

Astrid Bochow

# Risiko und HIV/Aids in Botswana

Leben in der Pandemie

Reimer

Gedruckt mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2020 by Dietrich Reimer Verlag GmbH · Berlin  
[www.reimer-verlag.de](http://www.reimer-verlag.de)

Umschlaggestaltung: Nicola Willam · Berlin  
Satz: Dietrich Reimer Verlag GmbH · Berlin  
Druck: Hubert & Co, Göttingen  
Schrift: Palatino Linotype Light/Frutiger Light; Papier: 115 g/m<sup>2</sup> Magno Matt

Alle Rechte vorbehalten  
Printed in Germany  
Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier

ISBN 978-3-496-01644-1 (Druckfassung)  
ISBN 978-3-496-03039-3 (PDF)

# Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	9
Verwendete Abkürzungen und Fachbegriffe.....	10
Dank.....	11
0 Einführung: Risikogesellschaft in Botsuana – Konzepte, Fragen und Aufbau des Buches.....	13
0.1 Die Erzeugung von „Dringlichkeit“ in der Risikogesellschaft.....	16
0.2 Gefährdung und „Dringlichkeit“ im Kampf gegen HIV/Aids.....	20
0.3 Gefährdung und „Dringlichkeit“ in Botsuana: Überleben und Leben mit der Pandemie.....	23
0.4 Ausblick: Thesen, Argumentation und Aufbau dieses Buchs.....	27
1 HIV/Aids und Risiko: Ethnographische Perspektiven auf den Körper.....	31
1.1 HIV und Risikodiskurse: Körperdarstellungen in den Medien.....	32
1.2 Was ist der Körper? – Deutungen, Erzählungen und Materialität des Körpers.....	37
1.3 Ein neuer Materialismus? Körper als materielle Praxis.....	40
1.4 Schluss: Der Körper und die Inszenierung von Risiko.....	44
2 Wissen als Risiko: Forschen zu HIV/Aids in Gaborone.....	47
2.1 Konzepte von Mittelschicht in Afrika: HIV/Aids und soziale Ungleichheit.....	47
2.2 Leben in der Pandemie: „Risiko“ aus Sicht gebildeter Berufstätiger in Botsuana.....	50
2.3 Forschen in Gaborone: Die Kontexte der vorliegenden Untersuchung.....	55
2.4 Wissen als Risiko: Feldzugänge und Forschungsethik.....	59
3 Wege ins Leben: Entwürfe von Person, Körper und Welt gebildeter Berufstätiger in Gaborone.....	63
3.1 Der Körper als Ausdruck sozialer Beziehungen: Materialität und Soziabilität in der Ethnographie von Verwandtschaft.....	65
3.2 Der Körper als Subjekt medizinischer Regime: HIV/Aids, Schwangerschaft und Geburt.....	69

3.3	Schutz des Lebens: <i>Botsetsi</i> .....	77
3.4	Gefährliche Verbindungen: <i>Botsetsi</i> in Zeiten von HIV/Aids.....	82
3.5	Die Inszenierung neuer Sicherheiten: Das konsumistische Ritual des <i>baby shower</i> .....	87
3.6	Schluss: Risiko und neue Konzepte der „Person“.....	91
4	Körperbilder: Körper, Risiko und Identität in Zeiten von HIV/Aids.....	95
4.1	Körperbilder: Wandel der Geschlechterbeziehungen in Botsuana.....	96
4.2	Christliche Körperbilder: Zur Identität gebildeter Berufstätiger um 1966.....	97
4.3	Körper und Risiko: HIV/Aids in der Schulbildung.....	101
4.4	Intimität als Risiko: Die Ehen gebildeter Berufstätiger.....	108
4.5	Schluss: Bilder des Selbst in Zeiten von HIV/Aids.....	114
5	Familie: Öffentliche Debatten um soziale Sicherheit.....	115
5.1	Nationale Öffentlichkeit und Mittelschichten: Konzepte für eine Ethnographie der Mediendebatte.....	115
5.2	Vom Schutz des ungeborenen Lebens: Christliche Öffentlichkeit.....	119
5.3	Kindwohl: Debatten über familiäre Sicherheit.....	124
5.4	Expertentum und Elternschaft: Die Lebensstile gebildeter Berufstätiger.....	131
5.5	Kinder ohne Eltern und Eltern ohne Kinder: Soziale Unsicherheit und familiäre Exklusion.....	137
5.6	Schluss: Familie und soziale Sicherheit in der öffentlichen Meinung.....	144
6	Leben retten: Von Voluntarismus zu Professionalismus.....	145
6.1	HIV-Aktivismus: Neue Formen der gesellschaftlichen Differenzierung.....	145
6.2	Aktivismus der frühen Jahre von HIV/Aids: Das Engagement gebildeter Berufstätiger.....	147
6.3	Die neuen Experten: Soziale Gerechtigkeit nach 2000.....	154
6.4	Popularisierung von HIV/Aids: Das Virus im Alltag gebildeter Berufstätiger....	165
6.5	Schluss: HIV/Aids und die gebildete Mittelschicht.....	168

7 Neue Politik des Lebens: HIV und Gesundheit nach der Krise.....	171
7.1 Gesundheit im Kontext von Staat und Staatlichkeit.....	171
7.2 Gesundheit als Lebensstil: Notwendigkeit und Luxus des städtischen Lebens.....	174
7.3 Neue Diskurse von Gesundheit: Der Nationalstaat erfindet sich neu.....	176
7.4 Visionen und Kooperationen nach 2009: <i>Safe male circumcision</i> .....	180
7.5 Schluss: Gesundheit und Re-Konfigurationen des Nationalstaats nach 2009....	184
8 Schluss: HIV/Aids und Risiko in Botsuana – Perspektiven auf soziale Ungleichheit.....	187
8.1 Risiko und Sicherheit: Fragen an eine „andere“ Moderne.....	188
8.2 Das Sicherheitsstreben gebildeter Berufstätiger: Die Schaffung neuer Handlungshorizonte im Kontext von HIV/Aids.....	191
8.3 Die Verrechtlichung von Gesundheit: Ausgrenzung und Zugehörigkeit.....	195
8.4 Serostatus und soziale Ausgrenzung: Perspektiven auf soziale Ungleichheit.....	198
8.5 Schlussbemerkung und Ausblick: HIV/Aids und gebildete Berufstätige in Botsuana.....	200
Literatur.....	203
Zeitungsartikel, Internetquellen und graue Literatur.....	224
Personen- und Sachregister.....	231



# Dank

Viele Menschen und Institutionen haben diese Arbeit möglich gemacht. Die Forschungen wurden von einem Postdoc-Stipendium der Fritz Thyssen Stiftung und dem Max-Planck-Institut für ethnologische Forschung in Halle finanziert. Sie wurden mit der Genehmigung des Gesundheitsministeriums in Botsuana (Ministry of Health) sowie des Ministeriums für Arbeit und Inneres (Ministry of Labour and Home Affairs), des Gaborone Private Hospital und des Bokamoso Private Hospital durchgeführt. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft finanzierte mich in der letzten Etappe meiner Forschungsarbeit mit einer eigenen Stelle im Rahmen des Projektes „Christlicher und sozialer Aktivismus. Familie und Gesundheit in Recht in Politik“. All diesen Institutionen sei herzlich für ihre finanzielle, idelle und rechtliche Unterstützung gedankt.

Während meiner Forschungsarbeit war ich an verschiedene Institutionen angebunden, und viele Kolleginnen und Kollegen haben mir wertvolle Anregungen für die Analyse meiner Forschung gegeben. Hier sei an erster Stelle Roman Loimeier, Elfriede Herrmann, Andrea Lauser und Nik Schareika herzlich für die Aufnahme am Institut für Ethnologie der Georg-August-Universität Göttingen und meinen Kolleginnen und Kollegen für kollegiales Miteinander gedankt. Roman Loimeier danke ich herzlich für den Austausch und das Interesse an meiner Arbeit bereits vor meiner Anstellung am Institut für Ethnologie. Wertvolle Impulse bekam ich während meiner Zeit am kulturwissenschaftlichen Kolleg Konstanz, wo ich ein Jahr als Fellow verbrachte. Dem kulturwissenschaftlichen Kolleg danke ich für diese Möglichkeit. Der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen während der wöchentlichen Arbeitsgespräche sowie im ethnologischen Kolloquium unter der Leitung von Thomas Kirsch war sehr anregend. Insbesondere möchte ich an dieser Stelle Thomas Kirsch, Rijk van Dijk, Gabriele Schwab und Monika Wulz für ihre weiterführenden Fragen und Kommentare zu meiner Arbeit danken.

Auch Günter Schlee, einer der beiden ehemaligen Direktoren des Max-Planck-Institutes für ethnologische Forschung, Halle, möchte ich für seine Unterstützung meiner Vorhaben während meiner Zeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin dort danken. Schließlich sei auch herzlich Hansjörg Dilger und den Kolleginnen und Kollegen des Arbeitskreises Medizinethnologie am Institut für Ethnologie der Freien Universität Berlin für Anregungen und Austausch gedankt. Hier habe ich mein erstes Jahr des Projektes unter der Leitung von Hansjörg Dilger verbracht, und die Impulse dieser Gruppen waren ein entscheidender Schritt, mich mit Diskussionen und Theoriebildung der ethnologischen Forschungen zu Gesundheit und Krankheit auseinanderzusetzen.

In Botsuana fand das Projekt viele Kooperationspartner und -partnerinnen. Für die Vermittlung von Patientinnen und Patienten sowie Informationen zur ärztlichen Betreuung von HIV-positiven Paaren mit Kinderwunsch waren besonders die Gynäkologen Herr Music und Herr Eaton vom Gaborone Private Hospital hilfreich, die sich bereitwillig Zeit nahmen, meine Fragen zu beantworten. Herr Abebe hat den Forschungsprozess am Bokamoso Private

## Dank

Hospital begleitet und Abigail Morgan hat sich sehr für die Vermittlung von Patientinnen und Patienten eingesetzt. Diesen Menschen möchte ich herzlich danken.

In Botsuana bin ich mit offenen Armen empfangen worden, nicht zuletzt dank der Unterstützung von Rijk van Dijk von der Universität Leiden und der Universität Amsterdam, der mich bei meinem ersten Aufenthalt vielen Kolleginnen und Kollegen dort vorgestellt hat. Hier gilt mein Dank vor allem Sethunya Mosime, Godisan Mokoodi und Treasa Galvin, Musa Dube vom Department of Social Science und Francis Nkomasana am Department of Theology and Religious Studies. Nicht nur haben sie eine Angliederung an die Universität Botsuana ermöglicht und mich bei der Beantragung meiner Forschungsgenehmigungen beraten, sondern sie haben mich auch überaus freundschaftlich und kollegial aufgenommen. John Hamathi hat meine Forschung mit engagierten Fragen und mit aktiver Vermittlung interessanter Gesprächspartnerinnen und -partner begleitet und bereichert. Auch Pearl Sechele war mir eine große Unterstützung. Ihnen allen sei für ihre Freundschaft und ihr Vertrauen herzlich gedankt.

Ich danke auch Lars Klein, Johanna Kühn, Verena Grünefeld, Julia Vorhölter und Wolfgang Kempf für die Durchsicht einzelner Kapitel und ihre Hinweise und Anregungen. Ihre Vorschläge waren sehr wertvoll. Anneke Ihlenfeld hat kurzfristig eine Korrekturdurchsicht des Manuskripts übernommen. Danke! Martin Zimmermann sei herzlich für seine stilistische Beratung gedankt.

Erdmute Alber, Hansjörg Dilger und Roman Loimeier danke ich für ihre ausführlichen und motivierenden Gutachten, die wichtige Hinweise für die Überarbeitung des Buchmanuskriptes enthielten. Beate Behrens und Anna Felmy danke ich für die Beratung im Vorfeld, für das Lektorat und die editorische Betreuung. In meinen Dank für die editorische Betreuung schließe ich auch Ingrid Schulze ein. Die Publikation dieser Monographie wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanziert und stammt aus den Projektmitteln des eingangs genannten Projektes. Ich danke herzlich für diese Unterstützung.

Herrn Jonck danke ich, dass er der Veröffentlichung der Schrift während meiner Anstellung an der KGS Neustadt zugestimmt hat.

Mein Partner Lars Klein verfolgte die Verschriftlichung des Manuskriptes von Beginn an mit und gab hilfreiche Impulse. Wichtig war auch seine praktische Unterstützung im Alltag und, dass er während der Corona-Zeit ein paar extra Kinderbetreuungsstunden einlegte, als ich das Manuskript für die Veröffentlichung fertigstellte. Dafür sei ihm herzlich gedankt!

Alle Fehler und Irrtümer gehen selbstverständlich auf mich zurück.

# 0 Einführung: Risikogesellschaft in Botsuana – Konzepte, Fragen und Aufbau des Buches

Die vorliegende Monographie untersucht HIV/Aids in einem vergleichsweise reichen Land in Afrika, Botsuana. Zu Beginn der 2000er erklärten internationale Organisationen wie die Vereinten Nationen und die Weltgesundheitsorganisation (siehe unten) HIV/Aids zu einer humanitären Katastrophe. Seit dem Ausbruch der HIV/Aids-Pandemie in vielen Ländern des östlichen und südlichen Afrikas in den 1990er Jahren hat die ethnologische Forschung einen substanziellen Beitrag zum Verständnis lokaler Umgangsweisen mit der Pandemie geleistet. Dabei hat die Forschung zu HIV/Aids in Afrika vorrangig Menschen in prekären sozialen Situationen untersucht und HIV/Aids im Kontext von Armut oder sozialer und politischer Marginalisierung thematisiert. Bei diesen Personengruppen steht die Versorgung mit den lebensspendenden Medikamenten im Vordergrund, welche die mit HIV verbundene Stigmatisierung und die Dynamiken der politischen Ausgrenzung noch potenziert. Das Leben und Überleben dieser Bevölkerungsgruppen wird in der Forschungsliteratur in seinen Abhängigkeiten zu (oft passiven) Nationalstaaten, internationalen Organisationen und Pharmakonzernen diskutiert und als Ausdruck geopolitischer Ungleichheit verstanden (Nguyen 2009a).

Selten ist jedoch danach gefragt worden, welche Auswirkung HIV/Aids auf privilegierte Gruppen in der Gesellschaft hat oder wie diese mit HIV/Aids umgehen (siehe jedoch Nguyen 2010). Im Gegensatz zu vielen ethnologischen Forschungen über HIV/Aids untersuche ich den Umgang mit HIV/Aids unter Angehörigen der Mittelschicht in einem wohlhabenden afrikanischen Land.

Mit dieser Themensetzung „HIV/Aids und Mittelschicht“ erschließt die vorliegende Schrift eine neue Perspektive auf HIV/Aids. Der Fokus auf Angehörige der Mittelschicht in Botsuana fordert dazu auf, die Frage nach Handlungsmöglichkeiten der Rezipienten internationaler Hilfe im Kontext geopolitischer Ungleichheit neu zu bewerten, denn Angehörigen der gebildeten Mittelschicht kommt oft eine Vorreiterrolle im Kampf gegen HIV/Aids zu. So zeigt meine Studie auf, welche gesellschaftlichen und politischen Innovationen Angehörige der gebildeten Mittelschicht in Botsuana in ihrer Auseinandersetzung mit HIV/Aids hervorbringen. Darüber hinaus treten bei Menschen dieser Gesellschaftsschichten die subjektiven Erfahrungen von Verlust, von Ängsten vor Ansteckung und sozialer Ausgrenzung besonders deutlich hervor, weil hier das (Über-)Leben insofern gesichert ist, als dass diese Menschen Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung haben.

Meine Untersuchung nimmt Theorien zum Ausgangspunkt, die die mediale Inszenierung und politische Instrumentalisierung global rezipierter Krisen thematisieren. Sie schließt sich an ethnologische Forschungen zum Verständnis lokaler Umgangsweisen mit globalen Krisen an. Die vorliegende Studie kommt zu dem Schluss, dass die HIV-Krise in Botsuana Aspekte von Modernität fördert und greift damit Ulrich Becks (1986) Thesen zur Risikogesellschaft auf. Die Untersuchung leistet so einen Beitrag zur sozialwissenschaftlichen Diskussion von Fragen sozialer Ungleichheit in Afrika.

Angehörige der gebildeten Mittelschicht in Botsuana zählen zu den sozial, ökonomisch und politisch Privilegierten des Landes. Dennoch sind sie nicht vom Risiko ausgeschlossen, an HIV/Aids zu erkranken oder einen nahen Verwandten, Freund oder Arbeitskollegen durch eine Aids-Erkrankung zu verlieren. Im 20. und 21. Jahrhundert, schreibt Beck (1986: 31) in seinem Buch *Risikogesellschaft*, sind Gesellschaften Risiken wie Umweltkatastrophen ausgesetzt, die ihre Mitglieder über alle sozialen Grenzen hinweg betreffen. Die aus der politisch gewollten und wissenschaftlich untermauerten Risikobekämpfung entstehenden Gesellschaftsformationen klassifiziert Beck in dem Untertitel seines Buches als eine „andere Moderne“. Diese Klassifizierung zeigt an, dass bestimmte Aspekte von Modernität in einer auf Risikovermeidung ausgerichteten Gesellschaft weiterhin Bestand haben, etwa das Primat der Individualisierung oder die Produktion von sozialen Ungleichheiten. Diese Aspekte von Modernität gehorchen jedoch dem Gesetz der Risikovermeidung und nicht dem Gesetz der Gewinnmaximierung, wie es im Spätkapitalismus der Fall war. Deshalb stellt Beck in der genannten Schrift die These auf, dass die Priorisierung der Bekämpfung etwaiger Risiken neue politische Formationen und neue soziale Ungleichheiten hervorbringt, die den kapitalistischen Wohlfahrtsstaat ablösen (ebd.: 25–31).

In der klassischen Soziologie thematisiert die Diskussion um soziale Klassen oder Schichten die Entstehung sozialer Ungleichheit. Dies gilt insbesondere für marxistisch inspirierte Forschungen, die Produktionsverhältnisse und Wirtschaftsweisen von Gesellschaft in den Vordergrund stellen und damit die Unterdrückung und Entrechtung bestimmter Gesellschaftsschichten kritisieren. Mittelschichten wird dagegen häufig eine positive Rolle für gesellschaftliche Entwicklungen zugeschrieben, obwohl sie als Profiteure sozialer Ungleichheiten gelten. Angehörige dieser privilegierten Teile der Gesellschaft in der Mitte der Gesellschaft werden beispielsweise als Träger von Bildung und Innovationen in Forschung, Literatur und Philosophie (Gramsci 2006, Gramsci und Mertens 2004), als Begründer neuer Wirtschaftsformen (Weber [1904/05] 1993) und politischer Innovationen (Habermas 1990), aber auch als Profiteure eines kapitalistischen Wirtschafts- und Staatsystems (Marx [1909] 1964) gesehen. Die rezente Forschung zu Mittelklasse in Afrika stellt die Übertragbarkeit gängiger Konzepte von Mittelschicht oder Mittelklasse auf afrikanische Kontexte in Frage (Neubert 2014, Lentz 2015) und eruiert die soziale Bedeutung, die Angehörige dieser Schichten oder Klassen für postkoloniale afrikanische Gesellschaften haben (siehe z.B. Spronk 2014).

In Anlehnung an Becks Thesen zur Risikogesellschaft untersuche ich die Lebensweise von Angehörigen der Mittelschicht in Botsuana, fokussiert auf ihren Umgang mit HIV/Aids, und zeige die Zentralität von HIV/Aids für politische, soziale und kulturelle Prozesse gesellschaftlicher Differenzierung. Die Untersuchung dieser komplexen Positionierungsprozesse mit Fokus auf HIV/Aids ermöglicht eine innovative Perspektive auf die Produktion gesellschaftlicher Ungleichheit in einem an öffentlichen Ressourcen reichen afrikanischen Land. Somit lässt sich soziale Ungleichheit jenseits der gängigen Konzepte sozialer Klassen thematisieren.

Einen Essay von Douglas und Widlavski mit dem Titel *Risk and culture* aufnehmend, argumentiert Beck weiter, dass Risikovermeidung auf Einschätzungen von Gefahr aufbaut. Was dabei als Risiko gewertet wird (und was nicht), basiert einerseits auf historisch-kulturellen

Wahrnehmungen und wird andererseits von einem Apparat an Experten, Institutionen, politischen Organen und im öffentlichen Diskurs lanciert. Dennoch sind Diskurse um Risiko nur schwer als kulturelle Artefakte zu dekonstruieren, weil sie geltend machen, dass sie Gefahren für Leib und Leben der Betroffenen beschreiben und vermeiden wollen. Die Rhetorik des Risikos verleiht Nachrichten über das Weltgeschehen Nachdruck, so dass sich ihnen weder Politiker noch Menschen in ihrem Alltagshandeln entziehen können.

Im Unterschied zu den von Beck behandelten Risiken, wie sie Umweltkatastrophen, Terrorismus oder Finanzkrisen bergen, wird im „Fall HIV/Aids“ der Mensch, sein Umgang mit dem Körper und sein Verhalten in sozialen Beziehungen wie in der Partnerschaft und der Familie selbst zum Risikofaktor (erklärt). Damit stehen der Mensch in diesen Aspekten seines sozialen Lebens im Zentrum politischer und medizinischer Diskurse über Risiko.

Die vorliegende Untersuchung widmet sich den vielstimmigen Diskursen von Risiko im Kontext von HIV/Aids, wie sie von gebildeten Berufstätigen in Botsuana rezipiert und teilweise auch (re)produziert werden. Ihren Ausgang nehmen diese Diskurse in der Forderung nach dem Recht auf Leben beziehungsweise Überleben, die sowohl politisches als auch privates Handeln motiviert. Die Untersuchung fragt dabei nach den mit diesen Risikodiskursen verbundenen Wahrnehmungen von Körper, nach materiellen Praktiken, bezogen auf den Körper, und der Gestaltung von Beziehungen in Partnerschaft und Familie. Wie ich zeigen werde, werden Verhandlungen über Risiko in den Institutionen der modernen Gesellschaft, das heißt Medizin (Kapitel 3), Bildung (Kapitel 4 und 5), Medien als Träger von Öffentlichkeit (Kapitel 5) und in zivilgesellschaftlichem Engagement (Kapitel 6) geführt.

Drei Fragen und Begriffe bilden den Fokus meiner theoretischen Diskussion des Untersuchungsgegenstandes „Risiko und HIV“ in Botsuana.

1. Ausgehend von Calhouns Theorie zur medialen und politischen Produktion des Notstandes, werde ich die Inszenierung und Repräsentation von Risiko und damit einhergehend die „Dringlichkeit“, mit diesem Risiko umzugehen, in Alltagsgesprächen und Alltagspraxis gebildeter Berufstätiger sowie politischen und medialen Diskursen in Botsuana untersuchen.
2. Die Inszenierung von „Dringlichkeit“ beruht auf der Darstellung der Verletzlichkeit des Körpers, wie ich argumentieren werde. Das Recht auf die Unversehrtheit des Körpers ist zentral für die Verfassungen moderner Nationalstaaten. Den – physischen – Körper zu schützen, ist Anliegen und Legitimation (inter)nationaler Politik, und seine Gefährdung herauszustreichen ein zentraler Inhalt medialer Berichte über Pandemien. Deshalb werde ich den Körper und Körperlichkeit theoretisch problematisieren und ethnographisch erfassen, wie der Körper und Körperlichkeit von Angehörigen der gebildeten Mittelschicht in Botsuana im Alltag konzipiert und wie diese Konzepte im Alltag gelebt werden.
3. Wie wird durch die zu diskutierenden Wahrnehmungen von Risiko und den damit einhergehenden Forderungen, politisch durchzugreifen, sozial zu intervenieren oder sein persönliches Verhalten zu ändern, soziale Ungleichheit erzeugt? Ich verfolge die These, dass der Körper, aufgefasst als ein Produkt politischer, materieller und sozialer Beziehungen, in familiären Beziehungen zum Medium wird, über das soziale Ungleichheit, bei-

spielsweise zwischen Männern und Frauen, Eltern und Kindern und vor allem zwischen privilegierten und weniger privilegierten Menschen in einer Gesellschaft kommuniziert wird.

Die genannten drei Aspekte, Inszenierung von „Dringlichkeit“, Körper/Körperlichkeit und die Erzeugung sozialer Ungleichheit, stehen miteinander in einem engen analytischen Verhältnis.

Mit seinem Bruttoinlandsprodukt von 14,78 Milliarden US-Dollar gilt Botsuana nach der Definition der Weltbank als eines der wenigen Länder Afrikas mit mittlerem Einkommen (The Worldbank 2016) und bietet sich deshalb für eine paradigmatische Untersuchung von Mittelklasse in afrikanischen Ländern an. Nach einer Schätzung der African Development Bank hat Botsuana das größte Bruttoinlandsprodukt aller Staaten des subsaharischen Kontinents (Ncube et al. 2011: 19) und knapp 30 Prozent der Bevölkerung werden der sogenannten „stabilen Mittelklasse“ zugerechnet (ebd.: 28). Zugleich verzeichnet das Land seit Anfang der 1990er Jahre eine konstant hohe HIV-Prävalenz von etwa 17 Prozent in der erwachsenen Bevölkerung (BAIS III: 3, 5; BAIS IV: 4) und zählt zu den Ländern mit einer der höchsten HIV-Prävalenzen der Welt.

In der hier folgenden Einführung werde ich die für meine Untersuchung wichtigsten Begriffe aus der Theoriediskussion zur humanitären Hilfe herleiten, Risiko und HIV/Aids in Botsuana diskutieren und Fragen und Aufbau dieser Arbeit darlegen.

## 0.1 Die Erzeugung von „Dringlichkeit“ in der Risikogesellschaft

Eine Konkretisierung neuer politischer Formationen der Risikogesellschaft ist im Katastrophenschutz und in der humanitären Hilfe zu sehen. Deshalb bietet die sozial- und politikwissenschaftliche Literatur zu humanitären Interventionen als Reaktionen auf Katastrophen oder Notfälle (*emergencies*) einen theoretischen Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung. Kriseninterventionen reagieren auf unmittelbare Bedrohungen von Menschen in ihrer physischen Existenz. Dabei betreffen diese Bedrohungen nicht den einzelnen Menschen, sondern ganze Bevölkerungsgruppen. Somit basieren die Maßnahmen auf einer häufig statistisch ermittelten Einschätzung von Risiken und Gefährdung.

Eine Reihe von Autoren (siehe z.B. Bornstein und Redfield 2011, Fassin und Pandolfi 2011, Redfield 2005) reflektiert über das weltweite Engagement von Institutionen und Organen internationaler Politik sowie global operierenden Wohlfahrtsorganisationen. Diese Engagements haben zum Ziel, Massensterben entgegenzuwirken, und realisieren somit das Recht auf Leben für viele wirtschaftlich und sozial benachteiligte oder gar entrechtete Menschen. Dabei thematisieren Autoren neue Konstellationen von Macht und *governance*, politische Abhängigkeiten und die Entstehung neuer Märkte (siehe z.B. Hansen 2000, 2004, Redfield 2012), die durch humanitäre Einsätze vor dem Hintergrund humanitärer Ethik des Mitleids und des Altruismus entstehen. Im Folgenden werde ich mit Craig Calhoun (2010) darlegen, dass und inwieweit Notfälle medial und politisch durch eine Rhetorik und Bildsprache von Gefahr und Gefährdung erzeugt werden. In Anlehnung an und Erweiterung von Calhoun werde ich die

These verfolgen, dass die Inszenierung von Gefahr, mit der politisches Handeln begründet wird, auf der Repräsentation des gefährdeten Körpers aufbaut. Der Untersuchung der Inszenierung der Dringlichkeit von Interventionen sowie Gefahr und Gefährdung auf verschiedenen Diskurs- und Handlungsebenen liegt eine Umdeutung der sozialwissenschaftlichen Literatur zum Notstand zu Grunde. Denn diese Literatur nimmt den Notstand zunächst als politisches Ereignis in den Blick und hinterfragt die lokalen Effekte dieses Ereignisses lediglich als Erscheinungsformen geopolitischer Ungleichheiten.

Ein grundlegender theoretisch-konzeptioneller Beitrag von Craig Calhoun (2010), auf den sich meine Argumentation stützt, macht auf die repräsentativen Mittel medial-politischer Inszenierung von Katastrophen aufmerksam. In seinem Aufsatz „The idea of emergency. Humanitarian action and global disorder“ untersucht der Autor „das merkwürdige Symbol“ des humanitären Notfalls (ebd.: 29). Der genannte Beitrag zeigt, dass Notfälle als singuläre und in ihrem Ausmaß einzigartige Ereignisse dargestellt werden, welche die augenblickliche Zerstörung oder Bedrohung menschlicher Existenzen in den Vordergrund rückt. Calhoun und andere interessieren sich also nicht vordergründig für die tatsächlichen Ausmaße einer real existierenden Katastrophe, sondern vielmehr für die politische Wirkmacht der heraufbeschworenen Bilder, mit denen der Notfall einhergeht.

Aufbauend auf Calhoun verfolge ich die These, dass Bilder der Zerstörung den menschlichen Körper in seiner Verletzlichkeit in den Vordergrund rücken. In der weiteren Argumentation der medialen Darstellung von HIV/Aids als globale Epidemie (Kapitel 1) werde ich zeigen, dass ausgemergelte, leidende und sterbende Körper in Kontexten von Armut und Mangel den Inbegriff von Hilfsbedürftigkeit darstellen und den Darstellungen der Krise Nachdruck verleihen.

Die Fokussierung auf den leidenden Körper kommt in einem zentralen Mittel der Erzeugung der Bedrohlichkeit von Krisen zum Tragen: nämlich der Reduktion. Historisch argumentierend, verweisen Calhoun und andere darauf, dass in den Darstellungen von Krisen Einzelschicksale auf ihre Bedürftigkeit reduziert würden und so die Bilder dieser Katastrophen fast austauschbar seien. Anhand einzelner Beispiele wie desjenigen des Kalten Kriegs argumentiert Calhoun, dass aktuelle Katastrophen oft auf langfristig etablierten sozialen und politischen Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten fußen, die zum Ausbruch der Krise oder Katastrophe beigetragen haben. Kriseninterventionen kommen mit einer inszenierten „Dringlichkeit“ und Superlativen einher, die die historischen Hintergründe der entsprechenden Krisensituation – häufig eine lange Geschichte der Unterdrückung – ausblenden.

Think for a moment of Rwanda and Congo, Liberia and Sierra Leone, Colombia and Peru, Israel and Palestine, the former Yugoslavia, Afghanistan and Iraq, the December 2005 tsunami, the inundation of New Orleans by Hurricane Katrina, the deadly earthquake days in later Pakistan, the cyclones in Myanmar, and the earth-quake in China. These are emergencies. They are also countries, conflicts, occasions, and events; they can be grasped in other ways. But on the evening news, they are emergencies. (Fassin und Pandolfi 2010: 30)

Anders formuliert entstehen Katastrophen in einem bestimmten historischen (Um)Feld, in dem bereits Konfliktlinien existieren und das sich durch eine geopolitische Lagerung und ein Zusammenspiel verschiedener politischer und nichtpolitischer Akteure auszeichnet. Die öffentliche Wahrnehmung reduziert diese komplexen Situationen jedoch auf den Notfall.

Der Ethnologe Didier Fassin (2011) sieht einen Grund für die politische Macht dieser Bildsprache in der Geschichte der politischen Institutionen und ihren gesellschaftlichen Aufträgen. Die Geschichte mancher Wohlfahrtsorganisationen, wie etwa die des Internationalen Komitees des Roten Kreuzes, reicht bis in das 19. Jahrhundert zurück. Nach dem Zweiten Weltkrieg weiteten einige Wohlfahrtsorganisationen ihre Aktionsradien entscheidend aus und wurden zu international operierenden Organisationen. Die sozialwissenschaftliche Aufarbeitung der Geschichte der Wohlfahrtsorganisationen offenbart, dass gerade die Bilder von sterbenden Körpern eine zentrale Metapher sind, die humanitäre Ethik und damit die Ausweitung des humanitären Regimes unterstützen. So schreiben beispielsweise Inoue und Drori (2006: 207), dass der Schrecken des Zweiten Weltkriegs mit seinen überfüllten Lazaretten die internationale Staatengemeinschaft veranlasste, politische Organe zur humanitären Krisenintervention ins Leben zu rufen, zum Beispiel den Hohen Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (UNHCR) oder die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer beratenden Funktion für die Gesundheitspolitik der Mitglieder. Das genannte Autorenteam weist nach, dass Gesundheit in der Bildung politischer Institutionen internationaler Politik eine entscheidende Rolle spielt. Damit rückt der leidende Körper in das Zentrum des politischen Interesses.

Denn die Besonderheit des Symbols der Katastrophe liegt darin, dass die Darstellung der Zerstörung menschlicher Existenzen nicht nur der Legitimation politischen Handelns dient, sondern auch einen politischen Handlungsdruck aufbaut (Calhoun 2010: 47). So resultiert der appellative Charakter der Darstellung der Krise aus einer besonderen Inszenierung des menschlichen Körpers, welche sowohl politischen, wirtschaftlichen, sozialen als auch individuell-privaten Handlungsdruck erzeugt. Nach meiner Lesart beinhaltet der Begriff des englischsprachigen „emergency“ nicht nur den „Notfall“, sondern auch „Dringlichkeit“, was den emotionalen Aspekt der Krise betont. Auf diese Beobachtung aufbauend argumentiere ich in den ethnographischen Kapiteln dieses Buches, dass die „Dringlichkeit“ einer Krise aus ihrer Emotionalität herrührt und dadurch auch in sozialen und persönlichen Beziehungen einen Handlungsrahmen vorgibt.

Plastisch drückt sich das politische Interesse am Körper nach dem Zweiten Weltkrieg auch in der soziologischen und politischen Theoriebildung aus, wenn Autor/-innen unter dem Schlagwort des „bloßen Lebens“ (*bare life*) oder „Politik des Lebens“ (siehe z.B. Rose 2001, Fassin 2007a) den staatlichen Zugriff auf das Überleben von Menschen thematisieren. Das auf den Philosophen Agamben zurückgehende Diktum des „bloßen Lebens“ findet auch in der Literatur zu HIV/Aids seine Anwendung (siehe z.B. Comaroff 2007, Fassin 2010). Agamben (1998) reflektiert in seiner Schrift über die Rechtsfigur des *homo sacer* (deutsch: des heiligen und zugleich vogelfreien Menschen) des Römischen Rechts. Der Gesetzestext des Römischen Rechts schuf mit dieser Figur rechtsfreie Räume, in denen Menschen auf ihr bloßes Überleben zurückgeworfen und damit schutzlos Übergriffen und Gewalt gegen ihre Person ausgeliefert

waren. Die Metapher des „bloßen Lebens“ beschreibt Menschen in Situationen, in denen sie auf das reine Überleben reduziert sind. In diesem Moment stehen die physisch-körperlichen Bedürfnisse der Menschen im Vordergrund, etwa das Bedürfnis nach Nahrung, nach lebensnotwendiger medizinischer Versorgung oder nach Kleidung zum Schutz vor Kälte. Viele soziale Bedürfnisse, wie das Bedürfnis nach Familie, Bildung oder Unterhaltung, stehen im Moment des Überlebens hinter den körperlich-physischen Bedürfnissen zurück. In dem Bild des „bloßen Lebens“ drängt sich also der vom Tod bedrohte Körper in den Vordergrund.

Die theoretische Diskussion greift dieses Schlagwort des „bloßen Lebens“ auf und verbindet es mit Reflexionen über systematische Ausgrenzung, die politisch und rechtlich gestützt werden. Anhand der Rechtsfigur des *homo sacer* entwickelt Agamben seinen Begriff der Gouvernementalität und Staatsmacht. In der Rezeption seiner Theorie wird das Schlagwort des nackten Lebens aufgegriffen, um zu zeigen, dass und wie Menschen sich in ihrem Überlebenskampf außerhalb der politischen Macht von Staaten befinden, entweder, weil diese Menschen von Staaten alleingelassen werden, wie etwa HIV-Kranke in Südafrika zu Beginn der 2000er Jahre (siehe Fassin 2010, 2007b), oder, weil sie vom Staat ausgeschlossen werden, wie etwa Geflüchtete. Es bleibt festzuhalten, dass auch die sozialwissenschaftliche Theoriebildung die Bedeutung des vom Tod bedrohten Körpers in den Vordergrund stellt.

Auch Calhoun und andere nehmen die mediale und politische Erzeugung der „Dringlichkeit“ von Interventionen durch politische Institutionen und Autoritäten zum Anlass für eine Kritik an systemimmanenter politischer Ausgrenzung und Marginalisierung. Mit Blick auf politische Institutionen und ihre Geschichten formulieren Calhoun (2010: 46) und andere die These, dass stets neu inszenierte Krisen zu einem Instrument der Machtausübung in spezifischen (nationalen) Kontexten werden. Dabei berufen sich die Autoren auf ein auf Walter Benjamin zurückgehendes Theorem des „permanenten Ausnahmezustands“ (siehe z.B. Fassin und Pandolfi 2010) und analysieren die sich immer wieder neu manifestierenden sozialen und politischen Ungleichheiten, welche unter humanitären Regimen entstehen. In den Sozial- und Politikwissenschaften werden humanitäre Kriseninterventionen nämlich durchaus kritisch beurteilt und als Legitimierung von (kolonialen oder imperialen) Herrschaftsansprüchen gesehen, insbesondere wenn es um Einsätze in ehemaligen Kolonien in Afrika und Lateinamerika geht. Eine Perpetuierung des Ausnahmezustands bewirkt nicht nur eine kurzfristige und oft nicht nachhaltige Mobilisierung politischer, finanzieller und technischer Ressourcen, sondern zementiert auch systemimmanente soziale Ungerechtigkeiten und Ungleichheiten (siehe Agamben 1998, Fassin 2007a, Fassin 2011, Nguyen 2009a). Die Kritik an der Inszenierung der Krise durch die Erzeugung von „Dringlichkeit“, nämlich die „Dringlichkeit“ des Bemühens, Überleben zu sichern, schließt sich also an eine postkoloniale Kritik an westlicher Außenpolitik an.

Eine schlichte Übertragung der Kritik an der politischen Instrumentalisierung der Krise auf den Umgang von Angehörigen der botsuanischen Mittelschicht mit HIV/Aids erscheint jedoch nicht angemessen. Denn Angehörige der gebildeten Mittelschicht in Botsuana zählen zu den privilegierten Personen in der Gesellschaft. Sie sind nicht diejenigen, die von der Staatsmacht oder durch internationale Politik entrechtet und dem nackten Überleben ausgesetzt werden. Es ist also zu fragen, wie sie in den Kampf gegen HIV/Aids involviert sind.

Zählen sie zu denjenigen, die den Notfall (mit)inszenieren, oder sind sie Rezipienten globaler Narrative der Katastrophe? Inwiefern wirken sie durch ihr Engagement an der Produktion sozialer Ungleichheit mit?

Mit diesen Fragen nimmt meiner Untersuchung eine Umwertung der existierenden Literatur über die Inszenierung von globalen Krisen im Kontext geopolitischer Ungleichheit vor. Sie zeigt die Verzahnung von globalen Diskursen von Risiko mit politischen Diskursen des Nationalstaates sowie sozio-kulturellen Diskursen der Person und des Körpers wie auch Körperpraktiken auf. Desweiteren frage ich, wie die Dringlichkeit, die aus dem Primat, Leben zu retten, entsteht, auch von denjenigen rezipiert wird, die diese globalen Diskurse in je lokale Kontexte hineintragen. Angehörige der gebildeten Mittelschicht in Botsuana machen Diskurse von Risiko und Gefährdung beispielsweise als ausführende Beamte in den Ministerien, als Sozialwissenschaftler/-innen und Lehrer, HIV-Berater oder behandelnde Ärzte populär. Damit stellt die Haltung dieser privilegierten Berufsgruppen einen entscheidenden Beitrag zur Übersetzung globaler Diskurse von Risiko in Alltagsdiskurse und Alltagshandeln vieler Menschen in Botsuana dar.

## 0.2 Gefährdung und „Dringlichkeit“ im Kampf gegen HIV/Aids

Aufgrund der steigenden Todeszahlen wurde HIV/Aids zu Beginn der 2000er Jahre zunehmend als eine weltweite Bedrohung wahrgenommen und gewann deshalb in der Arena internationaler Politik an Gewicht. Internationale Organisationen und Organe internationaler Politik leiteten den Kampf gegen HIV/Aids mit einer Rhetorik der „Dringlichkeit“ ein, ähnlich wie Calhoun und andere es in Hinblick auf Katastrophen analysieren. In ihren Reden zu HIV/Aids bedienten sich hochrangige Politiker Metaphern von Krieg und Krise. Der Generalsekretär der UNO (United Nations Organisation) Kofi Annan zum Beispiel sprach von HIV/Aids als überwältigende Krise:

By overwhelming the continent's health and social services, by creating millions of orphans, and by decimating health workers and teachers, AIDS is causing social and economic crises which in turn threaten political stability. (UNAIDS 2000, zitiert nach Dilger und Hardon 2011: 144)

Für die Etablierung von HIV/Aids als Schwerpunktthema internationaler Politik – und die Freisetzung von Ressourcen – war folgenreich, dass HIV/Aids als eine außenpolitische Bedrohung und damit als Sicherheitsrisiko wahrgenommen wurde. Diese Einschätzung vertritt ein nichtautorisiertes Forschungspapier, das steigende HIV-Infektionszahlen in Nigeria, Äthiopien, Russland, Indien und China konstatierte und die These aufstellte, dass diese Entwicklung für sozialen Unfrieden und Aufstände sorgen könnte (Gordon 2002). Damit wurde HIV/Aids zu einem (militärischen) Sicherheitsproblem erklärt. Die US-amerikanische Regierung unter George W. Bush reagierte, indem sie 2004 den mit fünf Milliarden US-Dollar ausgestatteten President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) auf den Weg brachte.

Bereits bevor George W. Bush sein Amt angetreten hatte, hatte ihm die spätere Verteidigungsministerin Condoleezza Rice vorgeschlagen, unter seiner Präsidentschaft den afrikanischen Kontinent stärker in den Blick zu nehmen. Die konservative Politik vieler afrikanischer Regierungen war George W. Bushs Politik zuträglich, sodass sich mit dem Programm die Absicht verband, die Beziehungen zu afrikanischen Staaten zu stärken (Varmus 2013). In der Folge zogen die Vereinten Nationen nach und riefen ihr United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) ins Leben.

Die Entwicklung von effektiven Therapien mit antiretroviralen Medikamenten (ARV-Therapien), welche ebenfalls zu Beginn des Millenniums enorme Fortschritte machte, veränderte die individuellen Überlebenschancen von Menschen mit einer HIV-Infektion. Daraufhin wandelte sich auch die medizinische Sicht auf HIV und seine Risiken für die Gesundheit. ARV-Therapien verändern die individuellen Überlebenschancen von Menschen mit einer HIV-Infektion. Diese Medikamente stärken das Immunsystem, und mittlerweile hat sich die Lebenserwartung von HIV-Patienten, die antiretrovirale Therapien (ARV-Therapien) erhalten, der durchschnittlichen Lebenserwartung von Erwachsenen in den Industrieländern angepasst (siehe dazu Vogel et al. 2010). Allerdings sind in der angeführten medizinischen Studie verschiedene Umstände der Lebensführung zu berücksichtigen. Sie geht von einem jungen Patienten aus, der keine Drogen konsumiert und in stabilen wirtschaftlichen Verhältnissen lebt. Auch können manche Patienten unter starken Nebenwirkungen leiden. So verursachen ARVs Impotenz bei Männern (Asboe et al. 2007) und Stoffwechselstörungen, durch die manche Patienten krankhaft an Gewicht zulegen (Mallon et al. 2002). Auch fehlt es gänzlich an Studien zur Langzeitwirkung von ARVs auf den Organismus im Alter oder zu Wechselwirkungen von HIV/Aids mit Sekundärerkrankungen wie Depressionen (Mohanan und Shacham 2009), Gebärmutterkrebs (Livingston 2012) oder Unfruchtbarkeit (Bochow 2012). Dennoch transformieren ARVs HIV von einer tödlichen zu einer im Alltag zu kontrollierenden chronischen Krankheit, die jedoch lebenslange Einnahme von Medikamenten erfordert. Tatsächlich war laut der Weltbank die durchschnittliche Lebenserwartung in Botswana 2014 wieder auf 64 Jahre gestiegen (The Worldbank 2020, siehe auch Abbildung 1 und 2). Mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 68,8 Jahren im Jahr 2017 steigt diese weiterhin (The Worldbank 2020).

Seit Beginn der 2000er Jahre reagierten vielerorts Nichtregierungsorganisationen (NROs) auf die Bedrohung ganzer Bevölkerungsteile durch HIV/Aids und setzten sich für die Behandlung von HIV-positiven Menschen ein. Ihren Forderungen an Regierungen und internationale Pharmakonzerne auf Gesundheit verliehen sie mit Verweis auf die Menschenrechte Gehör. Damit übersetzten sie Risikodiskurse in eine Sprache des Rechts. Beispielsweise verwiesen lokale NROs, lokale Aktivisten und Personen des öffentlichen Lebens sowie internationale Organisationen auf das „Recht auf Leben“ als ein Grundrecht eines jeden Menschen, welches die Legitimation von nationalstaatlichen Verfassungen ist. Weiterhin beriefen sie sich auf das Recht auf Unversehrtheit des Körpers als persönliches, unteilbares und unveräußerliches Recht eines jeden Einzelnen, wie es in den Menschenrechtsstatuten, etwa der UN-Menschenrechtscharta, festgehalten ist (siehe z.B. Petchesky 1998, Petchesky und Judd 1998, Mann 2011). Diese Forderungen reflektieren eine allgemeine Entwicklung, denn jene NROs,

die vor 1990 noch für Entwicklung gekämpft haben, setzten sich seit Beginn der 2000er Jahre verstärkt für Menschenrechte ein (siehe Nelson und Dorsey 2008, Inoue und Drori 2006: 209). Damit erwuchs aus der Krise ein neues Rechtsbewusstsein sowie ein Bewusstsein dafür, dass der Staat für die Gesundheit seiner Bürger zu sorgen hat. Im Zentrum dieser Debatten über Gefährdung und Gesundheit stand der Schutz des (physischen) Körpers.

Als Beispiele für den Kampf um Gesundheit im Kontext von HIV/Aids sind in diesem Zusammenhang die Debatten um die Patentrechte der antiretroviralen Medikamente zu meist US-amerikanischer Firmen zu nennen. Die entsprechenden Therapien sind mit Behandlungskosten zwischen 10 000 und 15 000 US-Dollar im Jahr pro Patient kostenintensiv und damit viel zu teuer für die meisten Menschen, die mit HIV/Aids leben. Die handelsüblichen Preise der lebensrettenden Medikamente erregten eine öffentliche Debatte über die Ethik der Pharmaindustrie, und zu Beginn des Millenniums forderten mehrere aktivistische Vereinigungen sowie Regierungen aus Staaten mit erheblicher HIV-Prävalenz von US-amerikanischen pharmazeutischen Unternehmen die Weitergabe ihrer Patente. Ab 2001 kamen indische Generika auf den Markt, die die Behandlungskosten auf rund 295 US-Dollar im Jahr senkten und damit die Aussicht eröffneten, einer großen Gruppe von Patienten ARV-Therapien zu ermöglichen (siehe Dukes 2002, Henry und Lexchin 2002, Médecins sans Frontières 2010).

Die Aussicht auf kostengünstige Therapien regte Anfang der 2000er Jahre insbesondere in Südafrika Proteste gegen die damalige Gesundheitspolitik an. Hier wurde die Forderung nach Behandlung mit den Bürgerrechten im Sinne des Menschenrechts auf Unversehrtheit des Körpers begründet: Zu diesem Zeitpunkt nämlich weigerte sich der damalige südafrikanische Präsident Mbeki (regierte 1999–2008), einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Krankheitsbild Aids und dem HI-Virus anzuerkennen, und unterstützte seine Gesundheitsministerin, die eine Aufnahme antiretroviraler Medikamente für Schwangere in die öffentliche Gesundheitsvorsorge verhinderte. Die Haltung der südafrikanischen Regierung provozierte eine regelrechte Welle von Aktivismus, im Rahmen derer Menschen im Sinne ihres Rechts auf Leben für Behandlungen kämpften (siehe Epstein et al. 2004, Robins 2004, 2006, Mbali 2005, Cornwall und Coelho 2007, Fassin et al. 2008). Internationale NROs, Experten der öffentlichen Gesundheit und Organe internationaler Politik adaptierten den Menschenrechtsdiskurs und lancierten ab 2005 das Recht auf Gesundheit als allgemeines Menschenrecht (siehe Farmer 2004, 1999a, Galvão 2005, Ayres et al. 2006, Mann 2011, Meier et al. 2012). Beispielsweise erklärte der Aktionsplan der Europäischen Union 2009–2013 Gesundheit zum allgemeinen Menschenrecht (EU-Newsletter o. J.), womit der Kampf um die Erhaltung eines unversehrten Körpers vieler aktivistischer Bewegungen im Kontext von HIV/Aids legitimiert wurde.

Die hier beschriebenen Initiativen sind Beweise dafür, wie lokale Aktivisten mit der Forderung nach der Unversehrtheit des Körpers und dem unveräußerlichen Recht auf Leben ihrem Anliegen besondere „Dringlichkeit“ verschaffen und damit der je lokalen Gefährdung durch HIV/Aids politisch national und international Geltung verschaffen.

### 0.3 Gefährdung und „Dringlichkeit“ in Botsuana: Überleben und Leben mit der Pandemie

In Botsuana bestimmte die HIV/Aids Pandemie und der Versuch, das Leben der Bürger zu schützen, seit Beginn des Millenniums die nationale Politik. Denn im Jahr 2000 rief Präsident Festus Mogae ein System zur freien Abgabe von HIV-Therapien an alle Bürger ins Leben und setzte gezielt politische Impulse, um über das Risiko der HIV-Pandemie und ihre Verbreitung aufzuklären. Dabei machte er auf die Gefährdung der Bürger aufmerksam und bediente sich einer Rhetorik der „Dringlichkeit“, als er in diesem Jahr vor Vertretern der internationale Presse erklärte:

We are in a national crisis. We are threatened with extinction [...]. People are dying in chillingly high numbers [...]. We are losing the best of [our] young people [...]. It's a crisis of the first magnitude, it's a tragedy. (*The Telegraph*, 10.07.2000)

In seiner Rede bezieht sich Präsident Mogae darauf, dass die Pandemie seit Mitte der 1990er eine regelrechte Todeswelle ausgelöst hatte, die auch in anderen afrikanischen Ländern zu ausgeprägten demographischen Einbrüchen führte (Iliffe 2006: 125). Für Botsuana schätzte die UNAIDS Anfang der 2000er Jahre, dass in dem Land mit einer Einwohnerzahl von etwa zwei Millionen 25 000–44 000 Menschen jährlich bedingt durch HIV/Aids starben (UNAIDS et al. 2014: 2). Seitdem kostete die Pandemie viele Menschenleben in Botsuana.

Die Bevölkerungsstatistiken lassen erahnen, welche Dimensionen der Kampf ums Überleben dort seit Mitte der 1990er Jahre angenommen hatte. Seit 30 Jahren hat das Land eine ungewöhnlich hohe Prävalenzrate von 17 Prozent im Jahr 2008 und, im Jahr 2013 gleichbleibend, 18 Prozent in der erwachsenen Bevölkerung (BAIS III: 3, 5; BAIS IV: 9). Anfang der 2000er Jahre gingen einige Quellen, wie nationale Statistiken (BAIS I: 20) oder auch externe Quellen wie beispielsweise die CIA, sogar von einer Prävalenz von 37 Prozent aus (CIA-factbook 2004). Mehr Infektionen verzeichneten die Minenstädte, vor allem in Francistown. Hier wurde das durchschnittliche Vorkommen der Infektionen im Jahr 2013 auf 54,2 Prozent geschätzt (BAIS IV: 18). Auch von Frauen im Alter von 31 bis 39 Jahren waren 50 Prozent infiziert (ebd.: 9).

Die vielen Vorkommen des Virus in der Bevölkerung führten zu einer drastischen Sterblichkeit. Abzulesen ist die durch HIV/Aids verursachte Todeswelle auch in Statistiken zur Lebenserwartung und der Altersstruktur der Gesellschaft. Im wohlhabenden Botsuana hatten Anfang der 1980er Jahre Männer bei ihrer Geburt eine durchschnittliche Lebenserwartung von 62 Jahren und Frauen von knapp 70 Jahren (Velkhoff und Kowal 2007: 17, siehe Abbildung 1 und 2). Diese vergleichsweise hohe Lebenserwartung lässt sich darauf zurückführen, dass Botsuana seine durch Diamantenabbau erwirtschafteten Staatsgewinne in öffentliche Bildung und Gesundheit investierte (ebd.). Anfang der 2000er sank Botsuanas durchschnittliche Lebenserwartung jedoch drastisch. Manche Quellen beziffern sie für die 2000–2005 geborenen Menschen mit knapp 30 Jahren. Zum Beispiel errechnete die CIA für

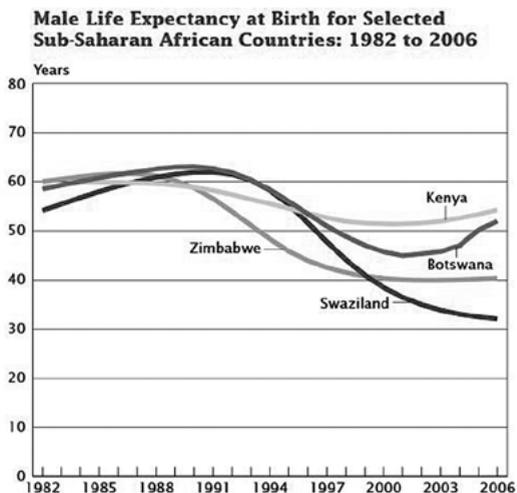


Abb. 1 Männliche Lebenserwartung in Botswana 1992–2006 (Quelle: Velkhoff und Kowal 2007: 17)

*Erklärung zu Abb. 1:* Die Lebenserwartung von Männern stieg in Botswana bis 1991 konstant leicht an und erreichte bei 63 Jahren ihren Höhepunkt. Ab 1991 sank sie kontinuierlich auf 56 Jahre im Jahr 2000. Ab Anfang der 2000er stieg in Botswana die Lebenserwartung wieder, was sich auf die Zugänglichkeit antiretroviraler Medikamente zurückführen lässt. In Lesotho, wo bis 2005 antiretrovirale Medikamente nicht für jeden zugänglich waren, sank die Lebenserwartung kontinuierlich.

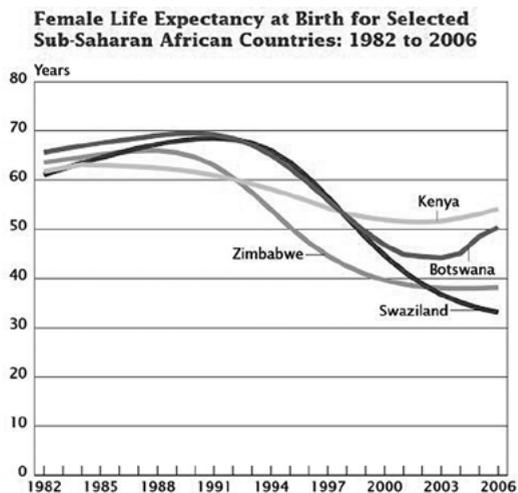
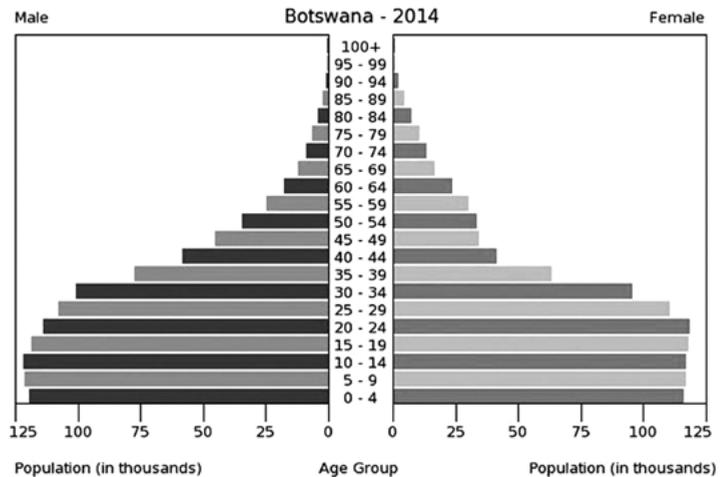


Abb. 2 Weibliche Lebenserwartung in Botswana 1992–2006 (Quelle: Velkhoff und Kowal 2007: 17)

*Erklärung zu Abb. 2:* Die Lebenserwartung von Frauen in Botswana 1992–2006 nahm eine ähnliche Entwicklung wie für Männer. Insgesamt hatten Frauen mit knapp 72 Jahren im Jahr 1991 zunächst eine höhere Lebenserwartung als Männer. 2002 fiel in dieser Bevölkerungsgruppe die Lebenserwartung allerdings unter diejenige der Männer.

Abb. 3 Populationspyramide Botswana 2014 (Quelle: Index Mundi)



*Erklärung zu Abb. 3:* Die Bevölkerungspyramide von 2014 weist eine Verjüngung in der Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen auf. Besonders ausgeprägt ist diese Verjüngung bei Frauen. Dies korrespondiert mit der höheren Sterblichkeit von Frauen (siehe Abbildung 2).

das Jahr 2004 eine durchschnittliche Lebenserwartung von 30,76 Jahren (CIA-factbook 2004). Weiterhin veranschaulicht die Bevölkerungspyramide von 2014 den Bevölkerungsschwund dieser Jahre. So zeigen die Balken der Altersstufen der 30-Jährigen und der 40-Jährigen der Bevölkerungspyramide von 2014 eine deutliche Verjüngung (siehe Abbildung 3), die auf die erschreckenden Todesraten in diesen Altersstufen zurückgeht.

Ein Blick auf die Lebensverhältnisse der Menschen in Botswana verdeutlicht, was die zitierten abstrakten Zahlen bedeuteten. In Gesprächen über Verwandtschaft<sup>1</sup> ist der Bevölkerungsschwund häufig in der Elterngeneration deutlich sichtbar. Als Beispiel sei das nach einem Gespräch mit einer 34-jährigen Frau namens Pearl aufgezeichnete Verwandtschaftsdiagramm genannt, das sich in Kapitel drei findet. Nicht nur ihre Mutter, sondern insgesamt sieben von zehn Geschwistern der Mutter lebten nicht mehr. Die meisten waren, wie Pearls Mutter, an „einer langen und qualvollen Krankheit“, die Umschreibung für HIV/Aids, gestorben (Interview 20.09.2011, Abbildung 6).

Darüber hinaus beschrieben ethnologische Forschungen Veränderungen der Haushaltsstrukturen infolge der vielen Todesfälle in der reproduktiven und produktiven Bevölkerung. VIELERORTS entstanden Waisenhaushalte (siehe Dahl 2009, 2010), das heißt, dass Kinder in Abwesenheit ihrer Eltern Haushalte führten.<sup>2</sup> 2001 betrug der Anteil der Waisenkinder 12,5 Prozent der unter 18-Jährigen (BAIS I: 52), im Jahr 2004 sogar 17,5 Prozent (BAIS II: 12), und sank

- 1 Gespräche über Verwandtschaft und Familie zählten zu den Methoden meiner qualitativen Forschung, die ich in Kapitel zwei darlegen werde.
- 2 Vergleiche auch Wolf 2004 für Malawi.

dann wieder leicht auf 16,2 Prozent im Jahr 2008 (BAIS III: 42). 2013 galten dann 14,4 Prozent der unter 18-Jährigen als Waisen (BAIS IV: 18).<sup>3</sup> Ein Bericht von UNAIDS aus dem Jahr 2000 beziffert die Anzahl der verwaisten Kinder in Botsuana allerdings mit 35,8 Prozent (Barnett et al.: 4). Andere Haushaltsformen waren Großeltern, die alleine mit ihren Enkelkindern ohne Erwachsene im (re)produktiven Alter lebten. So fehlten in den Haushalten Menschen im erwerbsfähigen Alter (Ingstad et al. 1992, Ingstad et al. 1997, Ingstad 1994, 2004). Deren fehlende finanzielle Unterstützung und die gleichzeitige Belastung der Privathaushalte durch zusätzliche Gesundheitsausgaben (Iliffe 2006: 125) forcierten Armut. Viele Alte sahen sich außerdem in ihren Erwartungen an die Kindergeneration enttäuscht, weil ihnen die Fürsorge ihrer erwachsenen Kinder im Alter versagt blieb (Livingston 2003a und b). Viele der Beobachtungen zur Versorgungssituation von Kindern sind auch heute noch relevant, wie ich aus Erzählungen erfuhr und bei Besuchen ländlicher Haushalte selbst beobachten konnte.

Der augenscheinliche Bevölkerungsschwund wird in entsprechenden Publikationen der Weltbank, der CIA und der Weltgesundheitsorganisation Anfang der 2000er Jahre mit der HIV-Pandemie in Verbindung gebracht.<sup>4</sup> Diese Studien verfehlten ihre politische Wirkung nicht: Botsuana war das erste afrikanische Land, das ein nationales System der Verteilung antiretroviraler Medikamente (ARVs) errichtete.

In den folgenden Jahren gelang es Präsident Mogae, private wie öffentliche, nationale wie internationale Geldgeber an einen Tisch zu holen und für zehn Jahre zu verpflichten, sich finanziell, ideell und infrastrukturell an einem Abgabesystem antiretroviraler Medikamente zu beteiligen. Unter den internationalen Geldgebern und unterstützenden Institutionen befanden sich das genannte Programm PEPFAR, die Bill and Melinda Gates Foundation als größte private Wohlfahrtsorganisation der Welt sowie die Harvard School of Public Health. Letztere führte die Schulungen des medizinischen Personals in Botsuana durch, beteiligte sich maßgeblich am Programm *Prevention from Mother to Child* (PMTCT), das die Übertragung des Virus von Mutter zu Kind verhinderte, und führte diverse Forschungen zu HIV/Aids, zur Verbreitung, zum Grad der Ansteckung und den Bedingungen der Ansteckung mit dem Virus und zur Verträglichkeit antiretroviraler Medikamente durch. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten, Patienten für das Programm zu gewinnen (siehe Bill and Melinda Gates 2006), war die Einführung der antiretroviralen Medikamente ein Erfolg. Bis zum Jahr 2014 wurden circa 350 000 Menschen mit antiretroviralen Therapien, die nahezu allen Menschen im Land zugänglich sind (ACHAP 2014: 5), versorgt.

Die Beispiele dieser Interventionen veranschaulichen, wie die Politik internationaler Organisationen nationale Belange entscheidend beeinflussen können. Zwischen 2000 und 2014 wurde mithilfe ausländischer Sponsoren ein innovatives Gesundheitsprogramm errichtet, das allen Bürger/-innen des Landes kostenlos antiretrovirale Medikamente zur Verfügung stellt, und die HIV-Aufklärung und Gesundheitserziehung ausgeweitet. Letztere gibt einer

3 Dabei bemerkt der *Botswana Aids Impact Survey* allerdings, dass 28 Prozent aller Kinder nicht bei den biologischen Eltern leben und warnt, dass diese Kinder einem erhöhten Risiko der Vernachlässigung und Verarmung ausgesetzt sind sowie ihre Erbrechte verlieren könnten (BAIS I: 52).

4 Vergleiche etwa CIA-factbook 2004 oder zusammenfassend Velkhoff und Kowal 2007.

zu Beginn des Millenniums heranwachsenden Generation von Schülern neue Impulse. Botschaften von Risiko, die auf Erfahrungen von Verlust und Krankheit rekurrierten, verliehen HIV-Prävention an „Dringlichkeit“. Gesundheitsprogramme propagierten einen neuen an *safe sex* orientierten Umgang mit dem Körper, der Schutz vor Ansteckung in den Vordergrund schob.

Die Botschaften dieser Programme erreichten neu entstehende bildungsnahe Gruppen besonders gut. Denn diese Gruppen etablierten sich sozial seit den 1980er Jahren vor allem im Kontext von Botsuanas wachsenden Städten. Dazu trugen staatlich geförderte Fortbildungsprogramme in besonderer Weise bei. Wie nahmen gebildete Berufstätige in Botsuana diese Botschaften von Risiko auf? Wie engagierten sie sich im Kampf um HIV/Aids, und bestand für sie die Dringlichkeit, ihr Verhalten in der Pandemie zu ändern? Oder anders und ethnographischer gefragt: Was bewerteten sie als „riskant“, wenn sie über die HIV-Pandemie sprechen, nachdenken und sich öffentlich äußern?

#### 0.4 Ausblick: Thesen, Argumentation und Aufbau dieses Buchs

Jedes der acht folgenden Kapitel leistet einen konzeptuellen und empirischen Beitrag zur Beantwortung der Frage, wie die HIV-Krise in Botsuana rezipiert und (re)produziert wird. Dabei erläutere ich im ersten Kapitel mit Rückgriff auf die ethnologische Debatte meinen konzeptuellen Zugang zu Risiko, Körper und sozialer Ungleichheit. Im zweiten Kapitel lege ich die Methoden und Kontexte der Studie zum Umgang mit HIV/Aids von gebildeten Berufstätigen dar. Die empirischen Kapitel umfassen die Themen Geburt (Kapitel 3), Partnerschaft und Sexualität (Kapitel 4) sowie Elternschaft und Erziehung (Kapitel 5). In den darauf folgenden Kapiteln zu Aktivismus (Kapitel 6) sowie zu neuen Berufswegen, die im Kontext einer sich wandelnden Gesundheitspolitik (Kapitel 7) entstehen, zeige ich, wie sich die Diskurse und Gesundheitspraktiken gebildeter Berufstätiger in den weiteren sozio-politischen Kontext einer aufstrebenden Ökonomie einfügen. Die empirischen Kapitel stellen jeweils einen eigenständigen konzeptuellen Beitrag zur Beantwortung der Frage dar, wie Angehörige der gebildeten Mittelschicht in Botsuana Risiken im Kontext von HIV/Aids wahrnehmen und wie sie mit ihnen umgehen.

Im Fokus der Inszenierung von Risiko der modernen Risikogesellschaft steht die mediale Inszenierung von ansteckenden, kranken, sterbenden und zugleich hochmobilen Körpern, wie sie in Medienberichten über HIV/Aids dargestellt werden. Bedrohlich wird HIV/Aids durch die globale Zirkulation von Körpern, durch die die Gefahr vor Ansteckung plötzlich real zu werden scheint. Angesichts der Zentralität des Körpers für Diskurse von Risiko ist zu fragen, wie der Körper – aus medizinischer Sicht ein Kompositum verschiedener stofflicher Substanzen – aus einer ethnographischen Perspektive heraus verstanden werden kann. In Kapitel eins setze ich mich daher mit den Konzepten des Körpers in der ethnographischen Theorie auseinander. Angelehnt an Mols (2004) ethnographischen Essay *The body multiple* argumentiere ich hier, dass kulturelle, gesellschaftliche und subjektive Deutungen vom Körper vor dem Hintergrund der materiellen Praktiken um den Körper herum, beispielsweise

in der Medizin oder durch Rituale und Feste, zu verstehen sind. Der Körper situiert sich in einer Vielzahl symbolischer, materieller und praktischer Bezüge, die ich in den empirischen Kapiteln ethnographisch ausführe.

Das Wissen um eine HIV-Infektion zu teilen, wird in vielen Gesellschaften und so auch in Gaborone als Risiko empfunden. Diese Tatsache beeinflusste mein Vorgehen, die Abgrenzung meines Forschungsfeldes und meine Forschungszugänge, welche ich im zweiten Kapitel reflektiere. Ausgehend von der Diskussion um Mittelklasse in Afrika als produktiven Zugang zu Fragen sozialer Ungleichheit, entwickle ich die These, dass Angehörige der gebildeten Mittelschicht in Botsuana im täglichen Umgang miteinander HIV/Aids systematisch ausklammern und dass dieser Umgang mit HIV/Aids ein Ausdruck von Aushandlungsprozessen von Status und Einfluss ist.

Laut der ethnographischen Theorie konstituieren sich Körper und Person durch den Austausch von körperfremden und körpereigenen Substanzen, welche durch HIV/Aids zur Bedrohung werden. Unter diesem Aspekt diskutiere ich in Kapitel drei die pränatale Versorgung von Schwangeren, die Feier des *baby shower*, eines konsumistischen Rituals gebildeter Berufstätiger in Gaborone, sowie die historisch etablierte Praxis der *botsetsi*, die dem Schutz der jungen Mutter und des Neugeborenen gilt. Genau diese Formen von Schutz werden zu einer sozialen Gefahr, weil sie das Risiko bergen, dass Verwandte von einer HIV-Infektion erfahren. Dagegen verspricht eine durch HIV veränderte biomedizinische Praxis in Gaborone, nicht nur das Leben von Mutter und Kind zu erhalten, sondern bietet auch einen sozialen Schutzraum der Anonymität. Darin zeigt sich, dass Krankenhäuser und Privatkliniken für schwangere Frauen der Mittelschicht eine Möglichkeit darstellen, persönliche Autonomie innerhalb von verwandtschaftlichen Netzwerken neu zu verhandeln.

Kapitel vier mit dem Kurztitel „Körperbilder“ widmet sich den symbolischen Repräsentationen des Körpers im Kontext von HIV/Aids in der HIV-Aufklärung und fragt nach den gewandelten Vorstellungen des Körpers bei gebildeten Berufstätigen in Botsuana. Im Kontext von HIV/Aids wird der sexuell aktive Körper zur Gefahr für das Individuum. Ich argumentiere in diesem Kapitel, dass die christliche Ethik der Kontrolle von Sexualität und Reproduktion, an welche die HIV-Aufklärung in der Schule anknüpft, eine starke emotionale und suggestive Kraft entwickelt. Ihre Suggestionskraft bezieht die christliche Ethik nicht zuletzt darauf, dass christliche Lebensführung für gebildete Berufstätige nach der Unabhängigkeit des Landes im Jahr 1966 identitätsbildend wurde.

Säuglinge und Kleinkinder stellen den Inbegriff des schützenswerten Lebens dar, und ihre Gefährdung kann als Bedrohung der gesellschaftlichen Zukunft verstanden werden. Im fünften Kapitel analysiere ich Debatten über den Schutz der Familie und damit einhergehend Fragen sozialer Sicherheit beziehungsweise Unsicherheit in Botsuanas Öffentlichkeit. Dabei argumentiere ich, dass sich in öffentlichen Debatten um Elternschaft latente Spannungen zwischen Statusgruppen – nämlich kirchlichen Autoritäten, etablierten Politikern und alten politischen Eliten sowie einem aufstrebenden Bildungsbürgertum – offenbaren. So ist die öffentliche Verständigung über Familie im Zeitalter von HIV/Aids in Botsuana als Aushandlung sozialer Ungleichheit zu verstehen. HIV/Aids wird zur Metapher für gesellschaftlichen Wandel und Umbruch schlechthin.

In Kapitel sechs wird die Rolle von HIV-Aktivistinnen im Kampf gegen HIV/Aids diskutiert und gezeigt, dass ihnen ihr Engagement neue Möglichkeiten der Mitbestimmung des öffentlichen Lebens bot. Mit Rückgriff auf Boltanskis Buch *Distant suffering* argumentiere ich, dass diese Pionierinnen im Kampf gegen HIV/Aids dabei neue Kategorien sozialer Differenzierung schufen, nämlich einerseits die Hilfsbedürftigen, denen ihr Engagement galt, und andererseits diejenigen, die in einer sozial-ökonomisch starken Position waren, Hilfe anzubieten. Diese Neubewertung von Hilfsangeboten hatte den Effekt, dass die Kommunikation über den HIV-Status erneut zum Marker für gesellschaftliche Differenz gesehen wird.

Was passiert, wenn die internationalen Organisationen, die den kostenintensiven Aufbau einer Infrastruktur unterstützt haben, wieder abgezogen werden? Kapitel sieben analysiert den Wandel von Diskursen über Gesundheit nach 2009, als sich die Hauptsponsoren der antiretroviralen Programme aus Botswana zurückzogen, und diskutiert die Rolle des Staats für die Aufrechterhaltung von Gesundheit. Nach 2009 wird Gesundheit nicht mehr länger vorrangig als Bürgerrecht verhandelt, sondern unter marktwirtschaftlichen Prinzipien betrachtet. Anhand zweier Beispiele – der Ausbau einer vom Staat finanzierten privatmedizinischen Einrichtung und eine neue Präventionsstrategie nach 2009 – weise ich hier nach, dass aus der Krisenintervention, der Ankunft von neuen Technologien und der Schulung von Expertise neue – wenn auch instabile – Infrastrukturen erwachsen.

Im letzten Kapitel werden die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel zusammengefasst und im Licht von Becks Thesen zur Risikogesellschaft reflektiert. Hier beschreibe und bewerte ich abschließend, wie die Wahrnehmung von Risiko und Gefahr die Handlungshorizonte gebildeter Berufstätiger beeinflusst, und erörtere den Einfluss staatlicher Maßnahmen zur Risikovermeidung auf die Produktion sozialer Ungleichheit. Ich komme zu dem Schluss, dass staatliche Aufklärungsprogramme über HIV/Aids, welche im Rahmen der Risikobekämpfung gefördert werden, zwar einen wichtigen Rahmen für Handlungshorizonte gebildeter Berufstätiger setzen, gesellschaftliche Aushandlungsprozesse von sozialer Ungleichheit jedoch jenseits staatlicher Politik stattfinden und latente Spannungen historisch gewachsener Statusgruppen abbilden.