe (Gruppe 1). Eine weitere Stichprobe (Gruppe 2) wurde gewonnen, indem ausgewählte Haushalte in den jeweiligen Dörfern aufgesucht wurden, wo alle diejenigen Personen für Interviews in Frage kamen, die untenstehende Auswahlkriterien erfüllten und bereit waren teilzunehmen.

Kriterien für die Auswahl der Dörfer:

Die geographischen Gegebenheiten der Untersuchungsregion sollten reflektiert werden.

Schwerpunktregionen der verschiedenen ethnischen Gruppierungen sollten angemessen vertreten sein.

Die Dörfer mussten zugänglich sein.

Von 95 registrierten Dörfern in der Region konnten 86 Village Headmen angeschrieben werden, von denen 58 zu einem Vorbereitungstreffen kamen und ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie erklärten. 40 Dörfer, die das Kriterium der Zugänglichkeit erfüllten, konnten schließlich aufgesucht werden. 38 davon gingen in die Hauptstudie ein (Abb. 2). 14 Dörfer lagen in den Thyolo-Bergen, 20 lagen entlang der am dichtesten bevölkerten East Bank Road und vier befanden sich am Rand der Elephant Marshes und am Ruo River. In zwei Dörfern (Maloti und Khabvala) wurde zunächst eine Pilotstudie durchgeführt.

Kriterien für die Auswahl der Teilnehmer

Gruppe 1:

Repräsentanten der jeweiligen Dörfer

Pro Dorf wurde eine Befragung durchgeführt. Bei den Befragten konnte es sich dabei um eine oder mehrere Personen handeln.

Gruppe 2:

Bewohner der jeweiligen Dörfer, männliche und weibliche Personen ab 14 Jahre

Zusätzliches Kriterium für Frauen: bereits stattgehabte Menarche
(ein 13jähriges Mädchen wurde in die Studie mitaufgenommen, da sie letzteres Kriterium bereits erfüllte)

Die Gruppe umfasste 1077 Personen, 484 Männer und 593 Frauen. Mit 44 weiteren Personen wurden Interviews für die vorausgehende Pilotstudie durchgeführt.

Ausschlusskriterien:

Unfähigkeit der Teilnahme am Interview aus physischen oder mentalen Gründen

Verweigerungshaltung

6.3 Studienverlauf

6.3.1 Vorbereitende Maßnahmen

Vorbereitungstreffen mit den Village Headmen und den regionalen Chiefs

Die Village Headmen und die Chiefs der betreffenden TA's wurden zu einem vorbereitenden Treffen eingeladen. Sie erhielten Informationen über die geplante Studie und wurden um Kooperation ersucht. In einer anschließenden Diskussion wurde das Vorhaben erörtert und weitgehende Übereinstimmung über die Sinnhaftigkeit der Studie erzielt. Der partizipative Ansatz erleichterte später den Zugang zu den Dorfbewohnern, da diese durch die Village Headmen bereits unterrichtet und motiviert worden waren.

Auswahl und Training der Interviewer

Die Interviewer (acht Frauen und sieben Männer) wurden unter den Krankenhausmitarbeitern ausgewählt. Voraussetzungen waren Chichewa als Muttersprache, gute Englischkenntnisse sowie Erfahrung im Umgang mit Patienten und im Ansprechen sensibler Themen. Außerdem sollten sie unterschiedlichen Altersgruppen angehören. Die Interviewer wurden zunächst in allgemeiner Interviewtechnik und dem Gebrauch des Fragebogens geschult. Sie trainierten das Verfahren in gegenseitigen Probeinterviews und konnten es schließlich während der Pilotphase im Feld vertiefen.

Auswahl der Dolmetscherin

Die Dolmetscherin wurde nach folgenden Kriterien ausgewählt: Chichewa als Muttersprache, überdurchschnittliche Englischkenntnisse und Kenntnis der

lokalen Kultur. Sie sollte außerdem eine bei den Chiefs bekannte und respektierte Persönlichkeit sein.

6.3.2 Pilotstudie

Dafür wurden zwei Dörfer (Maloti und Khabvala) ausgewählt. Die Pilotstudie diente der Testung und Überarbeitung des Fragebogens und dem vertiefenden Training der Interviewer. 44 Interviews wurden unter Supervision durchgeführt.

6.3.3 Hauptstudie

Für die Durchführung der Interviews wurden insgesamt neun Wochen benötigt. Die Datenerhebung begann am 24.1.2001 und endete am 23.3.2001. Pro Tag wurde ein Dorf aufgesucht. Nach kurzer Zusammenkunft am Haus des Village Headman wurden die Befragung der Dorfrepräsentanten mit Hilfe der Dolmetscherin vor Ort und die Interviews mit den Dorfbewohnern in deren jeweiligen Häusern vorgenommen. Nach Möglichkeit wurden die ausgewählten Personen von Interviewern gleichen Geschlechts und angemessenen Alters befragt. Es wurde sichergestellt, dass die Befragung außerhalb der Hörweite Dritter erfolgte. Der Name wurde auf einem separaten Blatt erfasst und nach dem Interview vom Fragebogen getrennt, um die Anonymität der gegebenen Antworten zu gewährleisten. Die Interviewer führten pro Tag von einem bis zu vier Interviews durch. Kontrollmaßnahmen beinhalteten Supervision und tägliche Reporting Back Meetings.

7 Ergebnisse

7.1 Sexualitätsverständnis

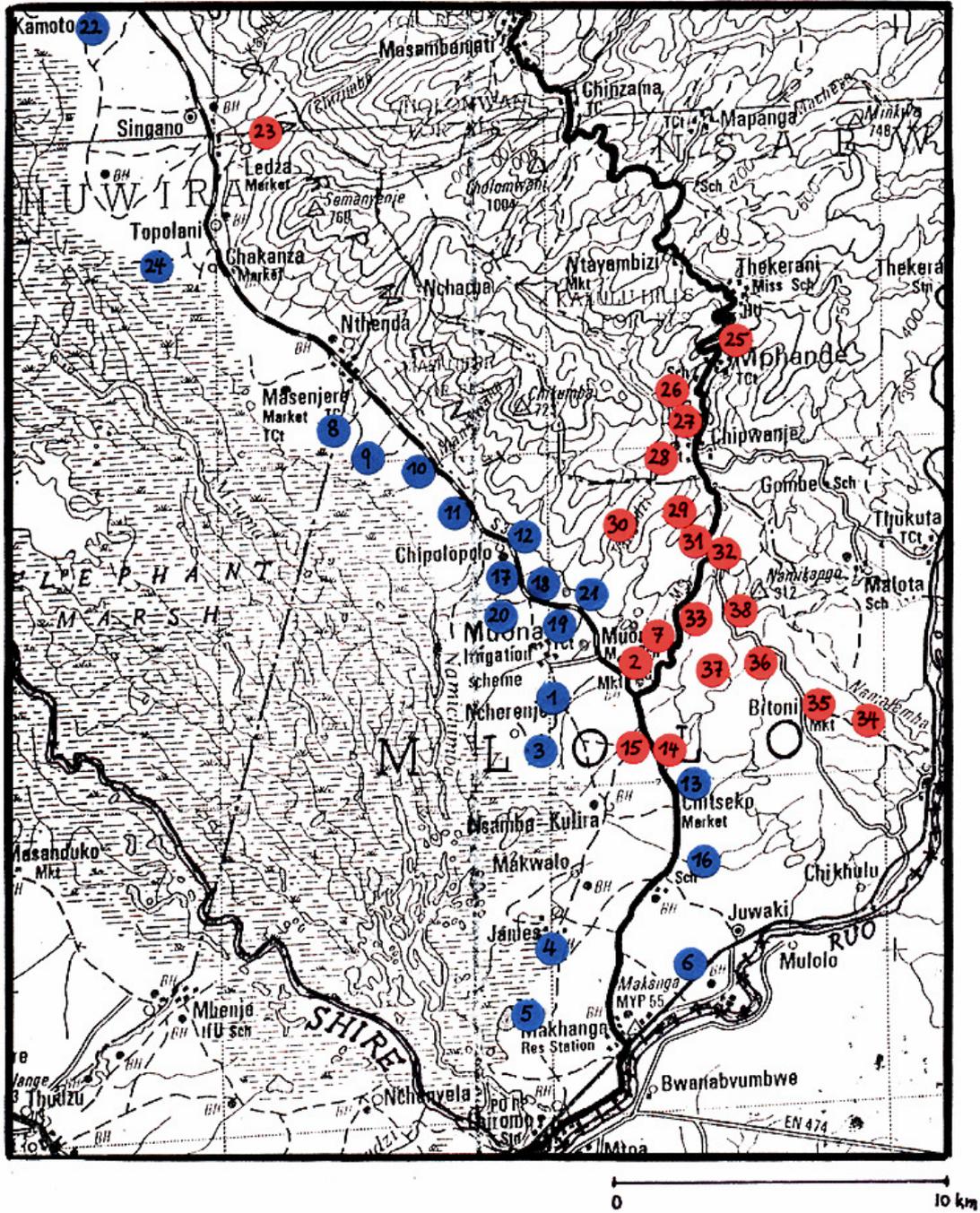
7.1.1 Beschreibung der Stichprobe (Gruppe 1)

Die Erkenntnisse zum kulturellen Hintergrund von sexuellem Verhalten und dem derzeitigen Sexualitätsverständnis wurden durch die Auswertung der Interviews mit den Dorfrepräsentanten von 38 Dörfern in der Untersuchungsregion (Abb. 2) gewonnen.

Distrikt und Traditional Authority

1. Distrikt Nsanje, TA Mlolo:	31 Dörfer
2. Distrikt Chikwawa, TA Makhwira:	3 Dörfer
3. Distrikt Thyolo, TA Nsabwe:	4 Dörfer

Die Dörfer ließen sich nicht eindeutig einzelnen Ethnien zuordnen. Vielmehr fand sich eine gemischte Population, die je nach Region Bevölkerungsmehrheiten bestimmter Ethnien aufwies. Diese Mehrheiten stellten in der Bergregion Lomwe und Khokhola. Entlang der East Bank Road überwogen Mang'anja und Sena. Von den Dorfrepräsentanten waren 5 Lomwe, 10 Khokhola, 14 Mang'anja, 4 Sena, 2 Tonga, 2 Ntakwani und 1 Nyungwe. Eine Übersicht über die jeweiligen Interviewpartner, ihre Ethnienzugehörigkeit (des jeweils erstgenannten Hauptgesprächspartners) und ihr genealogisches System finden sich in Tabelle 1. Betrachtet man lediglich die vier großen Ethnien, so waren es im Wesentlichen Lomwe und Khokhola, die sich als matrilinear bezeichneten, während Sena Patrilinearität angaben. Mit zwei Ausnahmen sagten alle befragten Mang'anja aus, Patrilinearität zu praktizieren. Zwei wiesen aber darauf hin, dass das früher anders gewesen sei.



- Dorf patrilinear
- Dorf matrilinear

Abb. 2: Karte der Untersuchungsregion
(Quelle: Sheet 10 Nsanje, Malawi Government 1988)

Tabelle 1: Übersicht über die Dorfrepräsentanten, ihre Ethnienzugehörigkeit und ihr Abstammungssystem

Nr	Dorf	Interviewpartner	Ethnie	Abstammung
1	Chapinga	Deputy VH	Mang'anja	patrilinear
2	Napasha	VH, seine Frau	Lomwe	matrilinear
3	Makhapha	VH	Nyungwe	patrilinear
4	James Mchacha	VH	Mang'anja	patrilinear
5	Kalonga	Deputy VH	Mang'anja	patrilinear
6	Osiyana	Frau d. VH	Sena	patrilinear
7	Mlambala	VH	Lomwe	matrilinear
8	Namanya	GVH	Mang'anja	patrilinear
9	Nchambalinja	VH, seine Frau	Sena	patrilinear
10	Buleya	VH	Mang'anja	patrilinear
11	Mkweza	VH	Mang'anja	patrilinear
12	Chipolopolo	VH	Mang'anja	patrilinear
13	Chitseko	VH, ein junger Mann	Mang'anja	patrilinear
14	Mathiya (Mlolo)	VH	Khokhola	matrilinear
15	Mphiphira	VH	Ntakwani	matrilinear
16	Chatacha	VH, seine Frau, 2 "Alte"	Sena	patrilinear
17	Gande	VH, seine Frau	Tonga	patrilinear
18	Dogo	VH, seine Frau	Mang'anja	patrilinear
19	Kandodo	VH, seine Frau	Mang'anja	patrilinear
20	Chinzeti	VH, seine Frau	Sena	patrilinear
21	Gooke	GVH, seine Frau	Mang'anja	patrilinear
22	Kamoto	VH, seine Frau	Tonga	patrilinear
23	Machokola	VH	Mang'anja	matrilinear
24	Matimati	VH	Mang'anja	patrilinear
25	Nzundu	VH	Mang'anja	matrilinear
26	Mwandama	Frau d. VH	Ntakwani	matrilinear

Nr	Dorf	Interviewpartner	Ethnie	Abstammung
27	Ndadzadala	Frau d. VH	Khokhola	matrilinear
28	Matiya (Nsabwe)	VH, ein alter Mann, dessen Frau, eine jüngere Frau	Khokhola	matrilinear
29	Nkunga	VH	Khokhola	matrilinear
30	Mlalama	VH, seine Mutter	Khokhola	matrilinear
31	Panesi	Sohn d. VH	Khokhola	matrilinear
32	Gatoma	VH, seine Frau	Khokhola	matrilinear
33	Dembe	VH	Khokhola	matrilinear
34	Mphwiri	VH, seine Frau	Khokhola	matrilinear
35	Bitoni	VH, seine Frau	Lomwe	matrilinear
36	Clemence	VH	Lomwe	matrilinear
37	Bonongwe	VH, seine Frau	Lomwe	matrilinear
38	Mbadzo	VH	Khokhola	matrilinear

VH: Village Headman

Deputy VH: stellvertretender Village Headman

GVH: Group Village Headman

7.1.2 Die verschiedenen Ehesysteme hinsichtlich Matrilinearität und Patrilinearität

Den Angaben der Befragten zufolge werde in allen Dörfern Polygamie als Eheform akzeptiert. Tendenziell werde aber Monogamie favorisiert, was hauptsächlich der Christianisierung zugeschrieben wurde. Angaben zur Anzahl der prinzipiell erlaubten Ehefrauen waren uneinheitlich und reichten von zwei bis „kein oberes Limit“. Ethnien-spezifische Unterschiede gab es dabei nicht.

Zur Wahl des Ehepartners wurde angegeben, dass die Initiative meist von dem jungen Mann oder auch von beiden Partnern ausgehe. Aus zunächst nur Freundschaft entwickle sich eine tiefere Beziehung, die schließlich in eine

Verlobung münde. Die Frau habe das Recht, einen Heiratsantrag abzulehnen. Die patrilinearen Stämme berichteten über einen Brautpreis (*lobola*), den der Mann an die Familie seiner zukünftigen Frau zahlen müsse. Mit der Annahme des Geldes stimme die Frau der Verlobung zu. Die genannten Geldbeträge reichten von 2 bis 3000 und mehr Kwacha. Die matrilinearen Ethnien kannten diese Praxis (mit der Ausnahme eines Interviewpartners) nicht. Nachdem die Familien von der Verlobung in Kenntnis gesetzt worden seien, müsse über die Hochzeitsmodalitäten verhandelt werden. Als Hochzeits-Unterhändler, wurden für patrilineare Gesellschaften überwiegend die Eltern, für matrilineare dagegen der Onkel mütterlicherseits (*nkhoswe*) oder andere Verwandte benannt. In matrilinearen Ethnien lebe der Ehemann vom Tag der Eheschließung an bei der Familie seiner Frau, in patrilinearen verlasse die Frau ihre Familie und ziehe zu ihrem Mann.

Eine Ehescheidung hielten alle Ethnien aus bestimmten Gründen für möglich. Am häufigsten wurden hier Ehebruch, Unstimmigkeiten zwischen den Ehepartnern oder in der Familie und Infertilität angegeben. Der Ehebruch der Frau wurde im Vergleich zu dem des Mannes unabhängig von Matrilinearität oder Patrilinearität deutlich häufiger genannt (33 vs. 18) und als das ernstere Vergehen eingestuft. Der Frau wurde aber dennoch das Recht eingeräumt, eine Scheidung zu beantragen, obwohl bezweifelt wurde, dass Frauen davon Gebrauch machten. Im Falle von Infertilität wurde unterschieden zwischen männlicher und weiblicher Unfruchtbarkeitsursache. Bei ersterer komme bei Kinderwunsch lediglich die Scheidung und Wiederheirat in Frage. Für den Fall, dass die Ursache der Kinderlosigkeit bei der Frau liege, wurde als Lösungsmöglichkeit die Heirat einer zweiten Ehefrau aufgezeigt. Es wurde mehrfach betont, dass zunächst versucht werde, die Probleme im Sinne eines Eheerhalts zu lösen, wozu eine Gruppe von Vermittlern, meistens Verwandte, die „Alten“, zu Rate gezogen würden. Insgesamt lag die Betonung bei den patrilinearen Ethnien eher auf den Belangen des Mannes, während bei den matrilinearen stärker die Interessen der Frau hervorgehoben wurden.

Der Verbleib der Kinder nach einer Scheidung oder nach dem Tod eines oder beider Ehepartner wurde von matrilinearen und patrilinearen Stämmen unterschiedlich gehandhabt. Grundsätzlich gehörten die Kinder bei ersteren zur Familie der Mutter während sie bei letzteren der Seite des Vaters zugerechnet würden. In einigen Fällen räumten matrilineare Ethnien den Kindern das Recht ein, zur Familie des Vaters zu ziehen, sofern dort gut für sie gesorgt werde, patrilineare dagegen erlaubten den Kindern den Wechsel zur mütterlichen Seite für den Fall, dass die väterliche sie vernachlässige.

7.1.3 Sexualität – Bedeutung und Verhalten aus der Sicht der Befragten

Sexualität wurde insgesamt als wichtig (17 Mal) bis sehr wichtig (20 Mal) eingestuft. Als Hauptgrund dafür wurde am häufigsten (18 Mal) die körperliche Befriedigung genannt. Die Zeugung von Kindern sei eine natürliche Folge davon. Nur sieben der Befragten nannten Kinder an erster Stelle. Weitere Meinungen dazu waren: Häufiger Sex sei notwendig für eine gut funktionierende Ehe, gebe es keinen Sex, sei die Ehe zum Scheitern verurteilt. Es entspreche der menschlichen Natur, Sex zu haben. Gott habe den Menschen so geschaffen und somit könne dieser nicht ohne Sex leben. Außerdem sei Sex „ein Teil von Medizin“. Als Beispiel dafür wurde der rituelle Koitus zwischen Eheleuten nach der Menstruation in Verbindung mit der Wiederaufnahme des Salzens von Essen (vgl. 7.1.4) genannt.

Die Frage, ob Sexualität ein öffentliches Gesprächsthema oder tabu sei, wurde unterschiedlich beantwortet. Etwa ein Drittel gab an, über Sexualität werde überhaupt nicht in der Öffentlichkeit geredet, ein weiteres Drittel sagte, wenn Frauen oder Männer unter sich seien, werde darüber sehr wohl gesprochen. Die Übrigen hielten es für ein Thema, über das frei und ohne Hemmungen auch in der Öffentlichkeit diskutiert werden könne. Den alten Traditionen zufolge sei früher über Sex nur im Rahmen bestimmter ritualisierter Gelegenheiten, wie z.B. den Pubertätsriten oder während der Hochzeitsvorbereitungen gesprochen

worden. AIDS habe aber dazu geführt, dass man heute mehr und offener darüber rede. Auch in Schulen und Kirchen werde Sexualität inzwischen thematisiert.

Unabhängig davon, welcher Ethnie sie angehörten, betrachtete die Mehrzahl der Befragten (32) vorehelichen Sex als nicht erlaubt. Zwei sahen in dem rituellen Koitus nach den Pubertätsriten (*kusasa fumbi*) eine Ausnahme von der Regel und vier weitere hielten vorehelichen Sex für sozial akzeptiert oder sogar erwartet bei beiderlei Geschlecht. Über das Verbot von außerehelichem Sex bestand Einvernehmen. Es wurde jedoch betont, dass der Village Headman darüber keine Kontrolle habe, da es eine Privatangelegenheit sei.

Gefragt nach dem tatsächlichen Verhalten, waren die meisten (26) der Ansicht, es entspreche nicht mehr den traditionellen Regeln. Ein Informant sagte, Sex vor der Hochzeit sei eigentlich nur im Rahmen der Initiation erlaubt, in Wirklichkeit würden die Jugendlichen durch diesen Brauch aber dazu ermutigt, weiterzumachen. Ein Teil der jungen Leute sei zunehmend promiskuitiv und respektiere die alten Regeln nicht mehr, obwohl eine Unterweisung stattgefunden habe („Sie haben Sex wie es ihnen gefällt.“, „Sie stehlen Sex ohne das Wissen der Alten.“). Viele, vor allem Männer, aber auch Frauen, hätten außereheliche Affären. Drei der Befragten meinten aber auch, aus Angst vor AIDS und STDs eine Verhaltensänderung zugunsten der alten Traditionen in jüngster Zeit bemerkt zu haben.

Übertretungen der traditionellen Regeln hätten nur dann eine „Bestrafung“ zur Folge, wenn dies von öffentlichem Interesse sei. Als Beispiel dafür wurde eine Schwangerschaft bei einem uninitiierten Mädchen angegeben. Dies könne eine Erkrankung des Chief nach sich ziehen, sagten fünf Informanten. Gefragt nach der Art der Erkrankung wurden Symptome genannt, die dem *mdulo*-Komplex zugeordnet werden können (Schwellung der Beine, Atembeschwerden, Mangelernährung, Tuberkulose, Hydrocele), aber auch AIDS. Die „Strafe“ in einem solchen Fall beinhalte eine Abgabe in Form von Geld und Naturalien, die

die Eltern des betroffenen Mädchens an den Chief zu zahlen hätten und den Kauf von „Medizin“ beim *sing'anga*. Ältere Traditionen, wie die öffentliche Zurschaustellung und Verspottung des Mädchens, würden nicht mehr praktiziert. Werde das Mädchen erst nach der Initiation schwanger, handele es sich um eine private Angelegenheit, die zwischen den Eltern des Mädchens und dem Vater des Kindes, notfalls unter Hinzuziehung des Gerichts, geregelt werden könne.

Als Vergewaltigung wurde entweder der erzwungene Sexualverkehr durch einen Fremden (der mit der Frau in keinerlei Beziehung steht) oder generell der erzwungene Sexualverkehr zwischen Unverheirateten bezeichnet. Dabei wurde die erste Definition tendenziell eher von patrilinearen und die zweite Version mehr von matrilinearen Ethnien gegeben. Erzwungener Sex zwischen Ehepartnern wurde von der Mehrzahl (26) explizit ausgeschlossen (Kommentare: „das ist Liebe“ (GVH Namanya, VH Mkweza), „sie spielen“ (VH Dogo und seine Frau)). Nur zwei der Befragten sahen auch darin einen Vergewaltigungstatbestand. Insgesamt wurde Vergewaltigung als ein seltenes, aber ernstes Vergehen angesehen, das die Einschaltung von Polizei und Gericht erfordere. Eine Ausnahme wurde dabei für den Fall gemacht, dass der Täter ein Familienmitglied sei. Dann werde das Problem in der Familie oder allenfalls unter Hinzuziehung des Village Headman geregelt.

Keiner der Befragten glaubte, dass Homosexualität in der Untersuchungsregion existiere.

7.1.4 Traditionelle Bräuche im Zusammenhang mit Sexualität

Pubertätsriten

Für Mädchen war bei allen Befragten eine Initiationszeremonie bekannt. Üblicherweise finde diese zum Zeitpunkt der Menarche statt. Vier der befragten

Lomwe Village Headmen machten die Initiation jedoch nicht von diesem Ereignis abhängig sondern gaben den Zeitpunkt zum Teil bereits mit fünf Jahren an. Die Initiation der Mädchen sei von öffentlichem Interesse und müsse daher dem Village Headman angekündigt werden, was mit einer Abgabe in Form von Geld und Naturalien an diesen verbunden sei. Die formale Gestaltung der Initiationsfeier wurde unterschiedlich beschrieben. Während Mang'anja, Sena und Tonga eine individuelle oder allenfalls Kleingruppen-Zeremonie favorisierten, werde das Ereignis bei Lomwe, Khokhola und Ntakwani grundsätzlich in größeren Gruppen begangen. Bei letzteren finde die Zeremonie daher auch nur ein oder wenige Male im Jahr statt, während sie bei ersteren das ganze Jahr hindurch möglich sei. Die Dauer der Zeremonie wurde uneinheitlich und mit großen zeitlichen Differenzen angegeben. Die Nennungen reichten von einem Tag bis zu zwei bis vier Wochen mit kürzeren Zeitspannen für Mang'anja, Sena, Nyungwe und Tonga und längeren für Lomwe, Khokhola und Ntakwani. Mehrfach wurde auf eine Tendenz zur Verkürzung der Feierlichkeiten hingewiesen. Allen gemeinsam war, dass die Unterweisung der Mädchen durch eine oder mehrere darauf spezialisierte ältere Frauen, den *anankungwi*, zu erfolgen habe. Dies könne entweder im Haus der Eltern, der *nankungwi* oder bei größeren Gruppen in extra dafür errichteten zeitweiligen Unterkünften stattfinden.

Eine Initiationszeremonie für Jungen werde nicht überall durchgeführt. Dass der Brauch existiere, berichteten alle Vertreter der Lomwe, Khokhola und Ntakwani, jedoch nur drei der befragten Mang'anja. Die übrigen Mang'anja erklärten, es gebe vor einer geplanten Hochzeit lediglich eine individuelle Beratung für das Brautpaar. Sena, Nyungwe und Tonga verneinten eine Initiationszeremonie für Jungen. Die Altersangaben fielen für Khokhola, Mang'anja und Ntakwani mit der Pubertät zusammen, waren bei den Lomwe jedoch deutlich niedriger (beginnend mit fünf Jahren) angesiedelt. Übereinstimmend wurde gesagt, dass die Zeremonie einmal im Jahr in größeren Gruppen in eigens dafür gebauten Unterkünften abseits des Dorfes stattfinde. Das Prozedere der Ankündigung wurde weitgehend so wie bei den Mädchen bereits beschrieben geschildert.

Wie dort auch waren die Angaben zur Dauer der Zeremonie uneinheitlich und variierten zwischen einem Tag und einem Monat. Auf eine Tendenz zur Verkürzung des Rituals bedingt durch die zeitliche Begrenzung der Schulferien aber auch durch den Einfluss der christlichen Kirchen wurde auch hier hingewiesen.

Die Lerninhalte wurden für Jungen und Mädchen ähnlich beschrieben. Sie bezögen sich auf sechs größere Themenkomplexe. Allgemeine Regeln für das Verhalten im neuen Lebensabschnitt, Fragen der Hygiene, Sexualität, Ehe sowie mit Sexualität verknüpfte Tabus und mögliche Auswirkungen bei deren Übertretung wurden genannt. Nur zweimal wurde angegeben, dass AIDS besprochen werde. Bei Lomwe und Khokhola werde bei den Jungen außerdem eine Beschneidung durchgeführt. Hierzu werde eine Rasierklinge verwendet, entweder dieselbe für alle oder eine, die der Junge selbst mitzubringen habe.

Vom Tag der Ankündigung der bevorstehenden Initiation bis zu deren Ende werde von Personen, die eng in den Initiationsprozess involviert seien (Eltern, Chief, *nankungwi*) sexuelle Abstinenz gefordert. Am letzten Tag (oder an zwei aufeinanderfolgenden Tagen) finde dann ein ritueller Koitus statt. Die Mehrzahl der Befragten nannten als Ausführende die Eltern des Mädchens und/oder den Chief mit seiner Frau sowie die *nankungwi*. Gleiches wurde für die Initiation der Jungen geschildert. Die Frage, ob das Mädchen selbst das lokal *kusasa fumbi* genannte Ritual (auch *kuchotsa fumbi*, *kupita fumbi*, übersetzt: „den Staub entfernen“), ausführen müsse, wurde ethnienübergreifend zwölfmal mit nein beantwortet, jedoch auch sechsmal mit ja. Die übrigen gaben dazu keinen Kommentar ab. Von diesen sechs wurde übereinstimmend gesagt, das Mädchen werde dazu aufgefordert, bald nach der Initiation *kusasa fumbi* mit einem Jungen ihrer Wahl und ihres Alters, der bereits initiiert sei, zu praktizieren. Drei der Befragten gaben an, ritueller Koitus werde nicht durchgeführt, stattdessen komme lediglich traditionelle Medizin zum Einsatz. Was die Jungen betraf, gaben vier der befragten Khokhola an, der Junge selbst werde auch dazu aufgefordert, sich ein Mädchen seines Alters für *kusasa fumbi*

zu suchen. Zum Abschluss erhalte das Mädchen oder der Junge gesalzenes Essen, das die an dem rituellen Koitus beteiligte Frau nach dem Sexualakt gekocht habe.

kupita kufa

Neben *kusasa fumbi* wurde über verschiedene andere traditionelle Praktiken, die mit rituellem Sexualverkehr einhergehen, berichtet. Bei *kupita kufa* handele es sich um einen Ritus, der im Todesfall vollzogen werden müsse. Er finde auch Anwendung bei Abort oder Totgeburt und sei vor allem bei Sena und Mang'anja noch lebendig. Lomwe und Khokhola gaben überwiegend an, den Brauch gar nicht zu kennen, oder ihn zugunsten der Anwendung traditioneller Medizin verlassen zu haben (Tabelle 2). Er wurde wie folgt beschrieben: Für den Fall, dass der Ehemann sterbe, sei seine Witwe verpflichtet, Koitus mit dessen Bruder oder einem nahen Verwandten des Mannes auszuüben. Dies sei deshalb wichtig, weil sie den Tod in sich trage und ihn sonst in ihre Familie bringe. Wenn sich kein Verwandter dafür finde, könne auch irgendein Fremder oder aber ein *fisi* verpflichtet werden. Mit einer Ausnahme waren es nur patrilineare Stämme, die den *fisi* erwähnten. Der stellvertretende Village Headman von Chapinga (Mang'anja) definierte ihn folgendermaßen:

„*Fisi* ist eine Person, die Geld für diesen Dienst erhält. Es gibt *fisi* in jedem Dorf. Unglücklicherweise sind die meisten gestorben.“

Beim Tod der Ehefrau werde das Gebot des *kupita kufa* für den Witwer weniger streng gesehen. Es gebe die Möglichkeit, dass ein verwandtes Ehepaar die Zeremonie stellvertretend für ihn ausführe, bis er wieder heirate, oder aber er könne einfach warten bis zur Wiederheirat und es dann mit seiner neuen Frau nachholen. Ein Teil der Befragten (5) war sich der Risiken eines solchen Brauches durchaus bewusst. Als Alternativstrategien wurden die alleinige Anwendung von traditioneller Medizin, *kupita kufa* durch ein stellvertretendes

Paar oder aber der HIV-Test vor Durchführung des Rituals genannt. Verhaltensänderungen seien bereits bei einigen erkennbar, viele seien aber den alten Traditionen verhaftet und es sei schwierig, sie davon zu überzeugen.

Tabelle 2: Aktualität des *kupita kufa* – Rituals

Ethnie	Lomwe	Khokhola	Mang'anja	Sena	Nyungwe	Ntakwani	Tonga	Gesamt
Ritual im Todesfall								
<i>fisi</i>	1		8	3	1			13
<i>kupita kufa</i> noch aktuell	1	1	5	2				9
<i>kupita kufa</i> noch aktuell, aber Risiko bekannt und Versuche der Veränderung			3	2				5
<i>kupita kufa</i> in der Vergangenheit, aber zugunsten von traditioneller Medizin verlassen	2		2		1		1	6
traditionelle Medizin und Stellvertreter für <i>kupita kufa</i>		1	1					2
nur traditionelle Medizin, <i>kupita kufa</i> unbekannt	2	8	3			1	1	15
keine traditionellen Praktiken						1		1

kupita moto

Kupita moto finde nach dem Brand eines Hauses oder bei der Herstellung von Backsteinen Anwendung. Es werde im Wesentlichen wie *kupita kufa* gehandhabt. Ausführende seien die Besitzer des abgebrannten Hauses. Handele es sich um einen alleinstehenden Eigentümer, verfare man nach den Regeln von *kupita kufa*.

kutenga mwana

Kutenga mwana ist die Bezeichnung für ein Ritual, das etwa sechs bis acht Monate nach der Geburt eines Kindes stattfindet. Alle Befragten kannten es und beschrieben es ähnlich. Es handele sich dabei um den ersten Geschlechtsverkehr zwischen Mann und Frau nach der Entbindung. Bis dahin habe die Frau mit dem Baby separat geschlafen. In der fraglichen Nacht verbrenne sie ihre Schlafmatte und kehre in das Bett ihres Mannes zurück. Im Beisein des Babys habe sie dann Geschlechtsverkehr mit ihrem Mann. Danach, wenn beide sexuell „heiß“ seien, übergebe sie das Kind ihrem Mann mit den Worten: „Es ist jetzt deins.“ Zuvor gelte das Kind noch nicht als eigenständige Person, sondern als Teil der Mutter. Für den Fall eines alleinstehenden Elternteiles (z.B. unverheiratete Frau, Abwesenheit des Ehemannes, Tod eines Ehepartners) wurden mehrere Alternativen angeboten. Die Mehrzahl der Befragten (24) sah eine Möglichkeit darin, dass ein stellvertretendes Ehepaar, in der Regel die Eltern der Frau oder Verwandte, die sich auch um das Kind kümmerten, die Zeremonie durchführen könne. Eine andere Variante war, damit bis zur (Wieder-) Heirat zu warten und das als „kalt“ geltende und damit extrem gefährdete Kind während dieser Zeit mit zwei um den Bauch gebundenen Amuletten (*mphinjiri*) vor dem Einfluss einer sexuell „heißen“ Person (jemand, der in der Nacht zuvor Sex hatte) zu schützen. Einige hielten die *mphinjiri* allein für ausreichend. Insgesamt sieben der Befragten zogen jedoch die Einschaltung eines Fremden, *fisi*, oder desjenigen, der im Falle des Todes des Vaters Partner bei *kupita kufa* war, in Betracht. Von letzteren abgesehen gab es dabei keine ethnientypischen Unterschiede.

Eine ähnliche Zeremonie wurde auch für die Aufnahme von Waisen in eine neue Familie beschrieben. Den rituellen Geschlechtsverkehr übten die Pflegeeltern in der Nacht vor Ankunft der Kinder aus. Anstatt selbst anwesend zu sein, erhielten die Kinder am Morgen danach gesalzenes Essen, das die Pflegemutter nach dem Geschlechtsakt gekocht habe.

Menstruation

Für die Zeit der Menstruation wurden zahlreiche Regeln aufgezählt, die die Frau zu beachten habe, und die im Wesentlichen den vier Kategorien Sexualität, Hygiene, mystische Vorstellungen und Methoden der non-verbalen Kommunikation (z.B. das Auslegen roter und weißer Perlen) zugeordnet werden konnten. Als deren herausragendste wurde das Verbot von Sex während dieser Zeit genannt. Die Frau habe das Bett von dem ihres Mannes zu separieren und dürfe weder sein Bett noch ihn selbst berühren, da sie „unrein“ sei. Während der ganzen Zeit dürfe sie kein Salz ans Essen geben, sondern müsse diese Aufgabe delegieren. Erst nachdem sie den Sexualkontakt mit ihrem Mann nach beendeter Menstruation wieder aufgenommen habe, dürfe sie selbst wieder Salz verwenden. Übertretungen der Regeln, insbesondere des Gebotes der sexuellen Abstinenz, seien mit einem Erkrankungsrisiko für den Mann verbunden. Auch für diesen Fall wurden Symptome des *mdulo*-Komplexes angeführt.

7.1.5 AIDS-Informiertheit

Alle Befragten konstatierten, dass die Krankheit AIDS wohlbekannt sei. Übertragungswege und Vermeidungsstrategien seien Allgemeinwissen. Es gebe zahlreiche Foren, öffentlich und privat, wo darüber diskutiert werde. Als Beispiele wurden Meetings zum Thema AIDS und HIV, Theateraufführungen, Diskussionsrunden nach Gottesdiensten, Radiosendungen, Gespräche mit AIDS-Counselors und Gesundheitspersonal, Schulunterricht und im privaten Bereich Gespräche mit Ehepartnern und Kindern oder Diskussionen in Trinkhallen genannt. Über AIDS zu reden, sei außerdem von der Regierung angeordnet worden. Besonders auf Beerdigungen sei es ein Thema. Allerdings, so der Deputy Village Headman von Chapinga, selbst AIDS-Counselor, sei es schwierig, öffentlich darüber zu reden, da es implizieren würde, der Verstorbene habe an AIDS gelitten. Er sagte weiter, die Counselors redeten mit der Witwe /

dem Witwer über *kupita kufa*, sie böten ihnen Alternativen zu dem Einsatz des *fisi* an, wie z.B. die Verwendung von traditioneller Medizin stattdessen. Aber es sei immer noch schwierig, die Menschen davon zu überzeugen.

Als Hauptübertragungsweg wurde mehrheitlich außerehelicher Sexualverkehr und als Präventionsstrategie die Vermeidung desselben angegeben. Es wurde angesprochen, dass vielfach nicht geglaubt werde, eine gesund aussehende Person könne infiziert sein. Auch sei es durchaus möglich, dass z.B. ein Witwer trotz bekannter HIV-Infektion eine zweite Frau fände, wenn er wohlhabend sei. Es sei eben wichtiger, eine Zeitlang gut zu leben, auch wenn man dann gemeinsam sterben müsse. Änderungen im Sexualverhalten wurden sehr zurückhaltend oder gar nicht kommentiert. Nur wenige meinten, hier Fortschritte zu sehen.

7.1.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Repräsentanten aus 38 Dörfern der Untersuchungsregion wurden zum kulturellen Hintergrund sexuellen Verhaltens und dem derzeitigen Sexualitätsverständnis befragt. Davon charakterisierten jeweils die Hälfte das im Dorf praktizierte Abstammungssystem als matrilinear bzw. patrilinear. Mit Fokus auf die vier Hauptethnien der Region praktizierten Lomwe und Khokhola Matrilinearität, während Sena und Mang'anja, letztere mit zwei Ausnahmen, Patrilinearität angaben.

Die Ehesysteme der beiden Sozialordnungen unterschieden sich den Angaben der Befragten zufolge hinsichtlich der Zahlung eines Brautpreises (*lobola*), die bei patrilinearen aber nicht bei matrilinearen Ethnien geleistet werde. Des Weiteren richte sich der Wohnort des Ehepaars und die Zugehörigkeit der Kinder nach der dem jeweiligen System zugrunde liegenden Abstammungslinie. Beiden gemeinsam war die Aussage, dass Ehen nicht mehr wie früher

arrangiert würden, sondern das Ergebnis von Freundschaft und Zuneigung zwischen den beiden Partnern seien.

Charakteristika des traditionellen Sexualitätsverständnisses waren ein hoher Stellenwert von Sex zwischen Ehepartnern, ein Verbot vorerehelicher und außerehelicher Sexualekontakte und die übergreifende Bedeutung, die Sexualität als Bestandteil mysteriöser Vorgänge zugeordnet wurde. In dieser Eigenschaft wurde Koitus als Komponente verschiedener Übergangsriten, die noch allgemein praktiziert würden, beschrieben. Als Konsequenz etwaiger Transgressionen sexueller Normen sei *mdulo* zu erwarten. Darüberhinaus wurde die Wichtigkeit von Salz als ein Element, durch das die Auswirkungen von Sex auf andere Personen übertragen werden könne, betont. Das tatsächliche Verhalten wurde von den Befragten als nicht mehr den traditionellen Normen entsprechend eingeschätzt. Besonders jüngeren Personen wurde eine zunehmende Promiskuität sowohl vor als auch während der Ehe angelastet.

Bezüglich traditioneller, mit Sexualität assoziierter Praktiken ergaben sich Unterschiede zwischen matrilinearen und patrilinearen Ethnien. Während Angehörige matrilinearere Ethnien aufwändige, als Gruppenzeremonie begangene Initiationsriten für Jungen und Mädchen beschrieben, kannten patrilineare keine Initiationsriten für Jungen und nur Einzel- oder Kleingruppenunterweisungen für Mädchen. Nicht alle Befragten äußerten sich dazu, ob die Initianden dazu aufgefordert würden, nach der Zeremonie Koitus zu haben (*kusasa fumbi*). Die Ja/Nein – Stimmen verhielten sich im Verhältnis ein Drittel (6) zu zwei Drittel (12) und ließen keine Unterschiede hinsichtlich Matrilinearität oder Patrilinearität erkennen. Im Gegensatz zu *kutenga mwana*, das alle Ethnien kannten, wurde *kupita kufa* mehr von patrilinearen Ethnien beschrieben. Angehörige matrilinearere gaben entweder an, den Brauch gar nicht zu kennen oder zugunsten alternativer Verfahren, wie der Anwendung traditioneller Medizin verlassen zu haben. Insbesondere die Einbeziehung eines *fisi* wurde fast nur von Angehörigen patrilinearere Ethnien berichtet.

Befragt zum allgemeinen Kenntnisstand über AIDS hielten die meisten das Bewusstsein in der Bevölkerung für gut. Symptome, Übertragungswege und Präventionsstrategien seien bekannt. AIDS habe zwar zur Enttabuisierung des Themas Sexualität beigetragen, Verhaltensänderungen seien bislang aber nicht oder allenfalls ansatzweise erkennbar. Risikoreiches Sexualverhalten werde im Gegenteil oft trotz des Wissens um die HIV-Infektion des Partners praktiziert.

7.2 Sexualverhalten

Die Ergebnisse zum Sexualverhalten stützen sich auf die Selbstaussagen von 1077 Befragten aus 38 Dörfern, die durch standardisierte Interviews gewonnen wurden. Pro Dorf wurden zwischen 19 und 42, im Mittel 28,3 Personen befragt. 484 der Teilnehmer waren männlich, 593 weiblich.

7.2.1 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe (Gruppe 2)

Distrikt und Traditional Authority

1. Distrikt Nsanje, TA Mlolo:	859 befragte Personen
2. Distrikt Chikwawa, TA Makhwira:	97 befragte Personen
3. Distrikt Thyolo, TA Nsabwe:	121 befragte Personen

Ethnienzugehörigkeit

Die Befragten verteilten sich zu 95 % auf vier verschiedene Ethnien: Mang'anja und Sena (patrilinear, ausgenommen 26 Mang'anja aus Machokola und Nzundu, deren Village Headmen Matrilinearität angaben), Lomwe und Khokhola (matrilinear). Die restlichen 5 %, im Folgenden unter „Sonstige“ zusammengefasst, waren zwölf weiteren Ethnien zuzuordnen (Chewa 6, Chilenje 1, Kiriman 1, Malokotera 1, Mwenye 2, Ngoni 12, Nyungwe 3, Shona 1, Tonga 17, Towa 1, Tumbuka 1, Yao 1) (Abb. 3).

Die regionale Verteilung der verschiedenen Ethnien folgte weitgehend den landschaftlichen Gegebenheiten. Entlang der East-Bank fanden sich unter den Befragten zu 85% Sena und Mang'anja (50% Sena, 35% Mang'anja), während in den Bergen zu 78% Khokhola und Lomwe lebten (je zu 39%). Letztere bildeten ebenfalls die Mehrheit in vier Dörfern, die an der Kreuzung East-Bank Road und Thyolo Road lagen. (Abb. 2)

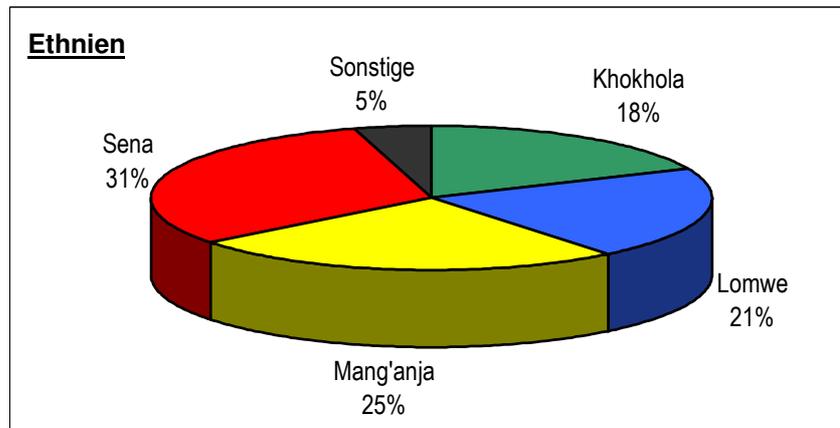


Abb. 3: Prozentualer Anteil der Befragten an den verschiedenen Ethnien

Altersverteilung (Abb. 4)

Ihr Alter konnten 63,9% der Frauen und 85,5% der Männer angeben. Personen, die 30 Jahre oder jünger waren, wussten ihr Alter zu mehr als 90%. Für diejenigen, die ihr Alter nicht beziffern konnten, wurde durch die Interviewer anhand von Aussehen, vergleichender Beobachtung, Kinderzahl und signifikanter historischer Ereignisse eine Schätzung vorgenommen.

Frauen: $\bar{x}=37,4$ J. ($x_{\min}=13$; $x_{\max}=85$; $m=35$; $s=18,5$; $n=593$)

Männer: $\bar{x}=35,5$ J. ($x_{\min}=14$; $x_{\max}=106$; $m=29$; $s=18,8$; $n=484$)

Insgesamt war über die Hälfte der Befragten 30 Jahre oder jünger und drei Viertel befanden sich in der Altersgruppe bis 50 Jahre. Weniger als 10% der befragten ledigen Frauen waren älter als 20 Jahre, während bei den ledigen Männern mehr als 30% darüber lagen.

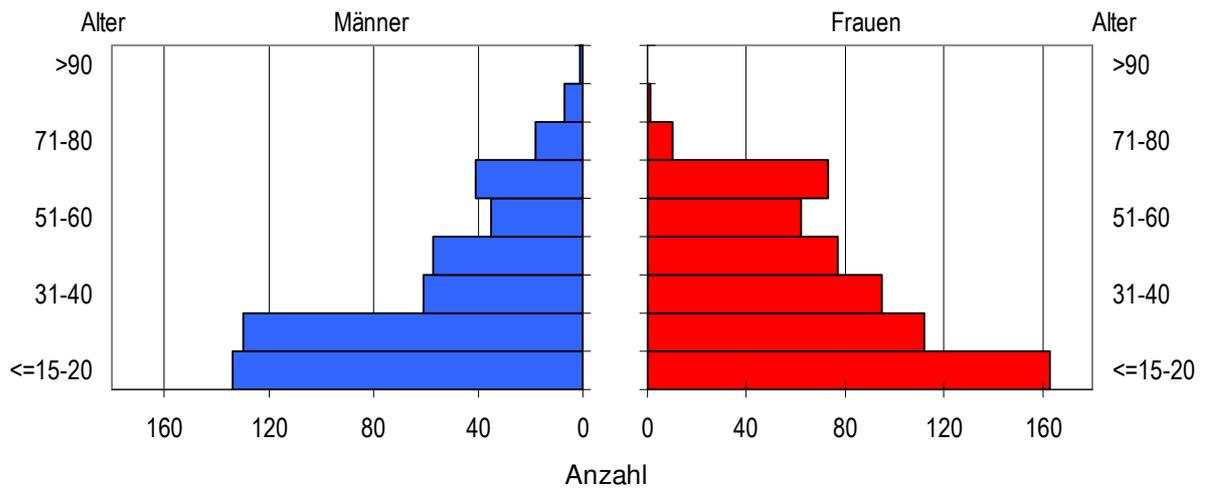


Abb. 4: Altersverteilung der Stichprobe (Gruppe 2)

Schulbildung

Das Malawische Schulsystem umfasst eine Grundschulbildung von acht Jahren (Standard 1-8) und eine höhere Schulbildung von nochmals vier Jahren (Form 1-4). Die Personen der Stichprobe hatten folgenden Bildungsstand:

	Männer (n=484)	Frauen (n=593)
keine Schulbildung	72 (14,9%)	295 (49,7%)
Grundschule (Std 1-4)	142 (29,3%)	116 (19,6%)
Grundschule (Std 5-8)	188 (38,8%)	144 (24,3%)
höhere Schule	75 (15,5%)	36 (6,1%)
keine Angaben	7 (1,4%)	2 (0,3%)

(Abb. 5)

Bei beiden Geschlechtern war eine Abnahme des Bildungsniveaus mit zunehmendem Lebensalter zu sehen, eine höhere Schulbildung spielte zahlenmäßig überhaupt erst bei Frauen unter 25 und bei Männern unter 30 Jahren eine Rolle. In allen Ethnien überwog bei den Frauen der Anteil derer, die keine Schulbildung erhalten hatten, bei den Männern dagegen lag der am häufigsten erreichte Bildungsstand zwischen Standard 5 und 8 der Grundschule.

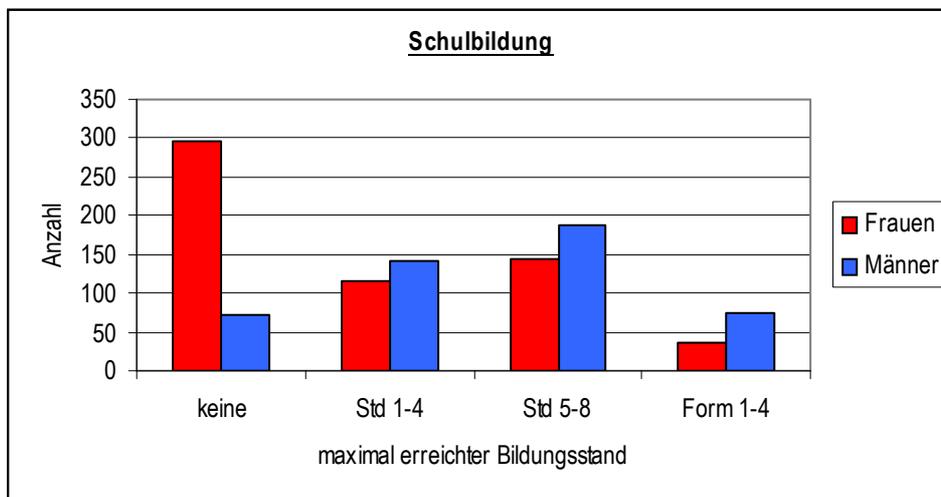


Abb. 5: Schulbildung der Befragten

Religionszugehörigkeit

95% aller Befragten bekannten sich zum christlichen Glauben. Sie gehörten dabei 44 verschiedenen christlichen Denominationen an. Die meisten Mitglieder wies dabei die Römisch Katholische Kirche auf gefolgt von den Sieben Tags Adventisten und der Äthiopischen Kirche. 0,6% bekannten sich zum Islam, 0,2% zur Bahayi-Religion und 4,3% gaben an, keiner Religion oder Naturreligionen anzugehören.

Familienstand

	Männer (n=484)	Frauen (n=593)
ledig	178 (36,8%)	137 (23,1%)
verheiratet	199 (41,1%)	184 (31,0%)
geschieden / getrennt	63 (13,0%)	141 (23,8%)
verwitwet	44 (9,1%)	131 (22,1%)

Verheiratete, geschiedene und verwitwete Personen, wurden danach gefragt, ob sie in einer monogamen oder polygamen Ehe lebten oder zuletzt gelebt hatten. Dabei gaben Frauen eine polygame Beziehung in 24,3%, Männer dagegen nur in 5,5% der Fälle an. Es ist nicht ganz klar, wodurch diese Differenzen in den Angaben zustande kommen. Sie sind sicher zum Teil durch die rein zahlenmäßige Überlegenheit von Frauen in polygamen Beziehungen zu erklären. Eine andere Möglichkeit wäre, dass Frauen auch vermehrt informelle Partnerschaften ihrer Ehemänner in die Definition mit einbezogen.

Ehescheidungen wurden häufig genannt. 28,5% der Befragten hatten vor ihrer letzten Ehe bereits eine oder mehrere gescheiterte Ehe(n) hinter sich. Die höchste Rate fand sich dabei bei verheirateten Männern mit 40,2%.

7,0% der Frauen, die geschieden oder verwitwet waren, gaben an, zur Zeit einen Sexualpartner zu haben. Bei den Männern waren es 15,9%.

Anzahl der Kinder

456 Frauen (76,9%) und 288 Männer (59,5%) gaben an, mindestens ein Kind (gehabt) zu haben. Die durchschnittliche Kinderzahl, ermittelt für Personen mit mindestens einem Kind, betrug für Frauen 5,8 ($s=3,5$; $n=456$) und für Männer

5,6 (s=3,7; n=288). Davon waren zum Zeitpunkt der Befragung im Mittel noch 3,7 (s=2,2; n=456) bzw. 3,8 (s=2,6; n=288) Kinder am leben. 17,5% der ledigen Frauen hatten schon wenigstens ein Kind geboren. Bei den ledigen Männern betrug der Anteil der Väter 6,7%. Unter 397 Frauen, die mehr als ein Kind geboren hatten, hatten 25,4%, Kinder von mehr als einem Mann. Von 249 Männern mit mehr als einem Kind hatten 37,3% Kinder mit mehreren Frauen.

7.2.2 Der erste Sexualkontakt

77 Frauen und 36 Männer hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch keinen Sexualkontakt gehabt. Die verbleibenden 964 Personen (516 Frauen und 448 Männer) wurden zum Zeitpunkt des ersten Koitus befragt.

Alter beim ersten Sexualkontakt

59,1% der Frauen und 91,5% der Männer konnten ihr Alter angeben. Für diese wurde das mittlere Alter beim ersten Sexualkontakt berechnet.

Frauen: $\bar{x}=17,0$ J. ($x_{\min}=9$; $x_{\max}=26$; $m=17$; $s=2,9$; $n=305$)

Männer: $\bar{x}=19,2$ J. ($x_{\min}=10$; $x_{\max}=38$; $m=18$; $s=5,4$; $n=410$)

15,7% der Frauen und 16,1% der Männer gaben an, bei ihrem ersten Sexualkontakt jünger als 15 Jahre gewesen zu sein. In der Gruppe der <15 – 20 jährigen hatten 53,4% der Frauen und 76,1% der Männer bereits sexuelle Erfahrung.

Das Alter beim ersten Sexualkontakt war abhängig vom derzeitigen Alter der Teilnehmer (4-Stichproben-Median-Test Frauen: $\chi^2=17,53$; Männer: $\chi^2=144,98$) Vor allem bei den Männern, aber auch bei Frauen, berichteten jüngere Kohorten im Durchschnitt eine frühere sexuelle Aktivität als ältere (Abb. 6).

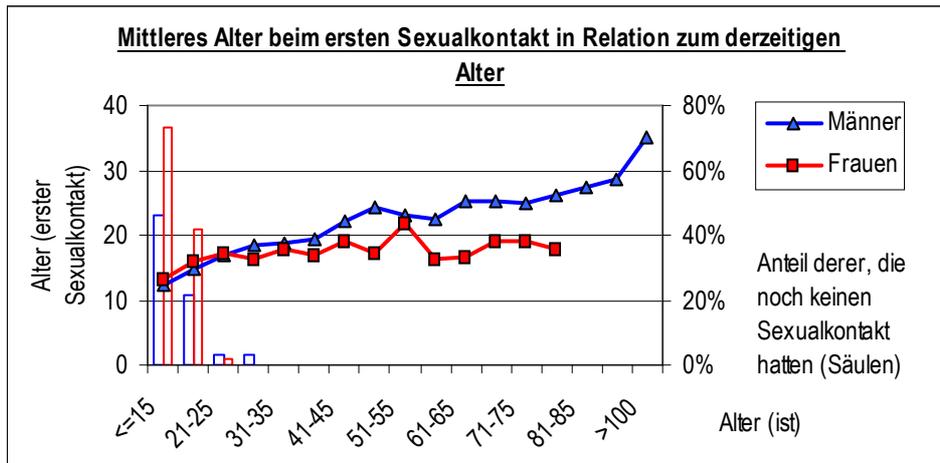


Abb. 6: Mittleres Alter beim ersten Sexuakontakt in Relation zum derzeitigen Alter

Unterschiede ergaben sich zwischen Männern, die keine oder nur Grundschulbildung hatten und solchen mit höherer Schulbildung (Median-Test: $\chi^2=16,27$). Männer mit höherem Bildungsniveau gaben ihren ersten Sexuakontakt im Mittel früher an als Männer mit niedrigem Bildungsniveau. Bei Frauen war es umgekehrt (nicht signifikant) (Abb. 7).

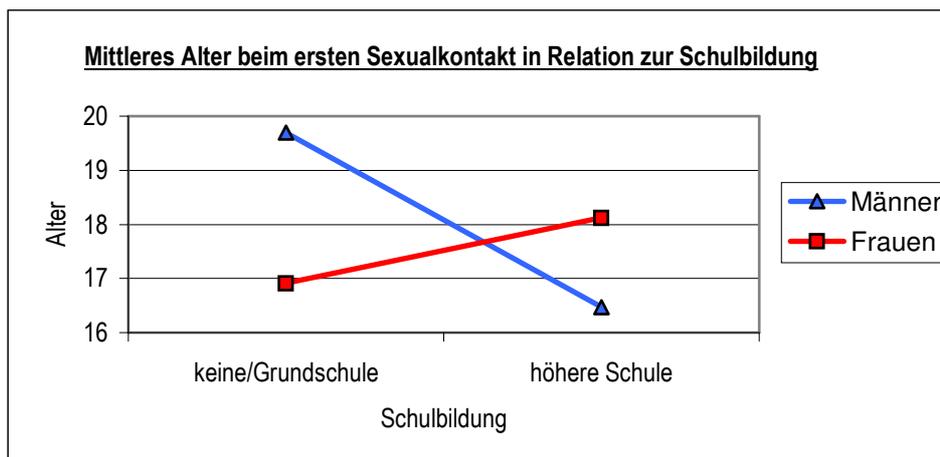


Abb. 7: Mittleres Alter beim ersten Sexuakontakt in Relation zur Schulbildung

Signifikante Unterschiede zeigten sich für Frauen, jedoch nicht für Männer, hinsichtlich der Zugehörigkeit zu einer matrilinearen oder patrilinearen Ethnie¹⁴ (Median-Test: $\chi^2=12,91$). Frauen berichteten eine im Durchschnitt frühere sexuelle Aktivität, wenn sie einer matrilinearen Ethnie angehörten (Frauen: $\bar{x}_{mi}=16,1$ J., $\bar{x}_{pi}=17,7$ J.).

Menarche und erster Sexualkontakt

Von allen Frauen (n=593) gaben 79 (13,3%) an, der erste Sexualkontakt habe vor der Menarche¹⁵ stattgefunden. Dabei lagen die matrilinearen Ethnien (n=242) mit 21,6% anteilmäßig deutlich über den patrilinearen (n=327) mit 7,3% (χ^2 -Vierfelder-Test: $\chi^2=24,41$). Die Praxis überwog bei Lomwe und Khokhola in den höheren Altersgruppen, war aber auch bei den <30jährigen noch etwa doppelt so häufig anzutreffen wie bei Frauen aus patrilinearen Ethnien. Ein Zusammenhang mit der Schulbildung konnte dagegen nicht nachgewiesen werden.

Der erste Sexpartner / die erste Sexpartnerin

Frauen gaben als ihren ersten Sexpartner mehrheitlich ihren Ehemann oder zukünftigen Ehemann an (77,9%), an zweiter Stelle einen festen Freund (22,1%). Bei Männern war dagegen die erste Sexpartnerin nur in 31,5% die Ehefrau oder zukünftige Ehefrau. 63,8% hatten ihren ersten Sexualkontakt mit

¹⁴ Im Folgenden werden unter matrilinearen Ethnien Lomwe und Khokhola (zuzüglich 26 Mang'anja aus Machokola und Nzundu), unter patrilinearen Ethnien Sena und die übrigen Mang'anja zusammengefasst. Sonstige bleiben unberücksichtigt.

¹⁵ mittleres Alter bei der Menarche $\bar{x}=15,0$ J. (s=1,5; n=379)

einer festen Freundin und 2,7% mit einer Partnerin, zu der sie in keiner festen Beziehung standen.

7.2.3 Voreheliche Sexualkontakte

Häufigkeit vorehelicher Sexualkontakte

Vorehelicher Sexualkontakt (veSk) wurde von 22,1% der Frauen (n=593) und 66,9% der Männer (n=484) berichtet. Der höchste Anteil fand sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern in der Gruppe der Ledigen.

	Frauen mit veSk	Männer mit veSk
ledig	43,8% (n=137)	79,8% (n=178)
verheiratet	21,2% (n=184)	62,8% (n=199)
geschieden / getrennt	17,7% (n=141)	60,3% (n=63)
verwitwet	5,3% (n=131)	43,2% (n=44)

Bei jungen Menschen fiel eine hohe zahlenmäßige Differenz auf zwischen denen, die über sexuelle Erfahrung berichteten, und denen, die bereits eine Ehe eingegangen waren. In der Gruppe der 16-20jährigen Frauen hatten dies 27,7%, während aber 58,4% schon Sexualkontakt hatten. Bei Männern fiel der Unterschied zwischen den beiden Kategorien noch deutlicher aus: von 121 waren nur 8,3% jemals verheiratet, sexuell aktiv zu sein, berichteten dagegen 78,5%.

Ein signifikanter Zusammenhang bestand mit dem derzeitigen Alter (4x2-Felder- χ^2 -Test Frauen: $\chi^2=75,94$; Männer: $\chi^2=73,25$). Mit zunehmendem Alter nahm die Häufigkeit vorehelichen Sexualverkehrs sowohl bei Männern als auch bei Frauen ab (Abb. 8).

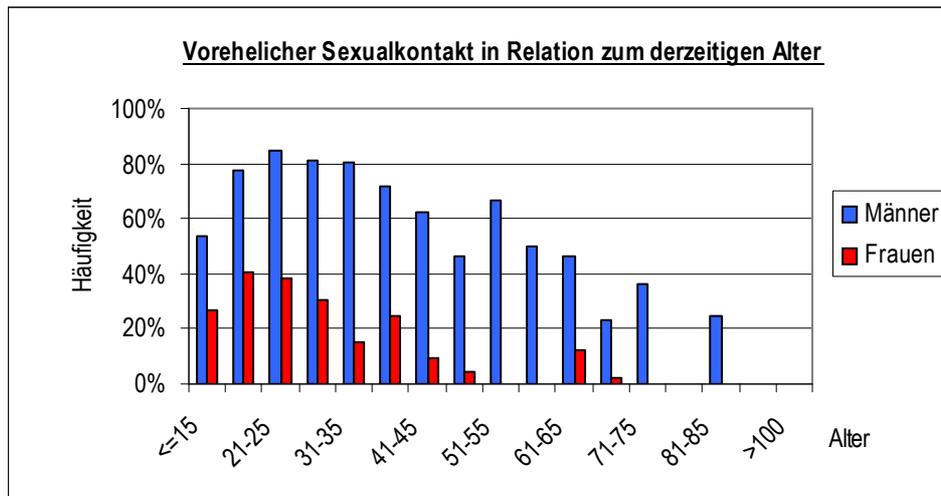


Abb. 8: Vorehelicher Sexualkontakt in Relation zum derzeitigen Alter

Ein enger Zusammenhang bestand sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit dem jeweils erreichten Bildungsniveau (4x2-Felder- χ^2 -Test Frauen: $\chi^2=52,66$; Männer: $\chi^2=33,46$). Mit zunehmender Schulbildung stieg die Häufigkeit vorehelichen Sexualverkehrs an (Abb. 9).

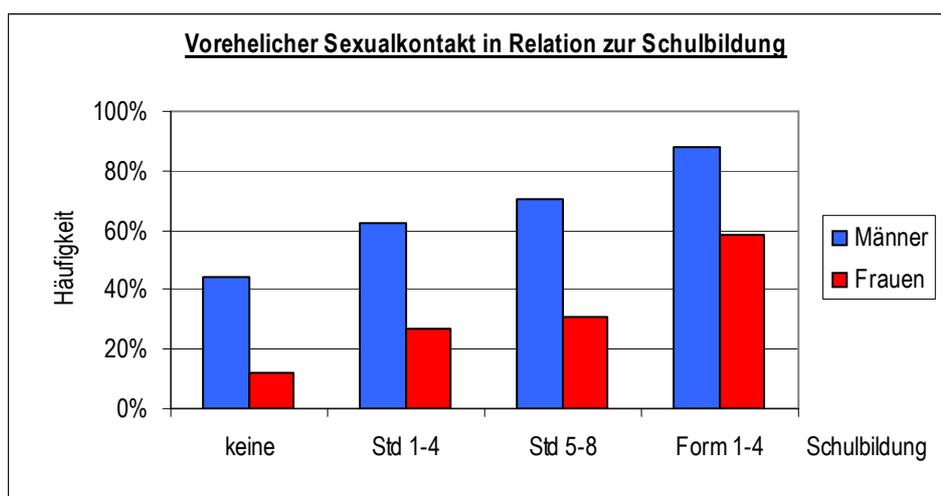


Abb. 9: Vorehelicher Sexualkontakt in Relation zur Schulbildung

Ein signifikanter Zusammenhang bestand bei Frauen auch zur Ethnienzugehörigkeit (χ^2 -Vierfeldertest: $\chi^2=5,43$). Matrilineare Frauen hatten häufiger vorehelichen Sexualkontakt als patrilineare (26,9% versus 18,7%). Für Männer hingegen ließ sich ein solcher Zusammenhang nicht nachweisen.

Anzahl vorehelicher Partner / Partnerinnen

Angaben zur Anzahl vorehelicher Partner(innen) reichten bei Frauen von null bis acht, bei Männern von null bis 25+. Der Median lag für Frauen bei null Partnern und für Männer bei einer Partnerin (Tabelle 3).

Tabelle 3: Anzahl vorehelicher Partner und Partnerinnen

	Anzahl vorehelicher Partner(innen)					
	0	1	2	3	4	μ5
Frauen (m=0; Q ₃ -Q ₁ =0; n=593)	462 (77,9%)	105 (17,7%)	15 (2,5%)	7 (1,2%)		2 (0,3%)
Männer (m=1; Q ₃ -Q ₁ =3; n=484)	160 (33,1%)	108 (22,3%)	63 (13,0%)	47 (9,7%)	31 (6,4%)	71 (14,7%)

keine Angaben von 2 Frauen und 4 Männern

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern hatten Bildungsstand und Ethnienzugehörigkeit keinen signifikanten Einfluss auf die Anzahl vorehelicher Partner(innen).

7.2.4 Außereheliche Sexualkontakte

Häufigkeit außerehelicher Sexualkontakte

Diesbezügliche Daten wurden von 456 Frauen und 306 Männern erhoben, die verheiratet, geschieden oder verwitwet waren. 17 Frauen (3,7%) und 83 Männer (27,1%) gaben an, außerehelichen Sexualkontakt (aeSk) gehabt zu haben. Am häufigsten fand sich das Verhalten bei geschiedenen Frauen und bei verwitweten Männern.

	Frauen mit aeSk	Männer mit aeSk
verheiratet	2,2% (n=184)	26,6% (n=199)
geschieden / getrennt	7,8% (n=141)	27,0% (n=63)
verwitwet	1,5% (n=131)	29,5% (n=44)

Die Angaben zu außerehelichem Sexualverkehr korrelierten nicht mit dem derzeitigen Alter. Hinsichtlich der Ethnienzugehörigkeit waren die Differenzen nicht signifikant. Der Bildungsstand schien lediglich bei Männern das diesbezügliche Verhalten zu beeinflussen. Männer die einen höheren Grad an Schulbildung (Std 5-8/Form 1-4) erreicht hatten, nannten öfter außereheliche sexuelle Beziehungen als Männer mit niedrigerem Bildungsniveau (keine Schulbildung/Std 1-4): 36,8% gegenüber 21,0% (χ^2 -Vierfeldertest: $\chi^2=9,11$). Prozentual fanden sich entsprechende Angaben am häufigsten bei Männern mit Std 5-8 (39,4%).

Anzahl außerehelicher Partner / Partnerinnen

Angaben zur Anzahl außerehelicher Partner(innen) reichten bei Frauen von null bis fünf, bei Männern von null bis zehn. Der Median lag sowohl für Frauen als auch für Männer bei null Partner(inne)n (Tabelle 4).

Tabelle 4: Anzahl außerehelicher Partner und Partnerinnen

	Anzahl außerehelicher Partner(innen)					
	0	1	2	3	4	μ 5
Frauen (m=0; Q ₃ -Q ₁ =0; n=456)	439 (96,3%)	13 (2,9%)	3 (0,7%)			1 (0,2%)
Männer (m=0; Q ₃ -Q ₁ =1; n=306)	223 (72,9%)	32 (10,5%)	20 (6,5%)	13 (4,2%)	9 (2,9%)	8 (2,6%)

keine Angaben von 1 Mann

Weder Bildungsstand noch Ethnienzugehörigkeit hatten einen Einfluss auf die Anzahl außerehelicher Partner(innen).

7.2.5 Gesamtzahl der Sexualpartner / -partnerinnen

Alle sexuellen Partner des bisherigen Lebens zusammen genommen reichten die Angaben bei Frauen von null bis acht, bei Männern von null bis 27. Für Frauen lag der Median bei einem Partner, für Männer bei drei Partnerinnen (Tabelle 5).

Tabelle 5: Gesamtzahl der Sexualpartner und -partnerinnen

Gesamtzahl der Sexualpartner(innen)	Frauen (m=1; Q₃-Q₁=1; n=593)	Männer (m=3; Q₃-Q₁=4; n=484)
0	77 (13,0%)	36 (7,4%)
1	279 (47,1%)	103 (21,3%)
2	156 (26,3%)	88 (18,2%)
3	60 (10,1%)	72 (14,9%)
4	12 (2,0%)	49 (10,1%)
5-9	8 (1,3%)	104 (21,5%)
10-14		23 (4,8%)
15-19		4 (0,8%)
≥20		2 (0,4%)

keine Angaben von 1 Frau und 3 Männern

Mit Ausnahme der Nennung „null“, die nur bis 30 J. vorkam, waren die Häufigkeitsangaben unregelmäßig in den verschiedenen Altersgruppen verteilt. Weder Schulbildung noch Ethnienzugehörigkeit hatten einen signifikanten Einfluss auf die Partnerzahl der (sexuell aktiven) Befragten.

7.2.6 Hinweise auf Sexualkontakte mit Prostituierten

Aufgrund mangelnder Abgrenzung des Begriffes Prostitution in Chichewa und daraus resultierender Verständnisprobleme konnten Sexualkontakte mit Prostituierten nicht quantifiziert werden. Es ergab sich jedoch eine Reihe von indirekten Hinweisen, dass solcher Art Sexualkontakte relativ verbreitet sind.

So begründeten beispielsweise 19 der Männer mit positiver STD-Anamnese die Tatsache, dass eine Partnerin nicht behandelt worden war, damit, dass diese ihnen entweder unbekannt oder nicht mehr auffindbar war. Vier erwähnten in

diesem Zusammenhang „Bar-Mädchen“, „Kneipen-Bekanntschaften“ oder „ein Mädchen, das ich auf dem Markt traf“. Eine Frau lieferte eine ebensolche Begründung. Gefragt nach der Motivation für die Benutzung von Kondomen gaben 17 Männer an, es aus Misstrauen, bei fragwürdigem Lebenswandel der Partnerin oder bei Sex mit Gelegenheitspartnerinnen zu tun. Eine der befragten Frauen sagte, sie benutze Kondome immer dann, wenn die Männer, mit denen sie Sex habe, welche dabei hätten, dabei möglicherweise andeutend, dass sie sich als Prostituierte betätigte. Fünf der befragten Männer berichteten, dass sie ihren ersten Sexualkontakt mit einer flüchtigen Bekannten bzw. Gelegenheitssexpartnerin hatten.

7.2.7 Koitusfrequenz

Ledige und verheiratete Personen wurden nach ihrer derzeitigen Koitusfrequenz mit ihrem Partner/Ehepartner gefragt. Geschiedene und verwitwete Personen, sollten angeben, wie häufig sie zuletzt Geschlechtsverkehr mit ihrem letzten Ehepartner hatten. 590 Frauen (99,5%) und 480 Männer (99,2%) konnten die Frage beantworten.

Die Angaben wurden in acht Kategorien zusammengefasst und mit 1 für „nie“ bis 8 für „mehrmals täglich“ kodiert. Im Durchschnitt übten die befragten Personen danach ein bis mehrere Male pro Woche Koitus aus, wobei der Mittelwert für Männer ($\bar{x}=5,49$) geringfügig über dem für Frauen ($\bar{x}=5,09$) lag. 34,4% der Frauen und 37,7% der Männer praktizierten Koitus nach eigenen Angaben täglich. 32,0% der Frauen und 32,7% der Männer hatten mindestens einmal pro Woche Geschlechtsverkehr mit ihrem festen Partner. Die Angaben von mehr als 80% aller Verheirateten fielen in diese beiden Kategorien. (Abb. 10).

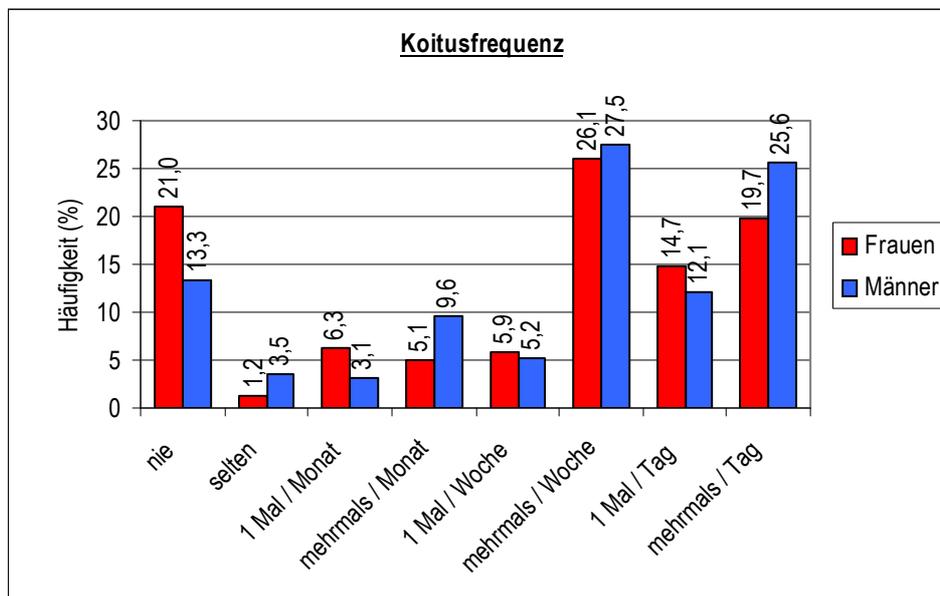


Abb. 10: Koitusfrequenz

7.2.8 Erzwungener Koitus

Von 516 Frauen, die bereits Sexualkontakt hatten, gaben 43 (8,3%) an, mindestens einmal in ihrem Leben zum Koitus gezwungen worden zu sein. 36 davon sagten aus, dass es der erste Sexualkontakt war, der nicht freiwillig erfolgte. 14 Frauen waren bei der Vergewaltigung 15 Jahre oder jünger. Als Täter wurden in der Mehrzahl der Fälle der Ehemann oder Freund genannt. Nur eine Frau gab an, von einem Unbekannten vergewaltigt worden zu sein.

Je höher die Schulbildung um so häufiger berichteten Frauen ein solches Ereignis: ohne Schulbildung 6,6%; Std 1-4 8,7%; Std 5-8 11,5%; Form 1-4 16,7%. Der Zusammenhang war aber nicht signifikant. Derzeitiges Alter und Ethnienzugehörigkeit hatten keinen Einfluss.

Von den befragten Männern, die bereits Sexualkontakt hatten, berichteten 22 (4,9%), schon mindestens einmal eine Frau zum Koitus gezwungen zu haben.

Dabei handelte es sich in der Regel um die Freundin oder Ehefrau. In einem Fall wurde eine flüchtige Bekannte angegeben.

Männer, die 40 Jahre oder jünger waren, gaben eine Vergewaltigung signifikant häufiger an, als ältere Männer: 6,6% versus 1,9% (χ^2 -Vierfelder-Test: $\chi^2=4,8$). Schulbildung und Ethnienzugehörigkeit hatten dagegen keinen Einfluss.

7.2.9 Verwendung von Kondomen

Häufigkeit der Kondombenutzung

Alle bereits sexuell aktiven Personen wurden danach gefragt, ob sie jemals ein Kondom benutzt hatten. 47 Frauen (9,1%; n=516) und 102 Männer (22,8%; n=448) bejahten die Frage.

Die Häufigkeit der Kondombenutzung nahm zu, je jünger die befragten Personen waren (Abb. 11). Der Zusammenhang war signifikant (4x2-Felder- χ^2 -Test Frauen: $\chi^2=45,34$; Männer: $\chi^2=44,19$). Ein häufigerer Gebrauch war auch mit zunehmender Schulbildung zu beobachten (4x2-Felder- χ^2 -Test Frauen: $\chi^2=73,67$; Männer: $\chi^2=46,58$; Abb. 12), während die Zugehörigkeit zu einer matrilinearen oder patrilinearen Ethnie keinen Einfluss hatte.

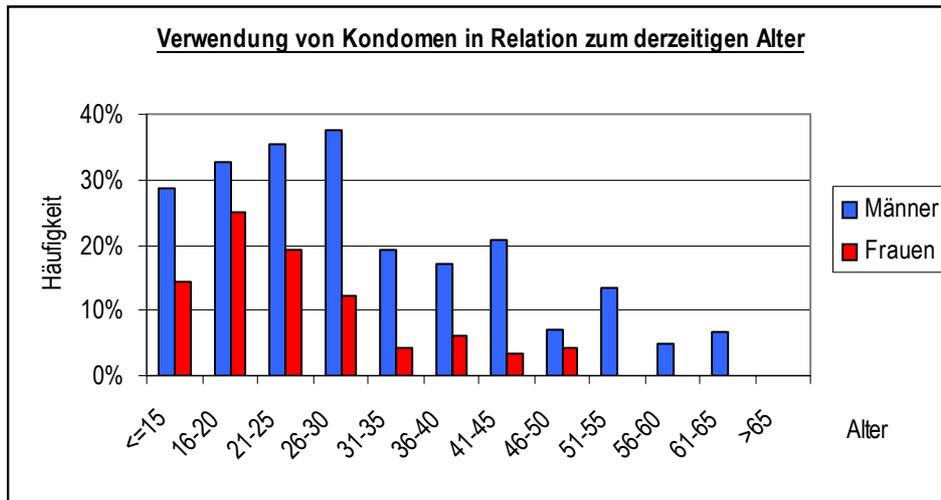


Abb 11: Verwendung von Kondomen in Relation zum derzeitigen Alter

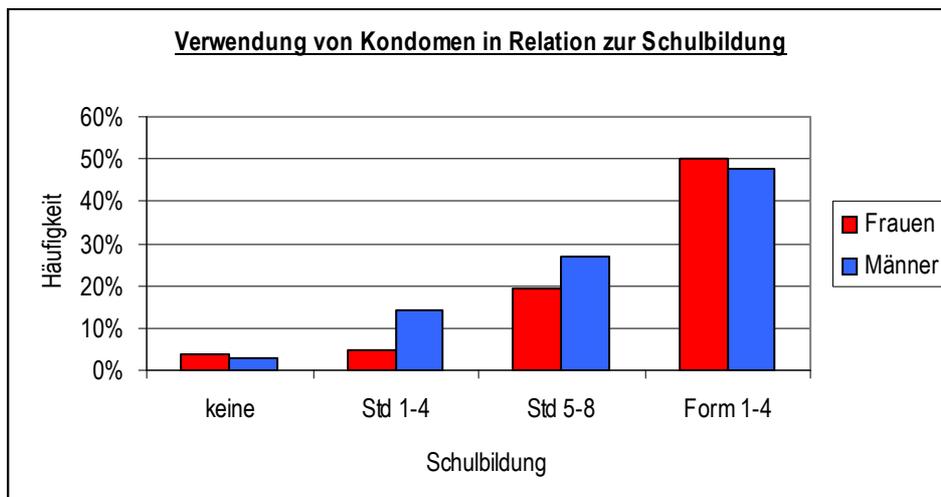


Abb. 12: Verwendung von Kondomen in Relation zur Schulbildung

Begründungen für die Verwendung oder Nicht-Verwendung von Kondomen

Als Gründe für die Nicht-Benutzung von Kondomen wurden von Frauen in erster Linie Unkenntnis (223 Mal), in zweiter die Weigerung des Partners (76 Mal) genannt. Andere Gründe waren eheliche Treue (27 Mal) und

Kinderwunsch oder andere Formen der Kontrazeption (23 Mal). Partnerschaftliche Treue und gegenseitiges Vertrauen stand für Männer an erster Stelle (168 Mal). Danach folgte Unkenntnis von Kondomen selbst (59 Mal) oder einer Bezugsquelle (33 Mal). 19 Frauen und 26 Männer assoziierten die Verwendung von Kondomen mit Untreue und Promiskuität. 11 Personen argumentierten damit, sich sicher vor HIV und STDs gefühlt zu haben. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen wurde häufig mit dem Alter argumentiert. Die betreffende Person hielt sich entweder für zu jung oder zu alt, um Kondome zu benutzen.

Hauptgrund für die Benutzung von Kondomen war für Frauen Kontrazeption (24 Mal). An zweiter Stelle folgte die Prävention von STDs und HIV (14 Mal). Drei hatten Kondome bei außerehelichen Sexualkontakten, entweder eigenen oder denen des Ehemannes verwendet. Bei Männern war der Schutz vor STDs und HIV vorrangig (43 Mal). Danach folgten vor- und außereheliche Sexualkontakte oder Sex mit Gelegenheitspartnerinnen (25 Mal) und Kontrazeption (20 Mal).

7.2.10 Mit Sexualität verknüpfte Rituale

Mit Sexualität verknüpfte Rituale sind im Sinne eines Hochrisikoverhaltens für die Übertragung von HIV/AIDS dann von Interesse, wenn der Sexualpartner dabei nicht der Ehepartner ist. Alle Personen, die bereits Sexualkontakt hatten, wurden daher nach der Durchführung eines solchen Rituals mit einem „Nicht-Ehepartner“ gefragt. Als Beispiele wurden *kutenga mwana* und *kupita kufa* gewählt.

45 Frauen (8,7%; n=516) und 15 Männer (3,3%; n=448) sagten aus, ein solches Ritual mindestens einmal mit einem „Nicht-Ehepartner“ durchgeführt zu haben. Am häufigsten kam dies bei verwitweten Personen vor:

	Frauen	Männer
ledig	6,7% (n=60)	0% (n=142)
verheiratet	2,7% (n=184)	2,0% (n=199)
geschieden / getrennt	5,7% (n=141)	6,3% (n=63)
verwitwet	21,4% (n=131)	15,9% (n=44)

Kupita kufa spielte dabei die größere Rolle (42 von 52 Nennungen bei Frauen und 21 bei Männern). *Kutenga mwana* wurde von Frauen zehnmal, jedoch von Männern überhaupt nicht angegeben. Jeweils fünf Frauen und Männer hatten mehrere Male an *kupita kufa* oder *kutenga mwana* mit einem anderen als ihrem Ehepartner teilgenommen.

Als Gründe für *kupita kufa* führten Frauen am häufigsten den Tod des Ehemannes (35) gefolgt vom Tod eines Kindes (2) und der Mutter (1) sowie einen Abort (1) an. Dreimal wurden Kombinationen von Anlässen genannt. Frauen waren in allen Fällen von *kupita kufa* und *kutenga mwana* selbst von dem Ereignis betroffen.

Männer dagegen waren nur in zehn von 21 Fällen selbst vom Tod eines Angehörigen (Tod der Ehefrau (7) oder des Bruders (3)) betroffen. Die übrigen gaben an, sie seien als Sexualpartner für die entsprechende Zeremonie engagiert worden. Zwei Männer bezeichneten sich dabei selbst als *fisi*.

Als Partner bei den Ritualen wurden die in Tabelle 6 aufgelisteten Personen genannt.

Tabelle 6: Sexualpartner bei *kupita kufa* oder *kutenga mwana*

Sexualpartner bei <i>kupita kufa</i> oder <i>kutenga mwana</i>			
von Frauen	Anzahl	von Männern	Anzahl
männliche Verwandte des Ehemannes (z.B. Bruder, Onkel, Cousin)	26	weibliche Familienmitglieder	6
fremde, nicht verwandte Männer	17	fremde, nicht verwandte Frauen	15
<i>fisi</i>	9		

Die Durchführung eines solchen Rituals mit einem „Nicht-Ehepartner“ wurde signifikant häufiger von Personen über 45 Jahre, Personen mit niedrigerem Bildungsniveau und Personen aus einer patrilinearen Ethnie angegeben:

	≤45 Jahre	>45 Jahre	
Männer	1,9%	6,9%	(Fischer-Yates-Test: p=0,0109)
Frauen	4,6%	15,6%	(χ^2 -Vierfelder-Test: $\chi^2=18,31$)
	keine Schulb./ Std 1-4	Std 5-8/ Form 1-4	
Männer	5,3%	1,7%	(Fischer-Yates-Test: p=0,0335)
Frauen	10,9%	1,7%	(χ^2 -Vierfelder-Test: $\chi^2=9,96$)

	matrilinear	patrilinear	
Männer	0%	5,8%	(Fischer-Yates-Test: $p=0,0003$)
Frauen	3,3%	12,3%	(χ^2 -Vierfelder-Test: $\chi^2=12,89$)

7.2.11 „Dry Sex“

Sogenannter „Dry Sex“, d.h. das Einführen von adstringierenden und austrocknenden Kräutern in die Vagina, spielte bei den befragten Frauen kaum eine Rolle. Nur 13 Frauen (2,5%; $n=516$) machten eine solche Angabe. Davon hatte nur knapp die Hälfte die Kräuter für die sexuelle Befriedigung des Mannes genutzt. Für die übrigen dienten sie als Mittel gegen vaginalen Ausfluss oder um schwanger zu werden.

7.2.12 Sexuell übertragbare Krankheiten (STDs)

Alle Personen, die bereits Sexualkontakt hatten, wurden gefragt, ob sie jemals an einer sexuell übertragbaren Krankheit gelitten hatten. Die Fragestellung richtete sich dabei nach dem „Syndromic Approach“. Zusätzlich wurde für Syphilis und HIV/AIDS nach einem positiven Labortestergebnis gefragt.

8,7% der Frauen ($n=516$) und 14,5% der Männer ($n=448$) beantworteten mindestens eine der Fragen mit „ja“. Mehrfachnennungen waren häufig. Mehr als ein Drittel der Betroffenen gab an, positiv für Syphilis getestet worden zu sein. Dagegen nannten nur jeweils eine Frau und ein Mann einen positiven HIV-Test¹⁶ (Tabelle 7).

¹⁶ Verwitwete Personen, die nach der Todesursache bei ihrem verstorbenen Ehepartner gefragt wurden, gaben AIDS in keinem Fall an.

Tabelle 7: Angaben zu STDs und HIV/AIDS („syndromic approach“ und Testergebnisse)

Angaben zu STDs und HIV/AIDS					
Frauen		Anzahl	Männer		Anzahl
Ulcer genitalis		16	Ulcer genitalis		21
genitale Warzen		7	genitale Warzen		5
vaginaler Ausfluss		21	Ausfluss aus der Urethra		30
Unterbauchschmerzen / Fieber		17	Schwellung inguinaler Lymphknoten		11
Schwellung inguinaler Lymphknoten		1	Syphilis (VDRL pos. getestet)		25
Syphilis (VDRL pos. getestet)		15	HIV/AIDS (Test pos.)		1
HIV/AIDS (Test pos.)		1			
Mehrfachnennungen	2 Sympt./ STDs	5	Mehrfachnennungen	2 Sympt./ STDs	12
	3 Sympt./ STDs	4		3 Sympt./ STDs	8
	4 Sympt./ STDs	1			
	5 Sympt./ STDs	3			
	6 Sympt./ STDs	1			

Die Häufigkeitsangaben waren unabhängig von der Ethnienzugehörigkeit, unterschieden sich aber signifikant in den jeweiligen Altersgruppen (4x2-Felder- χ^2 -Test Frauen: $\chi^2=13,06$; Männer: $\chi^2=16,61$). Die höchsten Angaben fanden sich bei 31-45jährigen mit 15,9% (Frauen) und 25,6% (Männer). Hinsichtlich der

Schulbildung berichteten Männer mit Std 5-8 am häufigsten eine Erkrankung (21,6%). Unterschiede zwischen den einzelnen Bildungsgruppen waren dabei signifikant (4x2-Felder- χ^2 -Test: $\chi^2=13,38$). Dies galt allerdings nicht für Frauen.

Ein hoher Prozentsatz der Betroffenen (97% der Männer und 91% der Frauen) hatte eine medizinische Behandlung für ihre venerische Erkrankung erhalten. Die Partnermitbehandlung lag mit 43% bei den Männern deutlich niedriger als bei den Frauen (82%).

7.2.13 Zusammenfassung der Ergebnisse

Es wurden 593 Frauen und 484 Männer aus dem Einzugsbereich des Trinity Hospitals Muona mittels eines standardisierten Interviews zu ihrem Sexualverhalten befragt. Die Personen verteilten sich zu 95% auf vier verschiedene Ethnien. 39% der Befragten gehörten den matrilinearen Lomwe und Khokhola und 56% den patrilinearen Sena und Mang'anja (ausgenommen 26 matrilineare Personen) an. Im Mittel waren die Frauen 37,4 J. und die Männer 35,5 J. alt. Mehr als die Hälfte der Befragten war 30 Jahre oder jünger. Fast die Hälfte der Frauen hatte keine Schulbildung, während der am häufigsten genannte Bildungsstand bei Männern Grundschule (Std 5-8) war (39%). Eine höhere Schulbildung spielte zahlenmäßig erst bei Frauen unter 25 J. und bei Männern unter 30 J. eine Rolle.

Der Zeitpunkt des ersten Sexualkontaktes wurde von Frauen im Durchschnitt zwei Jahre früher als von Männern angegeben. Obwohl das mittlere Alter 17,0 J. respektive 19,2 J. betrug, lag der früheste Beginn sexueller Aktivität bereits bei neun (Frauen) und zehn (Männer) Jahren. Rund 16% der Befragten sagten aus, sie seien beim ersten Sexualkontakt jünger als 15 Jahre gewesen. Die Hälfte der Frauen und drei Viertel der Männer unter 21 J. hatten bereits sexuelle Erfahrung. Für 13% der Frauen lag der erste Sexualkontakt noch vor der Menarche.

Vorehelichen Sexualkontakt berichteten 22% der Frauen (n=593) und 67% der Männer (484). Davon hatte die Mehrzahl der Frauen und ein Drittel der Männer nur eine(n) Partner(in). 15% der Männer (n=484) gaben aber auch mehr als fünf voreheliche Partnerinnen an. Außerehelichen Sexualkontakt berichteten lediglich knapp 4% der Frauen (n=456), jedoch 27% der Männer (n=306). Wenn überhaupt, berichteten Frauen von vier Ausnahmen abgesehen nur einen außerehelichen Partner. Von den Männern mit außerehelichen Beziehungen gaben zwei Drittel zwei oder mehr und bis zu zehn Partnerinnen an. Die Gesamtzahl der Sexualpartner(innen) belief sich bei Frauen auf bis zu acht mit einem Median von einem Partner, bei Männern auf bis zu 27 mit einem Median von drei Partnerinnen.

Im Durchschnitt gaben die befragten Personen eine Koitusfrequenz von ein bis mehrere Male pro Woche an. Mehr als ein Drittel der Befragten hatte nach eigenen Aussagen täglich Geschlechtsverkehr mit ihrem festen Partner (dies galt für Geschiedene und Verwitwete für die jeweils letzte eheliche Beziehung).

Über 8% der Frauen berichteten, mindestens einmal im Leben zum Koitus gezwungen worden zu sein. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich dabei um den ersten Sexualkontakt. Täter war in der Regel der Freund oder (zukünftige) Ehemann. 5% der befragten Männer bestätigten, schon mindestens einmal eine Frau vergewaltigt zu haben.

Kondome fanden kaum Verwendung. Nur 9% der Frauen und 23% der Männer hatten jemals ein Kondom benutzt. Die Mehrzahl der Frauen und immerhin 13% der Männer begründeten dies damit, Kondome nicht zu kennen. Ein weiterer Hinderungsgrund war die Assoziation von Kondomen mit Untreue und Promiskuität.

Knapp 9% der Frauen und 15% der Männer berichteten, schon einmal an einer sexuell übertragbaren Krankheit gelitten zu haben. Mehr als ein Drittel der Betroffenen gab dabei an, positiv für Syphilis getestet worden zu sein, während nur zwei Personen einen positiven HIV-Test nannten.

Sogenannter „Dry Sex“ spielte bei den Befragten offenbar kaum eine Rolle. Nur 13 Frauen hatten jemals adstringierende Substanzen intravaginal angewendet, mehr als die Hälfte davon zu medizinischen Zwecken.

Knapp 9% der Frauen und 3% der Männer bestätigten, bei einem Ritual wie *kupita kufa* oder *kutenga mwana* Sex mit einem anderen als ihrem Ehepartner gehabt zu haben. Betroffen waren vor allem verwitwete Personen. Während Frauen immer selbst von dem zugrunde liegenden Ereignis betroffen waren, wurden Männer häufig - auch gegen Bezahlung - als Sexualpartner verpflichtet.

Der Einfluss dreier Größen, Bildung, Alter und Zugehörigkeit zu einer matrilinearen oder patrilinearen Ethnie, wurde untersucht. Ob und in welche Richtung sie das Sexualverhalten der Befragten beeinflussten, ist gemeinsam mit einer Kurzzusammenfassung der Ergebnisse noch einmal in Tabelle 8 dargestellt.

Legende zu Tabelle 8:

	Frauen / Männer
	Tendenzen zu risikoreicherem Verhalten
	Zu-/Abnahme des untersuchten Merkmals
	kein Einfluss
ml / pl	matrilinear / patrilinear

Tabelle 8: Die wichtigsten Ergebnisse zum Sexualverhalten und Einfluss von Bildung, Alter und Abstammungssystem d. Ethnie

Ergebnisse			Ethnie				Bildung				Alter			
			ml		pl		↑		↓		↑		↓	
♀	♂		♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
$\bar{x}=17,0$ J.	$\bar{x}=19,2$ J.	Alter 1. Sexualkontakt	↓	↔	↑	↔	↑	↓	↓	↑	↑	↑	↓	↓
13,3%		1. Sexualkontakt vor Menarche - Häufigkeit	↑		↓		↔		↔					
22,1%	66,9%	Häufigkeit vorehel. Sexualkontakte	↑	↔	↓	↔	↑	↑	↓	↓	↓	↓	↑	↑
0-8 m=0	0-25+ m=1	Anzahl vorehel. Partner	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔				
3,7%	27,1%	Häufigkeit außerehel. Sexualkontakte	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↓	↔	↔	↔	↔
0-5 m=0	0-10 m=0	Anzahl außerehel. Partner	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔				
0-8 m=1	0-27 m=3	Gesamtzahl d. Sexualpartner	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
1-mehrere	Male/Wo.	mittlere Koitusfrequenz												
als Opfer 8,3%	als Täter 4,9%	Häufigkeit von Vergewaltigungen	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓	↔	↑
8,7%	3,3%	Häufigkeit v. ritualisiertem Sex mit Nicht-Ehepartner	↓	↓	↑	↑	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↓	↓
9,1%	22,8%	Häufigkeit von Kondombenutzung	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↓	↓	↓	↓	↑	↑
8,7%	14,5%	Häufigkeit von STDs	↔	↔	↔	↔	↔	↑ (Std 5-8)	↔				↑ (31-45)	↑ (31-45)
2,5%		Häufigkeit von „Dry Sex“												

8 Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse sind die Resultate aus der Befragung zweier verschiedener Gruppen, zum einen der Repräsentanten der aufgesuchten Dörfer und zum anderen der Dorfbewohner. Als Führungs- und Respektspersonen wurden erstere aufgefordert, die im Dorf gültigen und allgemein praktizierten traditionellen Vorstellungen und Normen im Zusammenhang mit Sexualität zu beschreiben. Letztere sollten Auskunft zu ihrem eigenen Sexualeben geben.

Validitätsprobleme ergeben sich durch die gewählte Methode der Befragung. Die Ergebnisse sind nicht notwendigerweise ein Abbild der objektiven Realität, sondern geben die subjektive Einschätzung bzw. Meinung des jeweils Befragten wieder. Auch können die äußeren Bedingungen einer Befragungssituation die Qualität der erhobenen Daten beeinflussen. Insbesondere die Persönlichkeit des Interviewers kann dazu führen, dass der Befragte so antwortet, wie es seiner Meinung nach von ihm erwartet wird (Henecka 2000). In diesem Fall kamen die Interviewer von einer medizinischen Institution, die außerdem einer christlichen Missionsstation angeschlossen war. Es ist daher denkbar, dass Aspekte sexuellen Verhaltens, von denen bekannt ist, dass sie von der Kirche nicht toleriert (z.B. die Verwendung von Kondomen, vor- oder außerehelicher Sexualverkehr, *kusasa fumbi*) oder von der Schulmedizin nicht gutgeheißen werden (z.B. *kupita kufa*) abweichend von der Realität zu wenig berichtet wurden. Darüberhinaus werden Menschen in ihrem Antwortverhalten auch durch innere Bezugsgrößen und Vergleichsmaßstäbe (Kluge, Sonnenmoser 2002), wie sie durch traditionelle Normen und Wertvorstellungen gesetzt werden, geleitet. Dies könnte beispielsweise dazu geführt haben, dass vor allem Frauen außereheliche Sexualkontakte zu niedrig angaben. Allerdings wirken diese Einflüsse nicht alle in die gleiche Richtung. So wird der Gebrauch von Kondomen von der Kirche zwar abgelehnt, von der Schulmedizin jedoch als Präventionsmaßnahme gegen AIDS empfohlen; *kupita kufa* ist als

Risikoverhalten medizinisch zwar nicht vertretbar, ist aber nach dem Tod eines Menschen immer noch ein starkes traditionelles Gebot.

Ist der Interviewer den Befragungsteilnehmern bekannt und wird er einer bestimmten Einrichtung zugeordnet, kann dies aber auch von Vorteil sein, und zwar dann, wenn er durch sein Ansehen und das der Institution einen Vertrauensvorschuss genießt. Er trifft damit vermutlich auf eine größere Aufgeschlossenheit und Bereitwilligkeit, an einer Befragung zu einem so sensitiven Thema wie Sexualität teilzunehmen, wenn nicht sogar ihre Durchführung durch die Vorbedingung des Vertrauens überhaupt erst ermöglicht wird.

Hinsichtlich der Repräsentativität für die Gesamtbevölkerung der Region ergeben sich aus verschiedenen Gründen einige Einschränkungen. Durch das Prinzip der Freiwilligkeit wurden zunächst einmal nur Personen erfasst, die motiviert waren, an einem solchen Interview teilzunehmen. Bedingt durch fehlende Fahrstraßen und die Lage einzelner Dörfer in Überflutungsgebieten waren nicht alle Gebiete der Untersuchungsregion zugänglich. So konnten zum Beispiel Dörfer der TA Thukuta und Dörfer innerhalb des Kalulu Forest Reserve nicht aufgesucht werden. Da keine statistischen Angaben zur Ethnienverteilung in der Untersuchungsregion vorlagen, war eine bezüglich der Ethnie repräsentative Stichprobenziehung nicht möglich. Es wurde aber versucht, den unterschiedlichen Bevölkerungsmehrheiten in den jeweiligen Subregionen Rechnung zu tragen, so dass die Ethnienverteilung in den Stichproben den tatsächlichen Gegebenheiten nahekommen dürfte. Soziodemographische Daten für die Region unterschieden sich je nach Quelle (Demographic and Health Survey 2000 bzw. Census 1998) zum Teil beträchtlich und waren aufgrund unterschiedlicher Grundgesamtheiten und Erhebungstechniken nicht vergleichbar. Dennoch lässt sich feststellen, dass Altersverteilung und Bildungsstand der Stichprobe (Gruppe 2) in etwa die tatsächlichen Verhältnisse wiedergeben, die Verteilung des Familienstandes in Gruppe 2 aber wahrscheinlich nicht der der Gesamtbevölkerung der Untersuchungsregion

entspricht. Gemäß den Daten des Census 1998 wurden zu viele geschiedene und verwitwete Personen und zu wenig verheiratete erfasst (National Statistical Office (Malawi) 2000).

Aus oben genannten Gründen können die Ergebnisse der strukturierten Interviews demnach nicht ohne weiteres verallgemeinert werden, spiegeln aber Aussagen zum Sexualverhalten von mehr als 2% der erwachsenen Bevölkerung in der Untersuchungsregion wider.

Vorbehaltlich der obigen Einschränkungen sollen die Ergebnisse der beiden Befragungen schließlich anhand der eingangs gestellten Fragen erörtert werden.

1. Was sind die traditionellen Wertvorstellungen und Normen bezüglich Sexualität?

Die Ergebnisse der Interviews mit den Dorfrepräsentanten machen deutlich, dass die traditionelle Wahrnehmung, die Sexualität in den Dienst von Reproduktion und sozialer Kontinuität im Sinne des Fortbestands der eigenen Abstammungslinie stellt (Caldwell et al. 1989; Chakanza 2002), offenbar auch heute noch Gültigkeit hat. Obwohl Ehen den Aussagen der Befragten zufolge kaum noch arrangiert werden, sind die je nach matrilinearem oder patrilinearem Kontext differierenden Ehesysteme ungeachtet einer fast durchgängigen Christianisierung weitgehend unverändert in Gebrauch. Kinder „gehören“ entweder zur väterlichen oder zur mütterlichen Verwandtschaft, ein Hinweis darauf, dass der Kernfamilie aus Eltern und Kindern im westlichen Sinne wenig Bedeutung beigemessen wird. Generell wird Sexualität ein hoher Stellenwert eingeräumt. Sex wird als notwendiges Element einer gut funktionierenden Ehe angesehen, als etwas, das in der Natur des Menschen liegt und dem er sich nicht entziehen kann. Die Nennung von *mdulo*-Symptomen auf Fragen nach Konsequenzen für ein sexuelles Fehlverhalten, lässt erkennen, dass das

System der *mdulo*-Tabus bis heute den Moralkodex darstellt, an dem sexuelles Verhalten gemessen wird. Übergangsriten, deren Zweck der Schutz und Erhalt der Fertilität des Einzelnen und der Gemeinschaft ist, sind den Befragten zufolge immer noch aktuell und werden allgemein praktiziert.

Unter dem Gesichtspunkt HIV/AIDS betrachtet, scheinen die traditionellen Normen grundsätzlich einen passenden Rahmen für ein risikoarmes Verhalten zu bieten, indem sie vorehelichen und außerehelichen Sexualverkehr nicht billigen. Dies wird aber in Frage gestellt durch bestimmte Rituale, die Sex in zum Teil höchst riskanter Weise involvieren. Als Beispiel sei hier *kupita kufa* genannt, wobei unter bestimmten Umständen (z.B. Tod eines Ehepartners) die Einschaltung eines fremden Sexpartners, notfalls in Gestalt eines *fisi*, erforderlich wird. Dies ist besonders prekär in Zeiten, wo HIV/AIDS in den Ländern des südlichen Afrika zur Haupttodesursache geworden ist (UNAIDS 2001 a) und damit gerechnet werden muss, dass das Virus auf direktem Wege von dem hinterbliebenen Ehepartner an den jeweiligen Sexpartner weitergegeben wird. Was das Verbot vorehelichen Sexualverkehrs angeht, fällt das *kusasa fumbi*-Ritual traditionellerweise nicht darunter und so wird zumindest der frühzeitige Beginn sexueller Aktivität durch die Pubertätsriten festgelegt.

2. Inwieweit orientiert sich das tatsächliche Verhalten daran?

Die bedeutende Rolle, die Sex den Aussagen der Dorfrepräsentanten zufolge im Alltag spielt, wurde durch die Aussagen zur Koitusfrequenz bestätigt. Mehr als ein Drittel der Befragten gab an, täglich Geschlechtsverkehr mit dem festen Partner (gehabt) zu haben und ein weiteres Drittel tat dies mindestens einmal in der Woche.

Das Verbot außerehelicher sexueller Beziehungen schien ein großer Teil der Befragten zu befolgen. Zumindest gaben dies mehr als 95% der Frauen so an.

Männer hielten nach eigenen Angaben die eheliche Treue deutlich seltener ein, aber auch unter ihnen waren es noch mehr als 70%. Anders sieht es offenbar mit vorehelichem Sex aus. Die Klagen der Dorfrepräsentanten, dass vor allem jüngere Leute die Regeln nicht mehr beachteten, wurden gestützt durch die Aussagen der Befragten aus Gruppe 2: Je jünger die befragten Personen waren, um so häufiger gaben sie vorehelichen Sex an und um so früher lag der Beginn sexueller Aktivität. Die Angaben zum Einstiegsalter deckten sich mit denen aus anderen Ländern Sub-Sahara-Afrikas, lagen innerhalb dieser Grenzen aber vergleichsweise spät (vgl. 2.3.1). Vorehelicher Sex wurde mit 22% (Frauen) respektive 67% (Männer) jedoch weit häufiger berichtet als zum Beispiel in ländlichen Regionen Ruandas, wo dies nur für 10% der Frauen und 17% der Männer zutraf (Caraël et al. 1991). Vergleichbar mit Ländern wie Kenia oder Sambia bestand in den jüngeren Altersgruppen eine hohe Differenz zwischen dem Anteil derer, die verheiratet und derer, die bereits sexuell aktiv waren (vgl. 7.2.3), eine Konstellation, die in Afrika charakteristisch ist für Länder mit hoher HIV-Prävalenz (UNAIDS 2000 a).

Unter den befragten Dorfrepräsentanten war es allgemeiner Konsens, dass sexuelle Gewalt innerhalb einer Ehe oder festen Beziehung nicht als Vergewaltigung gilt und traditionellerweise toleriert und akzeptiert wird. Diese Haltung unterstreicht das Machtungleichgewicht zwischen Männern und Frauen und lässt vermuten, dass Frauen wenig Unterstützung erfahren, wenn sie sich den sexuellen Wünschen ihrer Partner widersetzen. Die Inzidenz solcher Vorfälle ist den Befragungsergebnissen zufolge relativ hoch. 8,3% der Frauen (USA 7,8%, Abma et al. 1997) sagten aus, schon einmal zu Sex gezwungen worden zu sein. Bei den meisten von ihnen betraf dies den ersten Sexualkontakt. Auf Seiten der Männer gaben immerhin 5% offen zu, in dieser Weise agiert zu haben. Bezeichnenderweise standen Opfer und Täter in der Mehrzahl der Fälle in einer engen Beziehung (meist Freund und Freundin oder Ehemann und Ehefrau).

Traditionelle Bräuche, die mit Sexualität assoziiert sind, werden nach den Aussagen der Dorfrepräsentanten vielfach noch beachtet. Wegen des damit verknüpften Risikos einer HIV-Übertragung wurde in der Befragung der Dorfbewohner exemplarisch nur auf solche Episoden von *kupita kufa* und *kutenga mwana* eingegangen, in denen der Sexpartner nicht der Ehepartner war. Dabei wurde deutlich, dass im Gegensatz zu dem vorgeschriebenen Reinigungsritual beim Tod eines Menschen (*kupita kufa*) in das *kutenga mwana*-Ritual nur selten ein fremder Partner involviert war. Insgesamt hatten 6% aller sexuell Aktiven an einer solchen Zeremonie im Sinne der Fragestellung teilgenommen. 18% aller Verwitweten hatten *kupita kufa* für ihren verstorbenen Ehepartner mit einem eigens dafür engagierten Partner durchgeführt. Frauen berichteten ein derartiges Ritual sehr viel häufiger als Männer und waren von dem auslösenden Ereignis immer selbst betroffen, während etwa die Hälfte der Männer angab, lediglich als Sexpartner für ein entsprechendes Ritual agiert zu haben. Die Zahlen lassen vermuten, dass in der untersuchten Region im südlichen Malawi durchaus mit einer relevanten Rate an HIV-Transmissionen aufgrund traditioneller Praktiken zu rechnen ist.

3. Gibt es Unterschiede im Sexualverhalten zwischen matrilinearen und patrilinearen Ethnien?

Matrilinearität scheint vor allem bei jungen Mädchen einem riskanteren Verhalten Vorschub zu leisten. Das berichtete Einstiegsalter in sexuelle Aktivität zum Beispiel lag bei matrilinearen Frauen im Durchschnitt mehr als eineinhalb Jahre früher als bei patrilinearen. Weitere Kriterien dafür sind der häufigere Beginn des Sexuallebens noch vor der Menarche und die höheren Angaben vorehelicher sexueller Beziehungen (vgl. 7.2.2 und 7.2.3). Eine mögliche Erklärung dafür bieten die im matrilinearen Kontext noch sehr populären und öffentlich in großen Gruppen gefeierten Pubertätsriten mit mehr oder weniger deutlicher Aufforderung zu *kusasa fumbi*, dem sich an die Zeremonie anschließenden rituellen Koitus. (vgl. 7.1.4). Patrilinearität dagegen scheint vor

allem den Brauch des *kupita kufa* und hier wie auch bei anderen mit Sexualität assoziierten Ritualen den Einsatz eines fremden Sexualpartners zu begünstigen. Mit einer Ausnahme wurde ein *fisi* nur von Angehörigen patrilinearere Ethnien erwähnt. Matrilineare Ethnien gaben dagegen eine Reihe von Alternativmaßnahmen an für Situationen, in denen der Ehepartner für ein solches Ritual nicht zur Verfügung steht.

4. Gibt es andere Einflüsse?

Neben dem Abstammungssystem der Ethnie wurden auch der Effekt, den das derzeitige Alter und eine höhere Bildung auf das Sexualverhalten haben können, untersucht.

Wie bereits in einigen Untersuchungen deutlich wurde, führt eine bessere Schulbildung nicht notwendigerweise zu einem risikoärmeren Verhalten und kann in verschiedene Richtungen wirken (UNAIDS 2000 a). Dieser bidirektionale Einfluss zeigte sich auch in den Ergebnissen der vorliegenden Studie. Während Frauen den Beginn sexueller Aktivität ins spätere Lebensalter verschoben je höher ihr Bildungsstand war, hatte dies bei Männern einen gegenteiligen Effekt. Bei beiden Geschlechtern aber nahm die Häufigkeit vorehelicher Sexualekontakte mit steigender Schulbildung zu, und bei Männern erstreckte sich dieser Einfluss auch auf die Häufigkeit außerehelicher sexueller Beziehungen. Auf der anderen Seite begünstigte eine höhere Bildung aber auch protektiv-präventives Verhalten. Personen mit höherer Schulbildung nahmen nach eigenen Angaben weit weniger häufig an sexualitätsassoziierten Ritualen mit einem „Nicht-Ehepartner“ teil als Personen ohne oder mit niedriger Schulbildung (vgl. 7.2.10). Während nahezu die Hälfte der Personen, die eine höhere Schule besucht hatten, angaben, schon einmal Kondome verwendet zu haben, waren es unter den Befragten ohne Schulbildung weniger als 4%. Trotz häufigerer Kondombenutzung waren aber auch die Angaben zu sexuell übertragbaren Krankheiten bei Männern am höchsten, wenn sie die zweite

Hälfte der Grundschule besucht hatten und damit in der Bildungshierarchie der Befragungspopulation bereits relativ weit oben standen.

Dem allgemeinen Trend in Sub-Sahara-Afrika (Caraël 1991) folgend gaben jüngere Kohorten ihren ersten Sexualkontakt früher an als ältere, wobei diese Entwicklung deutlicher bei den männlichen als bei den weiblichen Befragten zu sehen war. Ein jüngeres Alter begünstigte außerdem voreheliche Sexualkontakte. Des Weiteren berichteten jüngere Männer häufiger, schon einmal eine Frau zum Koitus gezwungen zu haben, als ältere. Jüngere Personen gaben aber auch öfter als ältere an, schon einmal Kondome benutzt zu haben und seltener, an traditionellen Bräuchen, die einen fremden Sexpartner involvieren, teilgenommen zu haben.

5. Sind Veränderungen im Sexualverhalten oder Sexualitätsverständnis erkennbar?

Es ist schwierig Veränderungen im Sexualverhalten oder im traditionellen Wertesystem zu beurteilen, wenn es keine vergleichbare Vorstudie gibt. Aussagen dieser Art müssen sich demnach weitgehend auf Berichte der Befragten stützen und können folglich nicht objektiv sein. Am ehesten kann vielleicht noch der Einfluss, den die verschiedenen Ethnien gegenseitig aufeinander ausüben, erfasst werden. Dazu gehört beispielsweise, dass die ursprünglich matrilinear organisierten Mang'anja in der Untersuchungsregion offenbar das patrilineare System der benachbarten Sena übernommen haben. Schon Ende der 60er Jahre konnte Schoffeleers zeigen, dass durch den gesellschaftlichen Druck patrilinearere Ethnien im Lower Shire Tal das Prinzip der Uxorilokalität vielerorts aufgeweicht wurde (Schoffeleers 1968). Auch andere Faktoren sprechen für diesen Wandel in der Sozialstruktur, wie zum Beispiel die Tatsache, dass eine Initiationszeremonie für Jungen trotz der früher sehr ernst genommenen Initiation in die *nyau*-Gesellschaft von den meisten Mang'anja gänzlich verneint wurde, oder dass die Pubertätsriten für Mädchen,

die ursprünglich in einer aufwändigen Gruppenzeremonie abgehalten wurden, heute unter den Mang'anja der Region nur noch als Einzel- oder Kleingruppenereignis stattfinden.

Andere soziale Wandel betreffen die Wahl des Ehepartners, die inzwischen nicht mehr durch die Familien sondern durch die Brautleute selbst getroffen wird, und die Tatsache, dass Mitglieder matrilinearere Ethnien nach eigenen Angaben teilweise die Praxis, anstelle eines rituellen Koitus traditionelle Medizin zu verwenden, von den matrilinearen Ethnien der Region übernommen haben.

Der Einfluss von HIV/AIDS auf das Sexualverhalten ist nur schwer einschätzbar. Es kann mit einiger Sicherheit konstatiert werden, dass die Krankheit und ihre Hauptübertragungswege inzwischen allgemein bekannt sind. Es gibt aber auch Anzeichen dafür, dass AIDS trotz der zahlreichen Aufklärungsversuche immer noch mit den Vorstellungen von *mdulo* verwechselt wird. Auf die Frage nach Konsequenzen für ein sexuelles Fehlverhalten wurden Symptome, die dem *mdulo*-Komplex zuzuordnen sind, im gleichen Atemzug mit AIDS genannt. Den Angaben der Dorfrepräsentanten zufolge existieren Bemühungen auf Dorfebene, riskantes Verhalten wie zum Beispiel *kupita kufa* zu ändern. Es ist aber nicht ersichtlich, inwieweit diese Bemühungen Einfluss auf das tatsächliche Verhalten haben. Das sinkende Alter beim ersten Sexualkontakt und die Zunahme vorehelicher Sexualkontakte bei jüngeren Personen deuten eher darauf hin, dass eine Verhaltensänderung im Sinne einer Risikoreduktion noch nicht stattgefunden hat. Obwohl die Verwendung von Kondomen von den jüngeren Befragten öfter angegeben wurde, lagen die Häufigkeitsangaben dafür bei den [30jährigen dennoch deutlich niedriger als für vorehelichen Sexualkontakt.

6. Wo ergeben sich Interventionsmöglichkeiten?

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bieten Raum für mögliche Interventionsmaßnahmen auf mehreren denkbaren Ebenen. Einige der Resultate decken sich mit Untersuchungsergebnissen aus anderen Regionen Malawis oder sogar aus anderen afrikanischen Ländern, was die Entwicklung nationaler oder internationaler Strategien sinnvoll erscheinen lässt. Andere gelten in dieser besonderen Konstellation nur für die untersuchte Region. Maßnahmen, die speziell darauf zugeschnitten sind und demnach auch vor Ort entwickelt und angewendet werden müssten, sollten die überregionalen Konzepte ergänzen.

- Bildung

Trotz des ambivalenten Einflusses einer zunehmenden Bildung (UNAIDS 2000 a) erleichtert sie doch generell den Zugang zu Informationen und stellt damit die Basis für informierte Entscheidungen dar. Ein besserer Zugang zu Bildungseinrichtungen sollte daher, vor allem auch für die bislang immer noch benachteiligten Mädchen, unbedingt angestrebt werden. Darüberhinaus scheint es aber vor allem wichtig, die Inhalte des Unterrichtsstoffes in die entsprechende Richtung zu lenken. Dies bedarf einer Entwicklung von HIV/AIDS- und sexualitätsbezogenen Kurrikula mit klar umrissener Zielsetzung auf nationaler Ebene. Außerdem muss darüber nachgedacht werden, zu welchem Zeitpunkt dieses Thema in den Schulen am effektivsten eingebracht werden kann. Die Angaben von einigen der Befragten aus der vorliegenden Studie, dass ihr sexuelles Debüt bereits so früh wie mit neun oder zehn Jahren stattfand, legen nahe, dass die letzten Jahre der Grundschule oder gar der Secondary School zu spät liegen, um noch tragfähige Grundlagen für ein verantwortungsbewusstes Sexualverhalten zu schaffen.

Angesichts der Tatsache, dass viele Kinder und Jugendliche, vor allem Mädchen, die Schule entweder gar nicht besuchen oder frühzeitig ausscheiden, sollten im Hinblick auf HIV/AIDS auch außerschulische Bildungsangebote geschaffen werden. Im Gegensatz zu Schulprogrammen, deren Entwicklung Regierungsinstitutionen obliegt, müssten solche Maßnahmen dezentral geplant werden und aufsuchenden Charakter haben. Diese Art der Intervention würde sich demnach für lokale Institutionen anbieten, die die spezifischen Gegebenheiten der Region kennen.

- Traditionelle Normen und Wertvorstellungen

Es wurde deutlich, dass bestimmte Aspekte des traditionellen Sexualitätsverständnisses, wie beispielsweise die grundsätzliche Ablehnung vor-ehelichen und außerehelichen Sexualverkehrs, durchaus für ein risikoarmes sexuelles Verhalten förderlich sein können. Es ist deshalb wichtig, die Traditionen genau zu kennen, kritisch zu hinterfragen und protektive Elemente herauszufiltern und zu stärken. Überlieferte Bräuche, die der Übermittlung gesellschaftlicher Normen dienen (z.B. Initiationsriten), sollten nach Möglichkeit dazu genutzt werden, um über Sexualität und HIV/AIDS in vertretbarer Weise aufzuklären. Dass das Gros der Bevölkerung ein anderes als das medizinisch-wissenschaftliche Verständnis von Krankheitsursachen und deren Auswirkungen hat, sollte dabei aber beachtet werden, ohne dass dadurch falsche Konzepte, wie zum Beispiel die Verwechslung von AIDS mit *mdulo*, aufrecht erhalten werden. Denkbar wäre, traditionelle Lehrer (*nankungwi*, *phungu*) und Heiler in der Aufklärung über diese Themen zu schulen und ihre Autorität für die Übermittlung der Botschaft zu nutzen. Die regional unterschiedliche Handhabung bestimmter Riten könnte dazu dienen, Alternativen für riskanten ritualisierten Sex aufzuzeigen. Als solche bieten sich Varianten an, die in der Region bereits praktiziert werden, wie zum Beispiel die Verwendung traditioneller Medizin in Form eines Trankes oder auch von entsprechend zubereitetem Wasser, in dem der Betroffene zu

baden hat, anstelle von *kupita kufa* mit einem fremden Sexpartner. Andere Möglichkeiten beinhalten die stellvertretende Durchführung des rituellen Koitus durch ein verwandtes Ehepaar, was nach den Aussagen der Dorfrepräsentanten im Fall von *kutenga mwana* bei alleinstehenden Müttern aber auch im Fall des Todes einer Ehefrau gemacht wird, oder aber das Umbinden von schützenden Amuletten (*mphinjiri*) um die Taille eines Neugeborenen. Das *kusasa fumbi*-Ritual wird häufig durch den rituellen Koitus von Eltern oder Tutoren der Initianden ersetzt, auf die dann die „sexuelle Hitze“ durch das Medium Salz übertragen wird (Essen von gesalzenem *nsima*, das die am rituellen Koitus beteiligte Frau danach gekocht hat).

- Schutz vor Infektion durch Kondome

Kenntnisstand, Akzeptanz und Verwendung von Kondomen sind nach den vorliegenden Ergebnissen in der Region sehr niedrig, obwohl es an Werbung sowohl im Radio als auch an Hauswänden nicht fehlt (eigene Erfahrung). Dies liegt möglicherweise an sich widersprechenden Aussagen und Weisungen verschiedener in die AIDS-Arbeit involvierter Organisationen. In dem Bemühen, voreheliche und außereheliche Sexualkontakte zu unterbinden, raten viele kirchliche Gruppierungen von Kondomen ab, wenn sie sie nicht sogar gänzlich verbieten. Eine Folge davon, die auch in der vorliegenden Studie deutlich wurde, ist, dass Kondombenutzung mit Untreue, Promiskuität und Prostitution gleichgesetzt wird und damit von vornherein negativ besetzt ist. Nicht-kirchliche schulmedizinische Einrichtungen dagegen empfehlen die Verwendung von Kondomen zwar, bieten aber oft keine an. Um Kondome zu einer effektiven Präventionsmaßnahme zu machen, wäre es daher wichtig, die verschiedenen Strategien zu integrieren. Es kann sicher nicht bestritten werden, dass Abstinenz den besten Schutz vor Ansteckung bietet. Da sich ein großer Teil der Bevölkerung daran aber nicht hält, wäre es von großer Bedeutung, wenn

auch die Kirchen mit ihrem weitreichenden Einfluss für eine bessere Akzeptanz von Kondomen einträten. Vom Standpunkt der HIV/AIDS-Prävention aus betrachtet kann es nicht akzeptabel sein, wenn beispielsweise ein Krankenhaus, das bei einer HIV-Prävalenz von mehr als 15% täglich steigende Zahlen von AIDS-Patienten behandelt, Kondome ablehnt. Eine solche Institution sollte, ganz im Gegenteil, die Empfehlung und Ausgabe von Kondomen zu einem festen Bestandteil ihrer HIV-Präventionspolitik machen.

- AIDS-Awareness

Anderweitige Untersuchungen in Malawi (National Statistical Office, ORC Macro 2001) und die Aussagen der Dorfrepräsentanten zeigten, dass die meisten Menschen in Malawi inzwischen von HIV und AIDS wissen und dass sie die Hauptübertragungswege und -präventionsstrategien kennen. Dieses Wissen bleibt aber vielfach auf der theoretischen Ebene. Verleugnungs- und Externalisierungstendenzen sind zumindest zum Teil dadurch bedingt, dass in den Krankenhäusern und Health Centres AIDS-Fälle unzureichend diagnostiziert und durch Ersatzdiagnosen wie Tuberkulose, chronische Diarrhoe, Meningitis etc. klassifiziert werden. Grund dafür ist die völlig unzureichende Bereitstellung von HIV-Tests und Beratungsangeboten zu diagnostischen Zwecken (UNAIDS 2001 b). So gaben in der vorliegenden Studie nur zwei der befragten Personen einen positiven HIV-Test an, und befragt nach der Todesursache bei dem verstorbenen Ehepartner wurde AIDS von den verwitweten Personen in keinem Fall genannt. Um eine Verhaltensänderung herbeizuführen, sollte daher zunächst einmal erreicht werden, dass Menschen sich ihres eigenen Infektionsstatus bewusst werden und die Bedrohung durch HIV/AIDS nicht mehr nur theoretisch sondern als Realität wahrnehmen. Es erscheint daher unbedingt erforderlich, in der Region Zentren für freiwillige Beratung und

Testung zu schaffen und durch die Bereitstellung von ausreichend HIV-Tests dafür zu sorgen, dass Patienten ihre korrekte Diagnose erfahren.

9 Schlussfolgerungen

Das Ziel der Forschungsarbeit war es, einen Überblick über das Sexualverhalten der Bevölkerung im Einzugsbereich des Trinity-Hospitals zu erhalten und gleichzeitig herauszuarbeiten, welches Sexualitätsverständnis dem zugrunde liegt. Die Ergebnisse sollten als Grundlage für die Erarbeitung von Interventionsstrategien gegen HIV/AIDS auf lokaler Ebene dienen. Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass auch in Mikroregionen kulturelle Differenzen bestehen können, die teilweise dazu genutzt werden können, sexuelles Verhalten in risikoärmere Bahnen zu lenken. Es konnten außerdem verschiedene Gruppen identifiziert werden, die besonders anfällig für bestimmte Arten riskanten sexuellen Verhaltens waren. Eine davon waren junge, wenig gebildete Frauen, insbesondere, wenn sie einer matrilinearen Ethnie angehörten, eine andere bestand aus älteren, vor allem verwitweten Mitgliedern patrilinearere Ethnien, aber auch junge Männer mit einem höheren Bildungsniveau neigten zu risikoreichem Verhalten. Andere Resultate der Studie betrafen die Wahrnehmung von AIDS und die Perzeption des persönlichen Infektionsrisikos. Auf der Basis dieser Ergebnisse lassen sich nun eine Reihe von denkbaren konkreten Interventionsmaßnahmen auf kommunaler Ebene aber auch krankenhausintern formulieren.

9.1 Maßnahmenkatalog

Mit Rücksicht auf die besonderen Gegebenheiten der Region sollten die Maßnahmen sich dabei an folgenden Zielen orientieren: Es sollte angestrebt werden, den Beginn sexueller Aktivität ins spätere Lebensalter zu verschieben. Wo voreheliche Abstinenz unrealistisch ist, sollte auf eine Reduktion vorehelicher Partner hingearbeitet werden. Die Begrenzung außerehelicher Partnerschaften und, falls diese dennoch eingegangen werden, die Benutzung von Kondomen bei allen außerehelichen Kontakten sollten propagiert werden. Verfügbarkeit und Akzeptanz von Kondomen auch in ehelichen Beziehungen

zum Schutz des nicht-infizierten Partners sollten verbessert werden. Risikoreiche traditionelle sexualitätsassoziierte Praktiken sollten zugunsten von akzeptablen risikoärmeren Alternativen verlassen werden. Weitere Ziele sollten eine Reduktion des Machtungleichgewichtes zwischen Männern und Frauen sein und der Abbau von Verleugnungs- und Externalisierungstendenzen bezüglich HIV/AIDS.

1. Maßnahmen auf kommunaler Ebene

- Koordination und Supervision von Aktivitäten

Um möglichst breit agieren zu können, und um der Vielschichtigkeit des Problems HIV/AIDS Rechnung zu tragen, wäre es sinnvoll, Vertreter aus verschiedenen in die Bekämpfung von AIDS involvierten Organisationen und gesellschaftlichen Gruppen einzubinden. Dies wäre beispielsweise denkbar in Form eines noch zu gründenden Arbeitskreises, der geplante Aktivitäten regional koordiniert, und dessen Mitglieder sich aus Repräsentanten der lokalen Gemeinden, Schulen, Kirchen und Gesundheitseinrichtungen zusammensetzen sollten.

- Arbeit mit verschiedenen Gruppen

- Junge Mädchen und Frauen:

Da viele Mädchen auch heute noch durch das schulische Bildungsangebot nicht erreicht werden können, wäre es sinnvoll, Gruppen auf Dorfebene zu gründen. Ziel sollte es sein, die Mädchen für die Problematik der HIV-Übertragung zu sensibilisieren und durch Kompetenzbildungs- und Verhaltenstraining (empowerment) ein Bewusstsein für verantwortliches sexuelles Verhalten zu schaffen.

Insbesondere sollte eine Verschiebung des Beginns sexueller Aktivität ins spätere Lebensalter angestrebt werden. Die Mädchen sollten mit Methoden der Kontrazeption und HIV-Prävention einschließlich des Gebrauchs von Kondomen vertraut gemacht werden.

- Anti-AIDS-Clubs in Schulen:

Diese wurden landesweit eingerichtet (National AIDS Commission 1999) und waren auch an den Schulen der Untersuchungsregion bis vor einiger Zeit vorhanden. Mangels kompetenter Supervision wurden die Anti-AIDS-Clubs aber nicht weitergeführt. Anti-AIDS-Clubs an Schulen können ein effektives Forum für die Aufklärungsarbeit zu HIV/AIDS sein. Insbesondere gebildetere Mädchen und Jungen am Beginn ihres Sexuallebens können darüber erreicht werden, und neben vertikalen Unterrichtsmethoden kann auch Peer-Group-Education eingesetzt werden. Um sinnvolle Arbeit zu leisten, benötigen diese Clubs allerdings einen kontinuierlichen Input und Supervision von in der AIDS-Arbeit geschulten Personen. Ein Wiederaufleben dieser Einrichtung sollte unbedingt angestrebt werden.

- Ältere Personen:

Für die Weitergabe und Beibehaltung überlieferter Traditionen sind in Afrika meist die „Alten“ verantwortlich. Ihre Position innerhalb der Familie ist traditionellerweise stark und durch Respekt und Gehorsam seitens der jüngeren Familienmitglieder gekennzeichnet (Caldwell et al. 1989). Die Entscheidung, Bräuche abzuändern, liegt demnach oft nicht bei den Betroffenen selbst, und häufig werden bestimmte Praktiken wider besseres Wissen unter dem Druck der Familie dennoch durchgeführt. Schwerpunkt der Arbeit mit diesem Personenkreis sollte daher sein, die

Risiken bestimmter sexualitätsassoziierter Rituale anzusprechen und Alternativen anzubieten, die kulturell akzeptabel sind.

- Traditionelle Lehrer und Respektspersonen:

Hierunter fallen vor allem die Personen, die als Tutoren bei den Initiationsriten mitwirken (*nankungwi*, *phungu*), aber auch traditionelle Heiler und Village Headmen. Um sie zu einem wirksamen Glied in der Aufklärungskette zu HIV/AIDS zu machen, benötigen sie zunächst einmal eine Schulung. Das Thema sollte vorsichtig und einfühlsam angegangen werden und es sollte nicht der Eindruck entstehen, traditionelle Sichtweisen abschaffen oder völlig neue Inhalte für die Zeremonien kreieren zu wollen. Eher sollten sinnvolle Aspekte der Lerninhalte stärker betont werden. Auf eine sichere Abgrenzung von AIDS gegen *mdulo* sollte hingearbeitet werden. Bräuche, die das Risiko einer HIV-Infektion bergen wie z.B. *kusasa fumbi* oder auch die Mehrfach-Verwendung unsteriler Instrumente für Zirkumzisionen und Skarifikationen, sollten nicht mehr empfohlen und stattdessen Alternativen aufgezeigt werden.

- Lehrer, kirchliche Mitarbeiter:

Diese sollten in der AIDS-Aufklärungsarbeit geschult werden, um sie zu kompetenten Ansprechpartnern für Jugendliche, aber auch für deren Eltern und sonstige Erwachsene zu machen. Lehrer sollten in die Lage versetzt werden, die Betreuung der Anti-AIDS-Clubs an ihren Schulen zu übernehmen.

- AIDS-Counsellors:

Gemeindebasierte Berater wurden über Jahre hinweg für die AIDS-Aufklärung in den Dörfern trainiert. Als Mitglieder der Gemeinden wissen sie über im Dorf angewandte Praktiken, über Erkrankungen, Todesfälle und höchstwahrscheinlich auch über Personen mit risikobehaftetem Sexualverhalten Bescheid. Sie wären daher mit entsprechender Unterstützung durch medizinisch geschultes Fachpersonal sehr geeignet, einen Teil der Gruppenarbeit auf Dorfebene zu übernehmen. Um Motivation und Engagement aufrecht zu erhalten, benötigen sie aber eine kontinuierliche Supervision und ein Forum für Diskussionen und gegenseitigen Austausch.

- Sex-Arbeiterinnen:

Als Markt- und Handelsknotenpunkt der Region bietet Muona auch Raum für kommerziellen Sex. Da Prostitution in Malawi verboten ist und Sex-Arbeiterinnen oftmals nur versteckt agieren, müssten sie zunächst einmal identifiziert und organisiert werden. Schwerpunkt der Arbeit mit ihnen sollte dann die Vermittlung von Safer-Sex-Praktiken und das Angebot regelmäßiger Untersuchungen einschließlich Therapie von STDs sein. Ein kontinuierlicher Zugang zu Kondomen sollte gewährleistet sein.

- Gesundheitspersonal:

Schließlich sollte auch ein Forum für die Mitarbeiter der Gesundheitsdienste in der Region geschaffen werden. Die psychische Belastung durch den täglichen Umgang mit AIDS-Patienten, aber auch das eigene Expositionsrisiko am Arbeitsplatz oder durch das persönliche Sexualverhalten sollten zum Thema gemacht werden.

- AIDS-Drama-Group

Eine Theatergruppe unter der Leitung des PHC-Teams des Trinity-Hospitals, die regelmäßig Stücke zum Thema AIDS und Sexualität aufführt, leistet seit Jahren einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung und Bewusstseinsbildung in der Region. Die Fortsetzung dieser Arbeit sollte unbedingt unterstützt und gefördert werden.

2. Krankenhausinterne Maßnahmen

- Diagnose von HIV-Infektion und AIDS

Bislang stehen nur ausreichend Tests für das Screening von Bluttransfusionen zur Verfügung. Eine wichtige Maßnahme, um Verleugnungstendenzen bei Patienten aber auch bei dem behandelnden Gesundheitspersonal entgegenzuwirken, wäre die regelmäßige Durchführung von diagnostischen HIV-Tests und die darauf basierende Beratung der Patienten. Ein offenerer Umgang mit der Diagnose AIDS könnte viel zu einem verantwortungsbewussteren Umgang mit der Erkrankung sich selbst und anderen gegenüber beitragen.

- Voluntary Counselling and Testing (VCT)

Es existiert bislang kein Anbieter für die freiwillige Beratung und Testung in der Region. Da die Bewohner in der Regel keine Möglichkeit haben, städtische Zentren aufzusuchen, sollte Trinity Hospital einen solchen Dienst einrichten, um den Zugang zu VCT im Bedarfsfall zu gewährleisten. Die Kenntnis des eigenen HIV-Status könnte für viele Menschen eine Entscheidungsgrundlage für ihre weitere Lebensplanung bieten (z.B. Heirat/Wiederheirat, Kinder etc.). Auch hinsichtlich einer antiretroviralen

Therapie, die inzwischen an wenigen Orten in Malawi angeboten wird, ist die Testung eine notwendige Voraussetzung.

- Kondome

Als schulmedizinische Einrichtung sollte Trinity-Hospital die Beratung zu und Ausgabe von Kondomen in die Aufklärungsarbeit zu HIV/AIDS einbeziehen und sich bemühen, die damit verbundene negative Besetzung abzubauen.

9.2 Schlussbemerkung und Ausblick

Maßnahmen zur Bekämpfung der AIDS-Epidemie sind nicht kostenlos. Insbesondere solche medizinischer Art wie die Bereitstellung von HIV-Tests für Diagnostik und VCT erfordern einen kontinuierlichen Input finanzieller und personeller Art, ohne dass damit gerechnet werden darf, dass sich diese Maßnahmen irgendwann selbst tragen. Prävention ohne die Sorge für die bereits Erkrankten ist außerdem unglaubwürdig und damit ineffektiv (Fleischer 1993; United Nations 2001). Da in Zukunft mit einer erheblichen Zunahme AIDS-kranker Patienten zu rechnen ist, ist absehbar, dass Krankenhäuser irgendwann an die Grenzen ihrer Kapazitäten stoßen werden. Ein großer Teil der nötigen Pflege und medizinischen Betreuung könnte für die chronisch Kranken zu Hause anstatt im Krankenhaus geleistet werden. Es dürfte sich deshalb lohnen, frühzeitig über den Aufbau eines gut funktionierenden Home Based Care Systems nachzudenken. Die Erhebung des hierfür nötigen Datenmaterials könnte Gegenstand einer weiteren Studie sein. Das Problem ist vielschichtig und bedarf der Mitarbeit und des Engagements von Individuen, lokalen, regionalen und nationalen Organisationen aus unterschiedlichsten Sektoren. Die internationale Gebergemeinschaft ist gefordert, die notwendigen finanziellen Ressourcen bereitzustellen, die die am stärksten betroffenen Entwicklungsländer nicht aufbringen können. Neben der Implementierung

nationaler Programme und Strategien ist aber vor allem auch die konkrete Hilfe vor Ort für den einzelnen Menschen von Bedeutung. Es besteht die Hoffnung, dass sich Investitionen auf dieser Ebene irgendwann durch dauerhafte Veränderungen im Verhalten und in der Perzeption von Sexualität und Krankheit auszahlen.

Zusammenfassung

Forschungsthema der vorliegenden Studie waren das Verständnis von Sexualität und das sexuelle Verhalten verschiedener sich hinsichtlich ihres Abstammungssystems und ihrer kulturellen Herkunft unterscheidender Bevölkerungsgruppen im Einzugsbereich eines ländlichen Krankenhauses im Süden Malawis. Ziel der Arbeit war es, eine Grundlage für die Planung effektiver und unter lokalen Bedingungen durchführbarer Interventionsmaßnahmen bezüglich der Ausbreitung von HIV/AIDS zu erarbeiten.

Um dem deskriptiv-explorativen Charakter der Studie gerecht zu werden, wurden sowohl Befragungsmethoden aus der quantitativen als auch aus der qualitativen Sozialforschung angewandt. Standardisierte Interviews, die mit Hilfe eines Fragebogens durchgeführt wurden, dienten der Erhebung von Daten zum Sexualverhalten. Problemzentrierte Interviews auf der anderen Seite wurden dazu genutzt, das derzeitige Sexualitätsverständnis der lokalen Bevölkerung und die Aktualität traditioneller Praktiken, die im Zusammenhang mit Sexualität stehen, zu eruieren. Hierzu wurde ein Interviewleitfaden erarbeitet. 38 Dörfer im Einzugsbereich von Trinity Hospital wurden für die Teilnahme ausgewählt. Dabei wurde Wert darauf gelegt, dass sowohl geographische als auch ethnische Gegebenheiten angemessen vertreten waren. Repräsentanten der Dörfer wurden zum kulturellen Kontext befragt, während insgesamt 1077 standardisierte Interviews zum Sexualverhalten mit den Dorfbewohnern durchgeführt wurden.

Die Ergebnisse zeigten ein allgemein niedriges Einstiegsalter in sexuelle Aktivitäten bei Frauen (im Mittel 17,0 J., beginnend mit 9 J.). Dabei hatten 13% ihren ersten Sexualekontakt bereits vor der Menarche. Bei Männern wurde der Beginn des Sexuallebens mit zunehmend niedrigerem Alter angegeben, je jünger sie waren (im Mittel 14,7 J. bei <20jährigen versus 23,9 J. bei >40jährigen). Das Sexualverhalten der Männer unterschied sich von dem der

Frauen durch eine höhere voreheliche (67% vs. 22%) und außereheliche (27% vs. 4%) sexuelle Aktivität und eine größere Zahl von Sexualpartnern. Während Frauen in über 95% der Fälle nicht mehr als einen vorehelichen Partner hatten, waren es bei über 20% der Männer mehr als drei voreheliche Partnerinnen. Die Anzahl außerehelicher Sexualpartner wurde von knapp 10% der Männer mit mehr als zwei angegeben. Die Gesamtzahl der Sexualpartner betrug bei über einem Viertel der Männer fünf oder mehr ($m=3$), während Frauen nur in 13% mehr als zwei angaben ($m=1$). Eine höhere Schulbildung führte vor allem bei Männern zu risikoreicherem Sexualverhalten (niedrigeres Einstiegsalter, häufigere vor- und außereheliche Sexualekontakte und eine höhere Anzahl vorehelicher Partnerinnen), aber auch zu einer höheren Bereitschaft, Präventionsmaßnahmen zu ergreifen. Gebildetere Frauen hatten zwar ebenfalls vermehrt voreheliche Sexualekontakte, verschoben den Beginn ihres Sexuallebens aber ins spätere Lebensalter. Auch bei ihnen ging eine höhere Bildung mit häufigerer Kondombenutzung einher, die aber im Allgemeinen niedrig (nur 9% der Frauen und 23% der Männer hatten jemals ein Kondom benutzt) und mit dem Stigma der Prostitution und Promiskuität behaftet war. Insgesamt zeigte sich eine große Differenz zwischen der Anzahl sexuell aktiver Personen und der verheirateter Personen in den jüngeren Altersgruppen, vergleichbar mit Kenia oder Sambia, wie sie typisch ist für Länder mit hoher HIV-Prävalenz.

Die allgemein hohe Wertschätzung für Sexualität als notwendigem Bestandteil einer Ehe wurde durch die angegebenen Koitusfrequenzen untermauert (mehr als ein Drittel praktizierte Koitus mindestens einmal täglich mit dem festen Partner). In anderer Beziehung fand sich jedoch eine Diskrepanz zwischen den traditionellen Normen, die weder vor- noch außereheliche Sexualekontakte billigen und dem tatsächlichen Verhalten (häufige voreheliche Sexualekontakte bei Männern und bei Frauen, außereheliche Sexualekontakte hauptsächlich bei Männern). Einen Hinweis auf die untergeordnete Stellung von Frauen lieferte die Definition von Vergewaltigung: Erzwungener Sex innerhalb einer ehelichen Beziehung fiel nicht darunter. 8,3% der befragten Frauen berichteten, schon

mindestens einmal im Leben zu Sex gezwungen worden zu sein. Traditionellen Praktiken, die riskantes Sexualverhalten begünstigen oder involvieren wie Reinigungsrituale nach dem Tod eines Menschen (*kupita kufa*) und andere Übergangsriten (z.B. Initiationsriten oder *kutenga mwana*, die Aufnahme eines Kindes in den Stamm) wurde eine hohe Aktualität zugeschrieben. 8,7% der Frauen und 3,3% der Männer gaben allein an, ein solches Ritual mit einem anderen als ihrem Ehepartner durchgeführt zu haben. Trotz generell hoher Übereinstimmung der kulturellen Konzepte von Sexualität ergaben sich Differenzen je nach Zugehörigkeit zu einer matrilinearen oder patrilinearen Ethnie. Matrilinearität förderte bei Frauen einen frühen Beginn sexueller Aktivität. Das mittlere Alter beim ersten Sexualkontakt lag für matrilineare Frauen im Schnitt mehr als eineinhalb Jahre früher als bei patrilinearen, und „das erste Mal“ fand deutlich häufiger bereits vor der Menarche statt. Patrilinearität dagegen begünstigte den Einsatz fremder Sexualpartner bei sexualitätsassoziierten Ritualen im Fall von Abwesenheit oder Tod eines Ehepartners, während bei matrilinearen Ethnien eine Reihe von Alternativstrategien wie beispielsweise die Durchführung der Zeremonie durch ein stellvertretendes Ehepaar oder die Anwendung traditioneller Medizin oder von Amuletten zur Anwendung kam.

Die Befragten machten deutlich, dass die Einhaltung sexueller Normen durch eine Reihe von Tabus geregelt werde und ihre Transgression eine *mdulo* genannte Krankheit (keine Krankheitsentität im westlichen Sinne) bei dem Verursacher selbst oder einer anderen Person zur Folge haben könne. Die Ähnlichkeit der Symptome und die Verursachung durch sexuelles Verhalten führen offenbar trotz einer generell hohen Aufgeklärtheit zum Thema HIV zu einer Verwechslung von AIDS mit *mdulo*. Symptome des letzteren wurden in der Befragung im gleichen Atemzug mit AIDS genannt. Verleugnungs- und Externalisierungstendenzen im Zusammenhang mit AIDS zeigten sich darin, dass AIDS kein einziges Mal als Todesursache eines Angehörigen genannt wurde. Nur zwei der Befragten selbst gaben an, HIV-positiv getestet worden zu

sein, wobei letzteres auch damit im Zusammenhang stehen könnte, dass in der Region kaum Möglichkeiten für diagnostische Tests angeboten werden.

Aus den Resultaten ließen sich einige zentrale Punkte ableiten, die Raum für Interventionsmaßnahmen bieten. Generell sollte eine Verschiebung des Beginns sexueller Aktivität in ein höheres Lebensalter bei Männern und bei Frauen angestrebt werden. Bei Männern scheint es außerdem sinnvoll, auf eine Reduktion der Partnerzahl hinzuwirken. Die Position von Mädchen und jungen Frauen sollte gestärkt werden, um ihnen eigenverantwortliche Entscheidungen hinsichtlich ihres Sexuallebens zu ermöglichen. Kondome sollten verstärkt propagiert werden, sowohl als Protektivum bei Gelegenheitssex als auch zum Schutz eines möglicherweise nicht infizierten Partners innerhalb einer ehelichen Beziehung. Traditionelle Praktiken, die riskanten Sex involvieren, sollten nach Möglichkeit zugunsten alternativer Methoden verlassen werden. Und schließlich sollte eine bessere Akzeptanz der Diagnose AIDS angestrebt werden bei gleichzeitiger Abgrenzung von AIDS gegen traditionelle Konzepte von *mdulo*.

Um diese Ziele zu erreichen, könnten neben nationalen und internationalen Bemühungen folgende Maßnahmen auf lokaler Ebene Anwendung finden:

1. Arbeit mit vulnerablen Personen. Hier bieten sich junge Mädchen und Frauen mit eher niedrigem Bildungsstatus an. Die Arbeit mit ihnen müsste aufsuchenden Charakter haben und auf Dorfebene stattfinden. Weitere Zielgruppen könnten junge Männer mit höherer Bildung, erreichbar zum Beispiel über AIDS Clubs an Schulen, Gesundheitspersonal und Sexarbeiterinnen sein.
2. Arbeit mit Personen, die als Mediatoren sexueller Normen fungieren und Verhaltensänderungen bewirken können. Darunter fallen spirituelle Führungspersonen (z.B. *anamkungwi*) und traditionelle Heiler, aber auch die sogenannten Alten als Bewahrer der Traditionen sowie Lehrer, kirchliche Mitarbeiter und AIDS Counsellors.

3. Förderung der Akzeptanz der Diagnose AIDS und Vorbeugung von Verleugnungs- und Externalisierungstendenzen durch Einrichtung von VCT, regelmäßiges diagnostisches Testen und Propagieren sowie Ausgabe von Kondomen.

Anhang

A Interviewleitfaden

Introduction:

The fact that HIV/AIDS is mainly transmitted by sexual intercourse necessitates research on sexual behaviour. Trinity Hospital wants to find out more about the sexual life of people in this area in order to plan and implement intervention measures against the spread of the disease. Sexuality is frequently influenced by cultural norms. That is why we would like you to give us some informations about beliefs and traditional practices of this area, which are associated with sexuality.

Name: _____

Village: _____

Tribe: _____

1. System of descent: How do you inherit clan membership? Is it through the mother (matrilineal) or through the father (patrilineal)?
2. Marriage: Do you practice monogamy or polygamy? How many wives are allowed?
3. How are the wife and the husband chosen?
4. Divorce: For which reasons is it allowed to divorce a husband or a wife? What is the management in this case?
5. To whom do the children belong after a separation or the death of one spouse?
6. Initiation: How is the procedure? When is it done?
7. What are the educational objectives for girls and for boys?
8. Does the initiation ceremony include sexual intercourse? With whom?
9. How important is sex to men and women?

10. Is extramarital sex and sex before marriage allowed? Any differences for boys and girls?
11. What is the real behaviour in this matter?
12. What happens if people don't respect the traditions, e.g., an unmarried girl becomes pregnant? Is there a punishment?
13. How is rape regarded?
14. What has to be done if a husband or a wife dies? Sex with whom? Fisi?
15. What is the procedure of „kutenga mwana“?
16. Which position does a baby have before this ceremony?
17. What happens if there is no wife or husband for this procedure?
18. What are the rules during the time of menstruation?
19. Are there other customs associated with sexuality?
20. Is there anything like homosexuality?
21. Is sexuality a taboo topic?
22. What do people know about AIDS? Do they talk about it?

B Fragebogen zum Sexualverhalten

Introduction:

The fact that HIV/AIDS is mainly transmitted by sexual contact, necessitates research on sexual behaviour. Trinity Hospital wants to find out more about the sexual life of people in this area in order to plan and implement intervention measures against the spread of the disease. This is the reason why I'm going to ask you some very personal questions. Your name will not be connected to the questionnaire, and no third person will listen to your answers. Your participation is entirely voluntary and you will not be forced to continue if you don't want. It is, however, important that you give honest answers.

Sex:	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>		
Marital status:	Unmarried <input type="checkbox"/>	Married <input type="checkbox"/>	Divorced <input type="checkbox"/>	Widowed <input type="checkbox"/>
Education:	None <input type="checkbox"/>	Std. 1-4 <input type="checkbox"/>	Std. 5-8 <input type="checkbox"/>	Form 1-4 <input type="checkbox"/>
highest level:	_____			
Village:	_____			
Trad.Authority:	_____			
Tribe:	_____			
Religion:	_____			

Men's questionnaire

<i>if unmarried:</i> 1. Have you ever had sexual intercourse?	yes <input type="checkbox"/>	→ 6
	no <input type="checkbox"/>	→ 16
<i>if married:</i>		→ 4
<i>if divorced:</i>		→ 3

if widowed:		
2. When did your wife die?	_____	
2a. What was the cause of death?	_____ _____	→ 4
3. What was the reason for the divorce?	_____ _____	
4. How many (concurrent) wives do you have / did you have?	_____	
4a. Was (one of) your wife (wives) married before?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
4b. If yes: How often?	_____	
5. Were you married before?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
If yes:		
5a. How many wives did you have before?	_____	
5b. Has one of your previous wives died?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
5c. Have you been divorced or separated before?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
5d. If yes: What was the reason?	_____ _____	
6. if unmarried: Do you already have a child? If yes: How many?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> _____	
if married, divorced, widowed: How many children have you had?	_____	
6a. How many are alive?	_____	
6b. Do all your children have the same mother?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

6c. If no: How many different women have born your children?	_____	
7. How old were you when you had your first sexual intercourse?	_____	
7a. Who was your first sex partner?	_____	
if unmarried:		→ 10
if married, divorced, widowed:		
8. Have you had sex before your wedding?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
8a. If yes: With how many women did you have sexual relations before your wedding?	_____	
9. Whilst you were married, did you have sexual intercourse with other women than your wife?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
9a. If yes: with how many?	_____	
10. if unmarried: How often do you have sexual intercourse (with your partner)?	daily yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> If yes: How many times per day? _____	
if married: How often do you have sexual intercourse with your wife?	If no: How many times per week? _____ How many times per month? _____ Other _____	
if divorced, widowed: How often did you have sexual intercourse with your wife?	Not any more/never <input type="checkbox"/>	

11. With how many women did you have sexual relations during your life?	_____	
if unmarried, married:		→ 12
if divorced, widowed:		
11a. Do you have a sexual partner at the moment?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
12. Have you ever had sex with a woman other than your wife due to the death of that wife or a child (or any other person) or due to „kutenga mwana“?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
If yes:		
12a. For which reason?	_____	
12b. How many times?	_____	
12c. Was this woman		
a relative?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> If yes specify: _____	
a stranger?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> If yes specify: _____	
a professional (fisi)?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
13. Have you ever forced a woman to have sex with you against her will?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
If yes:		
13a. How often?	_____	
13b. Whom?		
a close relative?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> If yes specify: _____	
other?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> If yes specify: _____	

13c. How old were you at that time? If not known:	_____	
	young (10-25 yrs.) <input type="checkbox"/>	
	middle age (26-50 yrs.) <input type="checkbox"/>	
	old (more than 50 yrs.) <input type="checkbox"/>	
14. Have you ever suffered from:		
genital ulcers	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
genital warts	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
urethral discharge	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
enlarged inguinal lymphnodes	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
syphilis (confirmed by blood test)	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
HIV/AIDS (confirmed by blood test)	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
if one is answered with yes:	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
14a. Have you been treated?		
14b. If no: Why not?	_____	
14c. Has (have) your wife (wives) / partner been treated?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
14d. If no: Why not?	_____	
14e. Have all sexual partners of your- self and your wife (wives) / partner been treated at the same time?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
14f. If no: Why not?	_____	
15. Did you ever use condoms?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
15a. If yes: On which occasions?	_____	
15b. If no: Why not?	_____	
16. Have you ever got a blood transfusion?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
16a. If yes: Has the blood been tested for HIV?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not known <input type="checkbox"/>	

Women's questionnaire

<i>if unmarried:</i>		
1. Have you ever had sexual intercourse?	yes <input type="checkbox"/>	→ 6
	no <input type="checkbox"/>	→ 18
<i>if married:</i>		→ 4
<i>if divorced:</i>		→ 3
<i>if widowed:</i>		
2. When did your husband die?	_____	
2a. What was the cause of death?	_____ _____	→ 4
3. What was the reason for the divorce?	_____ _____	
4. How many wives does / did your husband have?	_____	
4a. If more than one: Are / were you his first wife?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> If no: Number _____	
4b. Was your husband married before?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
4c. If yes: How often?	_____	
5. Were you married before?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
If yes:		
5a. How many husbands did you have before?	_____	
5b. Has one of your previous husbands died?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
5c. Have you been divorced or separated before?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
5d. If yes: What was the reason?	_____ _____	

6. At what age did you start your menstrual period?	_____	
7. if unmarried: Have you already born a child? If yes: How many?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> _____	
if married, divorced widowed: How many children have you born?	_____	
7a. How many are alive?	_____	
7b. Do all your children have the same father?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
7c. If no: How many different men have fathered your children?	_____	
7d. Did you have any abortions?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
8. How old were you when you had your first sexual intercourse?	_____	
8a. Did you have sexual intercourse before you started your menstrual period?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
8b. Who was your first sex partner?	_____	
8c. The first time you had sex: Did you do it voluntarily or were you forced?	voluntarily <input type="checkbox"/> forced <input type="checkbox"/>	
if unmarried:		→ 11
if married, divorced, widowed:		
9. Have you had sex before your wedding?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
9a. If yes: With how many men did you have sexual relations before your wedding	_____	

10. Whilst you were married, did you have sexual relations with other men than your husband?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
10a. If yes: With how many?	_____	
11. if unmarried: How often do you have sexual intercourse (with your partner)? ----- if married: How often do you have sexual intercourse with your husband? ----- if divorced, widowed: How often did you have sexual intercourse with your husband?	daily yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> If yes: How many times per day? _____ If no: How many times per week? _____ How many times per month? _____ Other _____ Not any more/never <input type="checkbox"/>	
12. With how many men did you have sexual relations during your life?	_____	
if unmarried, married:		→ 13
if divorced, widowed:		
12a. Do you have a sexual partner at the moment?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
13. Have you ever had sex with a man other than your husband due to the death of that husband or a child (or any other person) or due to „kutenga mwana“?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
If yes: 13a. For which reason?	_____	
13b. How many times?	_____	

<p>13c. Was this man a relative?</p> <p>a stranger?</p> <p>a professional (fisi)?</p>	<p>yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>If yes specify: _____</p> <p>yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>If yes specify: _____</p> <p>yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	
<p>14. Have you ever been forced by a man to have sex with him against your will?</p>	<p>yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	
<p>If yes: 14a. How often?</p>	<p>_____</p>	
<p>14b. By whom?</p> <p>a close relative?</p> <p>other?</p>	<p>yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>If yes specify: _____</p> <p>yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>If yes specify: _____</p>	
<p>14c. How old were you at that time? If not known:</p>	<p>_____</p> <p>young (10-25 yrs.) <input type="checkbox"/></p> <p>middle age (26-50 yrs.) <input type="checkbox"/></p> <p>old (more than 50 yrs.) <input type="checkbox"/></p>	
<p>15. Have you ever suffered from</p> <p>genital ulcers</p> <p>genital warts</p> <p>vaginal discharge</p> <p>lower abdominal pain/fever</p> <p>enlarged inguinal lymphnodes</p> <p>syphilis (confirmed by blood test)</p> <p>HIV/AIDS (confirmed by blood test)</p>	<p>yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	
<p>If one is answered with yes: 15a. Have you been treated?</p>	<p>yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	

15b. If no: Why not?	_____	
15c. Has your husband/partner been treated?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
15d. If no: Why not?	_____	
15e. Have all sexual partners of yourself and your husband/partner been treated at the same time?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
15f. If no: Why not?	_____	
16. Did you ever use condoms?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
16a. If yes: On which occasions?	_____	
16b. If no: Why not?	_____	
17. Did you ever use herbs to dry out the vagina before you had sexual intercourse?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
17a. If yes: Why?	_____	
18. Have you ever got a blood transfusion?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
18a. If yes: Has the blood been tested for HIV?	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not known <input type="checkbox"/>	

C Liste der Interviewer

A. Bande	Community Health Nurse	Dolmetscherin
E. Chasweka	Enrolled Nurse/Midwife	Interviewerin
M. Viano	Enrolled Nurse	Interviewerin
A.M. Julius	Homecraft Worker	Interviewerin
C. Mbumba	Homecraft Worker	Interviewerin
S. Mandale	Student Nurse/Midwife Technician	Interviewerin
A. M'dindo	Student Nurse/Midwife Technician	Interviewerin
L. Chisenga	Student Nurse/Midwife Technician	Interviewerin
R. Mponya	Student Nurse/Midwife Technician	Interviewerin
P. M. Noah, Dr.	Medical Officer	Interviewer
A. Kadyakapita	Clinical Officer	Interviewer
G. Monjeza	Clinical Officer	Interviewer
E. Chavura	Medical Assistant	Interviewer
N. Sanifolo	Health Surveillance Assistant	Interviewer
Zanero Phiri	Health Surveillance Assistant	Interviewer
C. Misolo	Fahrer	Interviewer/Fahrer

D Glossar von Chichewa-Begriffen

<i>chirombo</i>	Umschreibung für wilde, aggressive Tiere, aber auch jegliches Lebewesen, das entweder gefährlich oder nutzlos ist, daneben symbolische Bedeutung für Maskentänzer und böse Geister
<i>chitengwa</i>	in matrilinearen Ethnien die Erlaubnis, nach einigen Ehejahren den Wohnsitz von uxori-lokal nach virilokal zu verändern
<i>chiwerewere</i>	unerlaubte sexuelle Beziehungen, inzwischen häufig für Promiskuität und Prostitution verwendet
<i>fisi</i>	Hyäne, Bezeichnung für einen Sexualpartner bei rituellem Koitus, der für seine Dienste bezahlt wird
<i>kachirombo ka edzi</i>	das kleine Tier, das AIDS verursacht
<i>kufunditsa mwana</i>	das Kind aufwärmen
<i>kukhonza thupi</i>	den Körper vorbereiten, verschönern, meint die Elongation der kleinen Labien und Erweiterung des Introitus Vaginae (nicht invasiv)
<i>kulowa kufa / kupita kufa</i>	Reinigungsritual nach dem Tod eines Menschen, schließt rituellen Koitus ein
<i>kupita moto</i>	Ritual nach dem Brand eines Hauses oder beim Brennen von Backsteinen, schließt rituellen Koitus ein

<i>kusasa fumbi / kuchotsa fumbi</i>	den Staub entfernen, Bezeichnung für rituellen Koitus nach der Initiationszeremonie
<i>kutenga mwana</i>	Ritual zur formellen Aufnahme eines Kindes in den Stamm
<i>kwadza edzi / kunabwera edzi</i>	AIDS ist gekommen
<i>lipo</i>	Bußgeld, Schadenersatz
<i>lobola</i>	Brautpreis, wird in patrilinearen Ethnien an die Familie der Braut gezahlt
<i>mankhwala achikuda</i>	afrikanische Medizin
<i>mankhwala achizungu</i>	Medizin der Weißen
<i>matsenga</i>	Zauberei
<i>mbumba</i>	matrilinere Schwesterngruppe und ihre Kinder
<i>mdulo, tsempho, kanyera, kaliwondewonde, kaliwodziwodzi</i>	Krankheitskomplex, der in Beziehung zu sexuellen Normen oder zu dem „heiß/kalt“-Symbolismus definiert ist
<i>mlendo</i>	Besucher, Reisender
<i>mphete</i>	Verlobungsgeld, Teil von <i>lobola</i>
<i>mphinjiri</i>	Amulett, Medizin aus Holz- oder Wurzelstücken
<i>namwali</i>	Mädchen, das die Pubertät erreicht hat
<i>nankungwi</i>	ältere Frau, Erzieherin, Instruktorin, Beraterin bei Initiationsriten
<i>nkhoswe</i>	Bruder einer Gruppe von Schwestern, der die Autorität über die <i>mbumba</i> ausübt

<i>nsima</i>	fester Maisbrei
<i>nthenda america</i>	amerikanische Krankheit
<i>nthenda wa boma</i>	Krankheit der Regierung
<i>nyau</i>	Geheimbund von Männern bei Chewa und Mang'anja, treten als maskierte Tänzer bei den bedeutenderen Übergangsritualen auf
<i>sing'anga</i>	traditioneller Heiler
<i>ufiti</i>	Hexerei

E Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

Tabelle 1:	Übersicht über die Dorfrepräsentanten, ihre Ethnienzugehörigkeit und ihr Abstammungssystem	69
Tabelle 2:	Aktualität des <i>kupita kufa</i> -Rituals	78
Tabelle 3:	Anzahl vorehelicher Partner und Partnerinnen	94
Tabelle 4:	Anzahl außerehelicher Partner und Partnerinnen	96
Tabelle 5:	Gesamtzahl der Sexualpartner und –partnerinnen	97
Tabelle 6:	Sexualpartner bei <i>kupita kufa</i> oder <i>kutenga mwana</i>	104
Tabelle 7:	Angaben zu STDs und HIV / AIDS („syndromic approach“ und Testergebnisse)	106
Tabelle 8:	Die wichtigsten Ergebnisse zum Sexualverhalten und Einfluss von Bildung, Alter und Abstammungssystem der Ethnie	110

Abbildungen

Abb. 1:	Übersichtskarte	27
Abb. 2:	Karte der Untersuchungsregion	68
Abb. 3:	Prozentualer Anteil der Befragten an den verschiedenen Ethnien	85
Abb. 4:	Altersverteilung der Stichprobe (Gruppe 2)	86
Abb. 5:	Schulbildung der Befragten	87
Abb. 6:	Mittleres Alter beim ersten Sexualkontakt in Relation zum derzeitigen Alter	90
Abb. 7:	Mittleres Alter beim ersten Sexualkontakt in Relation zur Schulbildung	90
Abb. 8:	Vorehelicher Sexualkontakt in Relation zum derzeitigen Alter	93
Abb. 9:	Vorehelicher Sexualkontakt in Relation zur Schulbildung	93
Abb. 10:	Koitusfrequenz	99
Abb. 11:	Verwendung von Kondomen in Relation zum derzeitigen Alter	101
Abb. 12:	Verwendung von Kondomen in Relation zur Schulbildung	101

Literaturverzeichnis

- Abdool Karim Q, Tarantola D, As Sy E, Moody R (1997): Government responses to HIV/AIDS in Africa: What have we learnt? (Review) (36 refs.), in: AIDS 11 (Suppl.B):143-9
- Abma JC, Chandra A, Mosher WD, Peterson L, Piccinino L (1997): Fertility, family planning, and women's health: new data from the 1995 National Survey of Family Growth. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 23 (19). http://www.cdc.gov/nchswww/datawh/statab/pubd/2319_21.htm
- Allen S, Lindan C, Serufila A, Van de Perre P, Chen Rundle A, Nsengumuremyi F, Caraël M, Schwalbe J, Hulley S (1991): Human immunodeficiency virus infection in urban Rwanda. Demographic and behavioural correlates in a representative sample of child bearing women. in: JAMA 266:1657-1663
- Anderson RM, May R, McLean AR. (1988): Possible demographic consequences of AIDS in developing countries. in: Nature 332:228-34
- Bassett MT, Mhloyi M (1991): Women and AIDS in Zimbabwe: The making of an epidemic, in: Int J Health Serv 21(1):143-56
- Bentwich Z, Maartens G, Torten D, Lal AA, Lal RB (2000): Concurrent infections and HIV pathogenesis. (Review) (136 refs), in: AIDS 14(14):2071-81
- Berkley S (1991): Parenteral transmission of HIV in Africa. in: AIDS 5 (Suppl.1):87-92
- Binswanger HP (2001): HIV/AIDS treatment for millions. in: Science 292(5515):221-3
- Bortz J, Lienert GA (1998): Kurzgefaßte Statistik für die klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 16-18

- Boucher C (1976): The matrilineal dilemma: Chewa and Kalulu symbolic. School for Oriental and African Studies, London, unveröffentlichtes Manuskript
- Breugel JWM van (2001): Chewa traditional religion. Kachere Monograph Nr. 13, Christian Literature Association in Malawi (CLAIM), Blantyre
- Brown R (1996). Malawi recent history. in: Africa south of the Sahara 1997, 26th edition, London
- Bruwer JF (1955): Unkhoswe: the system of guardianship in Chewa matrilineal society. in: AfS 14:113-22
- Buvé A, Bishikwabo-Nsarhaza K, Mutangadura G (2002): The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. in: Lancet 359:2011-17
- Caldwell JC, Caldwell P, Quiggin P (1989): The social context of AIDS in sub-Saharan Africa. in: Popul Dev Rev 15:185-234
- Cameron DW, Simonsen JD, D'Costa LJ, Maitha GM, Cheang M, Piot P, Simonsen JN, Ronald AR, Gakinya MN, Ndinya-Achola JO, Brunham RC, Plummer FA (1989): Female-to-male transmission of human immunodeficiency virus type 1: Risk factors for seroconversion in men. in: Lancet ii:401-407
- Caraël M, Cleland J, Adehun L (1991): Overview and selected findings of sexual behaviour surveys. in: AIDS 5 (Suppl.1):65-74
- Chakanza JC (1998): Traditional birth rituals in Malawi. in: The Lamp 14:27-9
- Chakanza JC (2002): HIV/AIDS and culture in Malawi. in: The Lamp 36:28-9
- Chikovore J, Mbizvo MT (1999): Beliefs about sexual relationship and behaviour among commercial farm residents in Zimbabwe. in: Cent Afr J Med 45(7):178-82
- Chilambo MN, Macpherson CH (ed. advisers) (1998): A new Macmillan school atlas for Malawi. Macmillan Education Ltd., London and Basingstoke

- Chingondole S (1993): The First and second funeral rites in a Mang'anja traditional society. University of Malawi, Chancellor College, Dpt. of Theology, Theology Research Seminary, unveröffentlichtes Manuskript
- Clumeck N, Mascart-Lemone F, De Maubeuge J, Brenez D, Marcelis L (1983): Acquired immune deficiency syndrome in black Africans. in: *Lancet* 1:642
- Dallabetta GA, Miotti PG, Chipangwi JD, Saah AJ, Liomba G, Odaka N, Sungani F, Hoover DR (1993): High socio-economic status is a risk factor for human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection but not for sexually transmitted diseases in women in Malawi: implications for HIV-1 control. in: *J Infect Dis* 167:36-42
- De Cock KM (1996): The Emergence of HIV/AIDS in Africa. in: *Rev Epidemiol Sante Publique* 44(6):511-8
- De Cock KM, Barrere B, Diaby L, Lafontaine M-F, Gnaore E, Porter A, Pantobe D, Lafontant GC, Dago-Akribi A, Ette M, Odehoury K, Heyward WL (1990): AIDS: The leading cause of adult death in the west african city of Abidjan, Ivory Coast. in: *Science* 249:793-6
- De Cock KM, Brun-Vézinet F (1989): Epidemiology of HIV-2 infection. in: *AIDS* 3(Suppl.1):89-95
- De Vincenzi I (1994): A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. in: *N Engl J Med* 331:341-6
- De Vincenzi I, Mertens T (1994): Male circumcision: a role in HIV prevention? in: *AIDS* 8:153-60
- DeGabriele J (1999): When pills don't work – African illnesses, misfortune and mdulo. in: *Religion in Malawi* 9:9-23
- Delay P (1990): AIDS in Malawi. in: *Malawi Med J* 6(1):2-4

- Diesfeld HJ, Fleischer K, von Sonnenburg F, Kennedy I, Gentilini M, Decosas J, de Souza T (1993): 2nd Conference of the International Ethical Committee on AIDS – Resolution. in: Trop Med Parasitol 44(2):141-3
- Donovan B, Ross MW (2000): Preventing HIV: determinants of sexual behaviour. in: Lancet 355(9218):1897-901
- Durex (2001): Global Sex Survey. in: <http://www.durex.com/globalMainBody.htm>
- Dyer JR, Eron JJ, Hoffmann IF, Kazembe P, Vernazza PL, Nkata E, Costello Daly C, Fiscus SA, Cohen MS (1998): Association of CD4 cell depletion and elevated blood and seminal plasma human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) RNA concentrations with genital ulcer disease in HIV-1 infected men in Malawi. in: J Infect Dis 177:224-7
- Engel U, Kappel R, Klingebiel S, Mair S, Mehler A, Schmidt S (2000): Memorandum zur Neubegründung der deutschen Afrikapolitik. Frieden und Entwicklung durch strukturelle Stabilität. c/o Institut für Afrikanistik der Universität Leipzig, Leipzig, Berlin
- Falkenhorst G (1997): AIDS und STD-Kontrolle. in: Diesfeld HJ, Falkenhorst G, Razum O, Hampel D (Hrsg.): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 194-217
- Fleischer K (1993): Special problems in the „Third World“. Possibilities of intervention concerning prevention and care of AIDS in the „Third World“. in: Trop Med Parasitol 44(2):134-7
- Foster GM, Anderson BG (1978): Medical anthropology. John Wiley & Sons, New York, 53-54
- Gagnon, JH (1988): Sex research and sexual conduct in the era of AIDS. in: J Acquir Immune Defic Syndr 1:593-601

- Garnett GP (1998): The basic reproductive rate of infection and the course of HIV epidemics. in: AIDS Patient Care STDS 12(6):435-49
- Gentilini M, Chieze F (1990): Socioeconomic aspects of HIV infection in developing countries. (Review) (21 refs.) (French), in: Bull Acad Natl Med 174(8):1209-19
- Goodgame RW (1990): AIDS in Uganda: Clinical and social features. in: N Engl J Med 323:383-9
- Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, Weisman JD, Thim Fan P, Wolf RA, Saxon A (1981): Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. in: N Engl J Med 305:1425-31
- Gregson S, Zhuwan T, Anderson RM, Chandiwana SK (1998): Is there evidence for behaviour change in response to AIDS in rural Zimbabwe? in: Soc Sci Med 46(3):321-30
- Greifeld K (1997): Einführung in Konzepte von „Gesundheit“ und „Krankheit“. in: Diesfeld HJ, Falkenhorst G, Razum O, Hampel D (Hrsg.): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 32-9
- Hahn BH, Shaw GM, DeCock KM, Sharp PM (2000): AIDS as zoonosis: Scientific and public health implications. in: Science 287:607-14
- Henecka HP (2000): Grundkurs Soziologie. 7. Auflage, Leske Verlag + Budrich GmbH, Opladen, 147-92

- Hepburn W, Lutz W (1986): Community health surveys. A practical guide for health workers. Interviewing and recording. Prepared for the International Epidemiological Association in collaboration with the World Health Organization. Medical Computing and Statistics Unit, University of Edinburgh, Medical School Edinburgh, Scotland, published by International Epidemiological Association
- Hudson CP (1996): AIDS in rural Africa: A paradigm for HIV-1 prevention. (Review) (64 refs), in: Int J STD AIDS 7(4):236-43
- IRINNEWS.ORG.Malawi (2002): Conservative Malawi grapples with sex education, Lilongwe, 3 June. in: <http://www.irinnews.org/advsearch.asp>
- Jacquez JA, Koopman JS, Simon CP, Longini IM Jr. (1994): Role of the primary infection in epidemics of HIV infection in gay cohorts. in: J Acquir Immune Defic Syndr 7(11):1169-84
- Johnson AM, Laga M (1988): Heterosexual transmission of HIV. in: AIDS 2 (Suppl.):49-56
- Kalipeni E (2000): Health and disease in southern Africa: A comparative and vulnerability perspective. in: Soc Sci Med 50(7-8):965-83
- Kluge N, Sonnenmoser M (2002): Sexuelleben der Deutschen: Eine repräsentative Momentaufnahme zu Beginn eines neuen Jahrtausends. Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 7-14
- Kool HE, Bloemkolk D, Reeve PA, Danner SA (1990): HIV seropositivity and tuberculosis in a large general hospital in Malawi. in: Trop Geogr Med 42(2):128-32
- Korber B, Muldoon M, Theiler J, Gao F, Gupta R, Lapedes A, Hahn BH, Wolinsky S, Bhattacharya T (2000): Timing the ancestor of the HIV-1 pandemic strains. in: Science 288:1789-96

- Kornfield R, Namate D (1997): Cultural practices related to HIV/AIDS risk behaviour; community survey in Phalombe, Malawi. USAID, Support to AIDS and Family Health (STAFH) Project, Report Series No. 10, Lilongwe
- Laga M, Alary M, Nzila N, Manoka AT, Tuliza M, Behets F, Goeman J, St Louis M, Piot P (1994): Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers. in: *Lancet* 344(8917):246-8
- Laga M, Nzila N, Goeman J (1991): The interrelationship of sexually transmitted diseases and HIV infection: Implications for the control of both epidemics in Africa. in: *AIDS* 5 (Suppl.1):55-64
- Linden I (1975): Chewa initiation rites and Nyau societies: the use of religious institutions in local politics in Mua. in: T.O. Ranger, J. Weller (eds.): *Themes in the christian history of central Africa*. Heinemann, London, 30-44
- Lockerbie L, Lutz W (1986): *Community health surveys. A practical guide for health workers. Questionnaire design*. Prepared for the international Epidemiological Association in collaboration with the World Health Organization. Medical Computing and Statistics Unit, University of Edinburgh Medical School, Edinburgh, Scotland, published by International Epidemiological Association
- Lwanda J (2000): *Politics, culture and medicine: an unholy trinity? Historical continuities and ruptures in the HIV/AIDS story*. Social Science and History Conference, Chancellor College, 26-29 June
- Maluwa-Banda DW (1999): *Adolescent sexuality and HIV/AIDS in Malawi. Knowledge, attitude and behaviour of secondary school students*. PhD Thesis, University of Alberta
- Marwick MG (1952): The social context of Chewa witch beliefs. in: *Africa* 22:120-35 (I and II); 215-33 (III)
- Marwick, MG (1968): Notes on some Chewa rituals. in: *AfS* 27(1):3-14

- Mayring P (1999): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 4. Auflage, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Mayring P (2001): Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. Forum Qualitative Sozialforschung, 2(1) in: <http://www.qualitative-research.net/fqs.htm>
- Mc Auliffe E (1993): Nsanje district profile draft. The GOM / UNDP 5th Country Programme. University of Malawi, Centre for Social Research, Zomba
- Meekers D, Calves AE (1997): Main girlfriends, girlfriends, marriage and money: The social context of HIV risk behaviour in sub-saharan Africa. in: Health Transit Rev 7 (Suppl.) 361-75
- Mkamanga E (2000): Suffering in silence. Malawi women's 30 year dance with Dr. Banda. Dudu Nsomba Publications, Glasgow
- Morris B (1996): Chewa medical botany. A study of herbalism in southern Malawi, Monographs from the International African Institute, No.2, Hamburg, 106 ff.
- Morris B (1998): The power of animals. An ethnography. Berg, Oxford, New York
- N'galy B, Ryder RW (1988): Epidemiology of HIV in Africa. in: J Acquir Immune Defic Syndr 1(6):551-8
- Nahmias AJ, Weiss J, Yao X, Lee F, Kodzi R, Schanfield M, Matthews T, Bolognesi D, Durack D, Motulski A, Kanki P, Essex M (1986): Evidence for human infection with an HTLV III/LAV-like virus in Central Africa, 1959. in: Lancet 1:1279-80
- National AIDS Commission (NAC) (1999): Malawi, National HIV/AIDS Strategic Framework 2000-2004, Lilongwe
- National AIDS Control Commission (NAC) Malawi (2001): Sentinel Surveillance Report 2001, Lilongwe

- National Economic Council (2000): Economic Report 2000, Budget Document No.2, Zomba
- National Statistical Office (Malawi) (2000): 1998 Malawi population and housing census. Report of final census results. Zomba
- National Statistical Office (Malawi) and ORC Macro (2001): Malawi demographic and health survey 2000. Zomba, Malawi and Calverton, Maryland, USA
- Ngugi EN, Plummer FA, Simonsen JN, Cameron DW, Bosire M, Wayiaki P, Ronald AR, Ndinya-Achola JO (1988): Prevention of HIV transmission in Africa: The effectiveness of condom promotion and health education among high risk prostitutes. in: *Lancet* ii:887-90
- NIMH multisite HIV prevention trial (1997): Endpoints and other measures in a multisite HIV prevention trial: rationale and psychometric properties. in: *AIDS* 11 (Suppl.2):37-47
- Nunn AJ, Mulder DW, Kamali A, Ruberantwari A, Kengeya-Kayondo J-F, Whitworth J (1997): Mortality associated with HIV infection over 5 years in a rural Ugandan population: cohort study. in: *BMJ* 315:767-71
- Nye RA (ed.) (1999): The renaissance and religious reform. in: *Sexuality. Oxford Readers*, Oxford University Press Inc., New York
- Papst Paul VI. (1968): *Enzyclica Humanae Vitae*, Rom
- Pedersen C, Nielson CM, Vestergaard BF, Gerstoff J, Krogsgaard J, Nielsen JO (1987): Temporal relation of antigenaemia and loss of antibodies to core antigens to development of clinical disease in HIV infection. in: *Br Med J* 295:567-9
- Phillips J (1990): HIV reactive children in KCH. in: *Malawi Med J* 6(1):15-7
- Phiri AI (1995). The initiation of Chewa women of Malawi. A presbyterian woman's perspective. in: *Religion in Malawi* 5:13-21

- Phiri KM (1983): Some changes in the matrilineal family system among the Chewa of Malawi since the nineteenth century. in: JAFH 24:257-74
- Piot P (1996): HIV/AIDS-with an emphasis on Africa. in: Gordon Cook: Manson's Tropical Diseases. 20th Edition, Saunders, London
- Piot P, Laga M, Ryder R, Perriens J, Temmerman M, Heyward W, Curran JW (1990): The global epidemiology of HIV infection: Continuity, heterogeneity, and change. in: J Acquir Immune Defic Syndr 3:403-12
- Piot P, Plummer FA, Mhalu FS, Lamboray J-L, Chin J, Mann JM (1988): AIDS: an international perspective. in: Science 239:573-9
- Piot P, Plummer FA, Rey M-A, Ngugi EN, Rouzioux C, Ndinya-Achola JO, Veracauteren G, D'Costa LJ, Laga M, Nsanze H, Fransen L, Haase D, Groen G van der, Brunham RC, Ronald AR, Brun-Vézinet F (1987): Retrospective epidemiology of AIDS virus infection in Nairobi populations. in: J Infect Dis 155:1108-12
- Population Reference Bureau (2000): 2000 World Population Data Sheet, Washington
- Quinn TC, Mann JM, Curran JW, Piot P (1986): AIDS in Africa: an epidemiological paradigm. in: Science 234:955-63
- Rangeley WHJ (1948): Notes on Chewa tribal law. in NJ 1(3):5-69 (Special Issue)
- Robertson DL, Anderson JP, Bradac JA, Carr JK, Foley B, Funkhouser RK, Gao F, Hahn BH, Kalish ML, Kuiken C, Learn GH, Leitner T, McCutchan F, Osmanov S, Peeters M, Pieniazek D, Salminen M, Sharp PM, Wolinsky S, Korber B (1999): HIV-1 nomenclature proposal. A reference guide to HIV-1 classification. Los Alamos National Laboratory. in: <http://hiv.web.lanl.gov>.
- Salaun N (1974): An initiation to Malawi (provis. title). Introduction for missionaries in Malawi's culture, history and ethnology. unveröffentlichtes Manuskript, Lilongwe

- Schimmelpfennig E (1965): Malawi. Bonn
- Schoffeleers JM (1968): Symbolic and social aspects of spirit worship among the Mang'anja. PhD Thesis, University of Oxford
- Schoffeleers JM (1997): The religious significance of bush fires. in: Religion and dramatisation of life. Spirit beliefs and rituals in southern and central Malawi. Kachere Monograph No. 5, CLAIM, Blantyre
- Schoffeleers JM, Roscoe AA (eds.) (1985): Land of fire. Oral literature from Malawi. Popular Publications, Limbe
- Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA, Bhadrakom C, Siriwasin W, Young NL, Chotpitayasunondh T, Chearskul S, Roongpisuthipong A, Chinayon P, Karon J, Mastro TD, Simonds RJ (1999): Short course Zidovudine for perinatal HIV transmission in Bangkok Thailand: a randomised controlled trial. in: Lancet 353:773-80
- Sonnet J, Michaux JL, Zech F, Brucher JM, De Bruyere M, Burtonboy B (1987): Early AIDS cases originating from Zaire and Burundi. in: Scand J Infect Dis 19:511-7
- Soto-Ramirez L, Renjifo B, McLane MF, Marlink R, O'Hara C, Sutthent R, Wasi C, Vithayasai P, Vithayasai V, Apichartpiyakul C, Auewarakul P, Pena Cruz V, Chui D-S, Osathanondh R, Mayer K, Lee T-H, Essex M (1996): HIV-1 Langerhans'cell tropism associated with heterosexual transmission of HIV. in: Science 271:1291-3
- Taube G (1993): Malawi. in: Nohlen, Nuscheler (Hrsg.): Handbuch der Dritten Welt. Bd. 5, Ostafrika und Südafrika, Bonn, 368 ff.
- ter Meulen J, Wittkowski KM, Kidenya JJ, Pollath M, Dorries R, Fleischer K, Dietz K, ter Meulen V (1989): Evaluation of seroepidemiological associations between HIV-infection, hepatitis B and other sexually transmitted diseases in African patients. in: Eur J Epidemiol 5(2):158-63
- The Durban Declaration (2000). in: Nature 406 (6791): 15-6

Trinity Hospital Muona (2001): Annual Report 2000. Muona, unveröffentlichtes Manuskript

UNAIDS (2000 a): Report on the global HIV/AIDS epidemic. in: <http://www.UNAIDS.org/hivaidsinfo/documents.html>

UNAIDS (2000 b): Countryspecific HIV/AIDS estimates and data. in: <http://www.unaids.org/hivaidsinfo/>

UNAIDS (2000 c): Social marketing. Expanding access to essential products and services to prevent HIV/AIDS and to limit the impact of the epidemic. Geneva

UNAIDS (2001 a): AIDS epidemic update, Geneva

UNAIDS (2001 b). The HIV / AIDS epidemic in Malawi. The situation and the response. Prepared by the UNAIDS Secretariat in collaboration with the National AIDS Secretariat, the Technical Working Group on HIV / AIDS, Lilongwe

UNDP (2001): Human Development Report 2001 in: <http://www.undp.org/hdro/>

UNIMA Centre for Social Research and SARDC-WIDSAA (1997): Beyond inequalities: Women in Malawi. UNIMA/SARDC, Zomba and Harare

United Nations (UN) (2001): Declaration of commitment on HIV / AIDS. United Nations General Assembly special session on HIV / AIDS, 25-27 June 2001, New York

US Census Bureau, International Programs Center Population Division (2000 a): HIV/AIDS Profile: Malawi, HIV/AIDS Surveillance Data Base in: <http://www.census.gov/ipc/hiv/malawi.pdf>

US Census Bureau, International Programs Centre Population Division (2000 b): Durban Monitoring the AIDS pandemic (MAP). The status and trends of the HIV/AIDS epidemics in the world. Provisional report. in: <http://www.census.gov/ipc/www/hivdurbn.html>

- Wangel A-M (1995): AIDS in Malawi – a case study: A conspiracy of silence? M. sc. Thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London
- Wasserheit JN (1992): Epidemiological synergy: Interrelationships between HIV infection and other STDs. in: Sex Transm Dis 19:61-77
- Werner A (1906): The native tribes of British Central Africa. Archibald Constable and Co., Ltd., London
- Whitty CJ (1999): Erasmus, syphilis and the abuse of stigma. in: Lancet 354(9196):2147-8
- World Bank (2002): Malawi data profile. World Development Indicators database. in: <http://www.worldbank.org/data/>
- World Health Organization (WHO) (1986): Provisional WHO clinical case definition for AIDS. in: Wkly Epidemiol Rec 61:69-73
- World Health Organization (WHO) (1994): WHO case definitions for AIDS surveillance in adults and adolescents. in: Wkly Epidemiol Rec 69(37):273-5
- World Health Organization (WHO) (2002): AIDS-WHO Recommended Surveillance Standards (2002) in: <http://www.who.int/emc-documents/surveillance/docs/whocdscsr992.html/01Aids.htm>

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich an alle diejenigen wenden, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Vor allem möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Klaus Fleischer dafür danken, dass er die Betreuung übernommen und mir trotz der großen Entfernung mit so manchem guten Ratschlag geholfen hat.

Mein besonderer Dank gilt Mrs. A. Bande, die mir durch ihr profundes Wissen um die kulturellen Gegebenheiten viele Anregungen für die Planung der Studie gegeben hat und mir während der aktiven Phase mit großem Engagement zur Seite stand. Den Interviewern danke ich für den Enthusiasmus, mit dem sie die zusätzliche Arbeit bewältigten und ihre immer gute Laune. Ebenso möchte ich mich bei den Fahrern bedanken, die es trotz schlechter Straßenverhältnisse meistens schafften, unsere Ziele zu erreichen, und die so manches Mal buchstäblich „die Karre aus dem Dreck ziehen“ mussten. Nicht vergessen möchte ich auch Mr. S. N. Andrade, der die Fragebögen getippt und vervielfältigt hat ohne sich durch die unzähligen Korrekturen aus der Ruhe bringen zu lassen. Danken möchte ich auch den Schwestern der Göttlichen Vorsehung und der Verwaltung von Trinity Hospital, insbesondere Mr. W. Allan, für die organisatorische Hilfe und Trinity Foundation für den finanziellen Beitrag.

Darüberhinaus möchte ich mich bei all jenen Menschen bedanken, die sich so bereitwillig auf die Interviews eingelassen haben, bei den Chiefs Mlolo, Nsabwe und Makhwira sowie bei allen Group Village Headmen und Village Headmen für ihre aktive Teilnahme und ihr Interesse.

Meinen Eltern und Schwiegereltern gebührt Dank für ihre moralische Unterstützung und dafür, dass sie meine Abwesenheit all die Jahre klaglos ertragen haben. Freunden wie Sybille, Klaus und Anna verdanke ich so manche anregende Diskussion. Und nicht zuletzt möchte ich meinem Mann Ralf dafür danken, dass er mir von Anfang an mit Rat und Tat zur Seite gestanden und mich hin und wieder daran erinnert hat, nicht den Überblick zu verlieren.

Curriculum Vitae

Name: Christiane Schmidt-Winter
Geburtsdatum, -ort: 16.7.1964, Saarlouis
Familienstand: verheiratet

Werdegang

1970 – 1974 Grundschule Felsberg

1974 – 1983 Robert-Schuman-Gymnasium, Saarlouis, Abschluss:
Allgemeine Hochschulreife

1983 – 1985 Studium der Physik, Universität des Saarlandes,
Saarbrücken

1985 – 1990 Studium der Medizin, Philipps-Universität, Marburg

1990 – 1991 Praktisches Jahr, Freie Universität Berlin

April 1991 Drittes Staatsexamen, Note „sehr gut“

2/1992 – 12/1993 ÄIP und Assistenzärztin Kinderkrankenhaus „See-
hospiz Kaiserin Friedrich“, Chefarzt Prof. Dr. med. H.
Manzke, Norderney

9/1994 – 8/1995 Assistenzärztin Kinderarztpraxis Dr. med. R. Kühn
und Dr. med. J. Hornung, Saarbrücken

9/1995 – 12/1997 Assistenzärztin Geriatriisches Fachkrankenhaus „St.
Nikolaus“, Chefarzt Dr. med. A. Dinsenbacher,
Wallerfangen

1/1998 – 7/1998 Vorbereitung zur Tätigkeit als Entwicklungshelferin,
AGEH, Köln

8/1998 – 7/2001	Ärztin im Entwicklungsdienst, Trinity Hospital Muona, Malawi
12/2000 – 4/2003	Studie zum Thema „Das Sexualverhalten verschiedener Bevölkerungsgruppen im Lower Shire Valley in Malawi vor dem Hintergrund der HIV/AIDS-Epidemie – Eine Planungsgrundlage für Interventionsmaßnahmen auf lokaler Ebene“ und Anfertigen der Dissertation
seit 15.7.2003	Assistenzärztin Friedrich-Schiller-Universität, Klinik für Innere Medizin I, Chefarzt Prof. Dr. med. H. R. Figulla, Jena



Christiane Schmidt-Winter