

Lampe, Birgit

Working Paper

Die Bedeutung von 'Gender' in latein-amerikanischen HIV-Aids-Programmen - eine Befragung von Nicht-Regierungsorganisationen

WZB Discussion Paper, No. P 99-204

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Lampe, Birgit (1999) : Die Bedeutung von 'Gender' in latein-amerikanischen HIV-Aids-Programmen - eine Befragung von Nicht-Regierungsorganisationen, WZB Discussion Paper, No. P 99-204, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47391>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P99-204

**Die Bedeutung von ‚Gender‘ in latein-
amerikanischen HIV/Aids-Programmen
- eine Befragung von
Nicht-Regierungsorganisationen -**

von

Birgit Lampe

Berlin, August 1999

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

DISCLAIMER

„The findings, interpretations and views expressed in this publication/paper are entirely those of the author, and do not necessarily reflect official policy or positions of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).“

Abstract

Auch in Lateinamerika steigt die Zahl der Frauen, die mit HIV/Aids leben, proportional stärker an als die der Männer. Heterosexuell lebende Frauen sind aufgrund physiologischer und biologischer Faktoren, aber insbesondere durch gesellschaftlich determinierte Geschlechterrollen von einer Infektion mit HIV/Aids besonders bedroht. Präventionsprogramme sind besonders effektiv, wenn sie gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie diese berücksichtigen. Nichtstaatlich organisierte Gruppen spielen bei der Entwicklung und Umsetzung innovativer und zielgruppenspezifischer Präventionsmaßnahmen eine wichtige Rolle, weil sie oftmals über eine starke Anbindung an die angesprochen Klientel verfügen.

Die Frage, in welchem Umfang und in welcher Form (Frauen-Gesundheits-)NGOs in Lateinamerika das Geschlechterverhältnis in ihren HIV/Aids-Programmen berücksichtigen, wird in der vorliegenden Arbeit anhand einer empirischen Untersuchung bearbeitet.

Während im ersten Teil als Hintergrund für die Datenanalyse in die Kategorie ‚Gender‘ eingeführt wird sowie genderspezifische Implikationen für HIV/Aids herausgearbeitet und insbesondere auf den lateinamerikanischen Kontext bezogen werden, steht im zweiten Teil die Analyse der HIV/Aids-Programme der befragten Organisationen im Vordergrund. Fokussiert werden das Verständnis von ‚Gender‘ und dessen Umsetzung in die Praxis, die Zielgruppenspezifität der Programme und die Verknüpfung der HIV/Aids-Problematik mit dem Bereich der reproduktiven Rechte.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen bei den befragten NGOs ein hohes Maß an Problembewußtsein sowie eine Vielzahl gendersensitiv ausgerichteter Aktivitäten, in denen dieses Bewußtsein in der Praxis umgesetzt wird. Sie erkennen damit eine aktuell bedeutsame und gesundheitspolitisch relevante Problemstellung und reagieren darauf mit einer Veränderung oder einer Neuschaffung von Angeboten. Auffällig ist jedoch, daß diese Programme oft an den Umsetzungsbedingungen zu scheitern drohen.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	9
1.1 Forschungsstand	11
1.2 Anlage der Untersuchung und Auswahl der Methode.....	12
2 Die Kategorie ‚Gender‘	14
2.1 Genderspezifische Implikationen für HIV/Aids.....	16
2.2 Anforderungen an gendersensitive HIV/Aids-Programme.....	18
2.2.1 Genderverständnis.....	19
2.2.2 Politische Einflußnahme.....	19
2.2.3 Angebotsstruktur	20
2.2.4 Angebotsinhalte.....	21
3. Die lateinamerikanischen Rahmenbedingungen.....	23
3.1 Die HIV/Aids-Epidemie	24
3.2 Gender und HIV/Aids: die Spezifik in Lateinamerika	25
3.3 Nichtstaatliche HIV/Aids-Arbeit.....	27
4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung	30
4.1 Das Verständnis der NGOs von der Kategorie ‚Gender‘	30
4.1.1 Die Umsetzung der HIV/Aids-Aktivitäten	30
4.2 Reproduktive Rechte als eine Rahmenbedingung der NGO-Programme	33
4.2.1 Schnittpunkte der Bereiche reproduktive Rechte und HIV/Aids-Prävention	33
4.2.2 Die Bedeutung reproduktiver Rechte in der HIV/Aids-Arbeit der befragten NGOs.....	35
4.3 Zielgruppe der NGOs.....	36
4.3.1 Sexarbeit im Kontext von HIV/Aids	37
4.3.2 Sexarbeiterinnen und Nichtsexarbeiterinnen in den NGO-Aktivitäten.....	39
4.4 Grenzen und Möglichkeiten der Umsetzung der HIV/Aids-Programme	42
5 Fazit	44
6 Literatur	47
7 Anhang	56

1 Einleitung

Nach Schätzungen von UNAIDS infizierten sich 1997 weltweit täglich etwa 14 000 erwachsene Menschen¹ mit HIV/Aids, davon waren mehr als 40 Prozent Frauen. Insgesamt lebten Ende 1997 mehr als 30 Millionen Menschen weltweit mit HIV/Aids, davon rund 90 Prozent in Ländern der ‚Dritten Welt‘². Im Gegensatz zu den sinkenden Infektionsraten in den westlichen Industrienationen wird in den meisten Ländern der ‚Dritten Welt‘ mit einer Verschärfung der Situation gerechnet (vgl. UNAIDS 1997d/1ff. und 1998/6ff.).

Wenn es auch in den letzten Jahren zu bahnbrechenden Verbesserungen bei der Behandlung der Infektionskrankheit kam, so daß von einer Normalisierung von HIV/Aids im Sinne einer Wandlung von einer unausweichlich tödlichen in eine chronische Erkrankung zu sprechen begonnen wird (vgl. Rosenbrock 1995 und 1999), so gilt dieser Fortschritt größtenteils als Privileg für westliche Industrienationen, die eher in der Lage sind, den hohen Preis für die erforderlichen Medikamente zu bezahlen als die meisten Länder der ‚Dritten Welt‘. Eine ungefährliche und sichere Impfung gegen HIV/Aids wurde bisher nicht entwickelt. Andere Formen der Prävention sind also weiterhin die einzig wirksame Methode gegen das Fortschreiten der Pandemie (vgl. Francis 1996/186ff.; UNAIDS/WHO 1998/42ff.).

Warum genderspezifisch forschen?

Zu Beginn der HIV/Aids-Epidemie Ende der 70er Jahre lag der Fokus der Forschung, Versorgung und Behandlung und auch der Präventionsmaßnahmen auf homosexuellen Männern. Es wurde vermeintlich ‚geschlechtsunspezifisch‘ geforscht und behandelt, ausgehend von der Annahme, daß Frauen und Männer in bezug auf HIV/Aids die gleichen Bedürfnisse, Bedingungen und Symptome hätten (vgl. Reid 1992/658ff.; Stein/Kuhn 1996/229; De Bruyn 1992/250).

Tatsächlich war der Anteil an mit HIV/Aids infizierten Frauen wesentlich geringer als bei Männern.³ Einschränkend muß dazu gesagt werden, daß aufgrund des Forschungsdefizites bezüglich der frauenspezifischen Symptomatik Aids bei Frauen oftmals in einem späteren Stadium diagnostiziert wurde als bei Männern (vgl. WHO/GPA 1995; Heise/Elias 1995; Marte 1996/230ff.; De Bruyn 1992/250).

Mittlerweile hat sich jedoch herausgestellt, daß, wenn auch in allen Regionen unterschiedlich, der Anteil von Frauen, die mit HIV/Aids leben, proportional schneller ansteigt als der der Männer (vgl. UNAIDS 1996a/2; Vuylsteke/Sunkutu/Laga 1996/97). Heterosexuell lebende Frauen sind durch physiologisch und biologisch begründete Faktoren, aber besonders durch ihren zumeist niedrigeren sozialen, ökonomischen und politischen Status stärker von einer Infektion mit HIV/Aids bedroht als heterosexuelle Männer. In heterosexuellen Beziehungen

¹ Als Erwachsene sind hier Menschen zwischen 15 und 49 Jahren definiert (vgl. UNAIDS 1997d/2).

² Der Begriff ‚Dritte Welt‘ wird hier nur zögernd und in Anführungsstrichen als grobe Zuschreibung im Unterschied zu den westlichen Industrienationen verwendet, weil er nicht mehr der aktuellen Grenzziehung zwischen ‚Entwicklung‘ und ‚Unterentwicklung‘ entspricht (vgl. Rott 1992/7; Landauer/Lanz/Schwarze 1993/7).

³ In einigen Ländern südlich der Sahara war allerdings bereits während der ersten HIV/Aids Dekade die Verteilung der HIV/Aids Infektionen bei Männern und Frauen etwa gleich (Vgl. Vuylsteke/Sunkutu/Laga 1996/97).

spiegeln sich quasi die gesellschaftlich determinierten Geschlechterungleichheiten (vgl. Rao Gupta/Weiss/Whelan 1996/215ff.; Vuylsteke/Sunkutu/Laga 1996/97ff; WHO 1994).

„Sexual relations are rightly perceived as mirroring the gender inequities that characterize the social and economic spheres of life and therefore, to make a difference in the power dynamics of sexual interactions, require a deconstruction of prevailing power relations, identifying their elements, and finding ways to increase women's access to each of those elements.“ (Rao Gupta 1995/5)

Mit der Veröffentlichung dieser Trends stieg zwar das Bewußtsein in Institutionen und in der Öffentlichkeit hinsichtlich der Verquickung der besonderen HIV/Aids-Gefährdung von Frauen mit dem unterschiedlichen gesellschaftlichen Status von Männern und Frauen.⁴ Dennoch gibt es noch immer besonders in der konkreten Planung und Umsetzung gendersensitiver Programme erhebliche Defizite (vgl. Garcia-Moreno 1991/97f.; Rao Gupta/Weiss/Whelan 1996/215; D'Cruz-Grote 1996/1071ff.; Whelan/Rao Gupta 1998).

Präventionsbemühungen

Wenn Prävention noch das einzig wirkungsvolle Mittel gegen das Fortschreiten der Pandemie darstellt, so sind Formen und Inhalte der dafür auf unterschiedlichen Ebenen entwickelten Programme von essentieller Bedeutung. Effektive HIV/Aids-Präventionsprogramme sollten zum Ziel haben, alle relevanten Bevölkerungsgruppen zu erreichen, den soziokulturellen Bedürfnissen und Bedingungen angepaßt zu sein und das Geschlechterverhältnis zu berücksichtigen. Diese Faktoren haben einen wichtigen Einfluß auf den Verlauf und den Umgang mit der Epidemie. Als größtenteils sexuell übertragene Erkrankung unterliegt ein offensiver Umgang mit den Risikofaktoren beinahe durchgängig einem Tabu. HIV/Aids bedeutet Stigmatisierung und Diskriminierung von sogenannten Risikogruppen und von Menschen mit HIV/Aids.

Nichtregierungsorganisationen (NGOs) übernehmen oftmals Arbeit in Bereichen, die in der staatlichen Politik (noch) wenig Beachtung finden oder als zu heikel empfunden werden. Sie arbeiten basisnah und können somit auf ihre jeweiligen Zielgruppen besser direkt Einfluß nehmen. Gerade NGOs, die sich mit dem Geschlechterverhältnis und in diesem Rahmen mit HIV/Aids beschäftigen, entstanden häufig aus sozialen Bewegungen wie der Frauenbewegung oder der Frauengesundheitsbewegung (vgl. Nohlen 1989/493; Portugal/Matamala 1993/272f.; O'Malley/Nguyen/Lee 1996/344ff.). Nichtstaatliche Organisationen spielen seit dem Beginn der Epidemie in allen Regionen eine unverzichtbare Rolle in der Präventions- und Versorgungsarbeit (vgl. Norwegian Red Cross 1988).

Vor diesem Hintergrund wird im folgenden die Situation in den Ländern Lateinamerikas genauer beleuchtet, indem eine Verknüpfung zwischen der Kategorie ‚Gender‘ und deren Relevanz hinsichtlich der HIV/Aids-Epidemie insbesondere für Lateinamerika geschaffen wird, und später anhand einer empirischen Erhebung der Frage nach der Implementierung von Gender in nichtstaatlichen HIV/Aids-Programmen nachgegangen wird.

⁴ Beispielsweise stand der World-AIDS-Day 1990 unter dem Motto ‚Frauen und AIDS‘ (vgl. Garcia-Moreno 1991/98).

1.1 Forschungsstand

Der Stand des (veröffentlichten) Wissens über die Implementierung des Geschlechterverhältnisses in nichtstaatlichen HIV/Aids-Programmen insbesondere in Lateinamerika ist sehr begrenzt. Zwar gibt es Studien über geschlechtsspezifische Risikofaktoren und deren Präventionsmöglichkeiten, aber wenig über die Umsetzung der daraus abgeleiteten Lösungsstrategien (z.B. ICRW 1993). Auch sind Forschungen und Beiträge zur Thematik ‚Frauen und Aids in der lateinamerikanischen Region‘ erhältlich; wiederum fehlt jedoch der Aspekt der Implementierung der Ansätze in Programme (z.B. Kimball/Salvatierra González/Zacarías 1993). Die Forschungsergebnisse einer Teilstudie in Guatemala beispielsweise (ICRW 1994) heben den Aspekt der Akzeptanz von HIV/Aids-Präventionsveranstaltungen hervor, die von einer NGO in öffentlich zugänglichen Gesundheitseinrichtungen für schwangere Frauen durchgeführt werden. Ausführliche Ergebnisse der Untersuchung über die Umsetzung der Forschungsergebnisse der Gesamtstudie (ICRW 1993) in NGOs sind noch nicht zugänglich. Eine Projektbeschreibung einer mexikanischen Frauen-NGO, die genderspezifische HIV/Aids-Programme anbietet, findet sich bei Berer und Ray. Unter Einbeziehung einer Klassen- und Genderperspektive sowie eines ganzheitlichen Gesundheitskonzeptes führen sie HIV/Aids-Präventionsworkshops für Frauen durch (Hernández Cárdenas 1993).

In einer weiteren ICRW-Studie (ICRW 1996a) wurden bezogen auf ein Aids-Awareness-Projekt in Thailand Erfolgsstrategien der NGO hervorgehoben. Dazu gehörten z.B. die Einrichtung geschlechtssegregierter Gruppen über Sexualität versus gemischtgeschlechtlicher Gruppen zum Präventionsverhalten. Die sozioökonomische Situation von Frauen wurde in der Studie berücksichtigt, und es wurde versucht, den allgemeinen Bildungsstand der weiblichen Klientel zu verbessern, um die ökonomische Abhängigkeit vom Partner zu verringern (ICRW 1996a). Vergleichbare Studien zu Lateinamerika liegen nicht vor.

Weitere Untersuchungen, die sich auf NGOs in der HIV/Aids-Arbeit beziehen, erwähnen zwar teilweise Gender in ihren Ergebnissen als zu berücksichtigenden Faktor, analysieren ihn aber nicht systematisch als der Fragestellung der Untersuchung inhärent (International HIV/AIDS Alliance 1996; O'Malley/Nguyen/Lee 1996).

Für die lateinamerikanische Region sind Untersuchungen über chilenische NGOs im Gesundheitsbereich (Prosaps/Corsaps 1991) und über chilenische Frauen-NGOs (Schuurman/Heer 1992) zugänglich. Erstere klammert allerdings das Geschlechterverhältnis, die zweite Gesundheitsprogramme aus.

Eine sehr detaillierte Untersuchung argentinischer NGOs, die im HIV/Aids-Bereich arbeiten, liefern Biagini und Sánchez. Sie beschreiben und analysieren Programme, Organisationsstrukturen und Modalitäten der Organisationen im Hinblick auf ihre Praktiken und ihren Umgang mit der Epidemie. Das Geschlechterverhältnis als einflussreicher Faktor für die Entwicklung der Epidemie wird nicht systematisch in die Untersuchung eingebunden und findet somit kaum Erwähnung (Biagini/Sanchez 1995).

Über die konkrete Umsetzung der Genderperspektive in lateinamerikanischen zu HIV/Aids arbeitenden NGOs sind folglich kaum Veröffentlichungen erhältlich, insbesondere fehlen systematische Auswertungen und Evaluierungen.

In welchem Umfang und in welcher Form also berücksichtigen (Frauen-Gesundheits)-NGOs in Lateinamerika das Geschlechterverhältnis in ihren HIV/Aids-Programmen? Und: Unter welchen Rahmenbedingungen arbeiten diese Organisationen? Welche Möglichkeiten und Grenzen erfahren sie in ihrer Arbeit? Diese Fragestellungen sind zentral für die vorliegende Untersuchung.

1.2 Anlage der Untersuchung und Auswahl der Methode

Das Datenmaterial der Studie habe ich im Auftrag des ‚Joint United Nations Programme on HIV/AIDS‘ (UNAIDS) im Herbst 1996 erhoben. Für UNAIDS stand eine erste Kontaktaufnahme mit lateinamerikanischen NGOs in diesem Bereich sowie ein ‚First Field Test‘ auf diesem Gebiet im Vordergrund des Erkenntnisinteresses. Dementsprechend wurde die Auswahl des Untersuchungssamples maßgeblich von UNAIDS beeinflusst.⁵

Gemäß der Fragestellung, der technischen Möglichkeiten und den Zielsetzungen erschien ein Forschungsdesign am geeignetsten, das als postalische ExpertInnenbefragung mit explorativem Charakter im Bereich der Geschlechterforschung angesiedelt werden konnte (vgl. Meuser/Nagel 1991 und 1994; Bortz/Döring 1995). Insgesamt wurde der Fragebogen mit größtenteils offen gehaltenen Fragen an 20 NGOs in Ecuador, Guatemala, Chile und Mexiko geschickt⁶. Die Rücklaufquote betrug 75% inklusive einem ungültigen Fragebogen, so daß 14 Rückantworten bei etwa gleicher Verteilung auf die vier Länder ausgewertet werden konnten. Die Auswertung des Datenmaterials orientiert sich an den Grundzügen der explizierenden, qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Bortz/Döring 1995; Mayring 1990; Dreier 1997). Anhand von Kernfragen wurde das empirische Material aus unterschiedlichen Perspektiven bearbeitet und gegliedert. Fokussiert wurde in der Auswertung der Umgang mit dem Begriff ‚Gender‘, die Einbeziehung der reproduktiven Rechte und die Zielgruppe der NGOs. Bezüglich der Rahmenbedingungen der NGO-Arbeit untersuche ich die Unterstützungsbedürfnisse und die Arbeitsweise der Organisationen. Die an das Datenmaterial gerichteten Fragen sind aus den im Teil 2.2 vorgestellten Anforderungen an gendersensitive HIV/Aids-Arbeit ausgewählt, so daß die befragten Organisationen in bezug auf die Umsetzung dieser Anforderungen überprüft werden konnten.

Die Studie soll und kann keinen Anspruch auf Repräsentativität beanspruchen. Dies war nie Ziel der Untersuchung. Bei der Betrachtung des Datenmaterials und der Analyseergebnisse ist zu beachten, daß eine mögliche Verhaltensbeeinflussung durch einen Sponsorship-Bias vermutet werden muß, wonach konkrete Vermutungen über den Auftraggeber einer Untersuchung sowie über das Untersuchungsziel zu Antwortverfälschungen führen kann (vgl. Bortz/Döring 1995; Jones 1979). In diesem Fall kann von einem gewissen potentiellen Abhängigkeitsverhältnis zwischen UNAIDS als vermuteter Geberorganisation und dem Sample

⁵ Ich möchte besonders Dr. Purnima Mane, Dr. Bertha Gomez de Cortes und Dr. Gunilla Ernberg für ihre Unterstützung und konstruktive Kritik während meines Praktikums bei UNAIDS danken.

⁶ Die befragten Organisationen sind größtenteils in den 80er und 90er, einige bereits in den 70er Jahren gegründet worden. Hinsichtlich ihrer Arbeitsweise und -bedingungen erscheinen die NGOs eher heterogen. Homogenität besteht vor allem darin, daß das Thema ‚HIV/Aids und Geschlechterverhältnis‘ einen Arbeitsschwerpunkt darstellt. Ein ausführlicheres Profil der befragten Organisationen entsteht in Kapitel 4.

ausgegangen werden. Im Anschreiben des Fragebogens wurde jedoch keinerlei Finanzhilfe für die befragten Organisationen in Aussicht gestellt.

Ihre Gültigkeit erhält die Studie zum einen in der Ermittlung eines im Datenmaterial auszumachenden Trends und im Sinne des Konzeptes der „exemplarischen Verallgemeinerung“ (Wahl u.a. 1982/206), aufgrund dessen eine Generalisierung der Ergebnisse zulässig ist, die über eine Beschreibung der Befragungsinhalte hinausgeht.

2 Die Kategorie ‚Gender‘

„Men and women play different roles in society, their gender differences being shaped by ideological, historical, religious, ethnic, economic and cultural determinants. These roles show similarities and differences between classes as well as societies.“ (Moser 1989/1800)

Mittlerweile hat die Kategorie ‚Geschlecht‘ in den Sozialwissenschaften die Rolle einer „strukturelevanten Statusrolle“ (Dietzen 1993/11) erlangt, die vergleichbar ist mit theoretischen Konzepten wie ‚Klasse‘ oder ‚Schicht‘. Dies bedeutet die Anerkennung der Kategorie ‚Geschlecht‘ als grundlegende Dimension von Gesellschaftsorganisation. Geschlechterrollen werden in modernen Gesellschaften von dichotomen Zuschreibungen zu den beiden Geschlechtern geprägt. Dabei fungiert ‚das Männliche‘ als Vorbild, ‚das Weibliche‘ als seine Negativfolie. Mit ‚dem Männlichen‘ wird der Bereich Kultur und Öffentlichkeit verbunden; mit ‚dem Weiblichen‘ die Natur und das Private (vgl. Dietzen 1993; Bublitz 1992). Vor allem körperliche Attribute der Frau, insbesondere ihre Fähigkeit, Kinder zu gebären, dient hierfür als Legitimation. Damit avanciert die Geschlechterordnung zu einer quasi ‚natürlichen Ordnung‘, in der Frauen überwiegend reproduktive Tätigkeiten mit gesellschaftlich geringerer Anerkennung zugewiesen werden (vgl. Bublitz 1992; Honegger 1991; Saltzman Chafez 1990). Ein weiteres Merkmal ist die mit der reproduktiven Rolle in Zusammenhang stehende Vergesellschaftung des weiblichen Körpers. Regional unterschiedlich ausgeprägter Zugang zu reproduktiven Rechten, also zu der Möglichkeit zur Selbstbestimmung über den eigenen Körper von Frauen wird nationalstaatlich und international durch Bevölkerungspolitik festgelegt (vgl. Duden 1991; Rott 1992/22f.; Wichterich 1994; Schultz 1994).

Bei der Untersuchung der Kategorie ‚Geschlecht‘ geht es um die Betrachtung der beiden Geschlechter in einem relationalen Machtverhältnis, das für Frauen im allgemeinen Unterdrückung, Ausgrenzung und Benachteiligung bedeutet. Seit den 70er Jahren hat sich in der feministischen Wissenschaft die Unterteilung der Kategorie in zwei Ebenen - Sex und Gender - durchgesetzt. Gender bezeichnet dabei die soziokulturelle und institutionalisierte Ebene des Geschlechterverhältnisses, durch der dem biologischen Geschlecht (Sex) abhängig von Region, Epoche und Kultur Bedeutung verliehen wird (Østergaard 1994; Bublitz 1992; Brett 1991).

Die Genderkategorie ist weiterhin innerhalb von Gesellschaften, aber auch innerhalb der Gruppen ‚Männer‘ und ‚Frauen‘ durch Faktoren wie Klasse und ethnische Zugehörigkeit sowie zwischen Angehörigen unterschiedlicher Länder durch das Machtverhältnis zwischen Industrienationen und ‚Dritte-Welt-Ländern‘ geprägt (vgl. Østergaard 1994; Bublitz 1992; Underwood 1991; Becker-Schmidt/Knapp 1987; Moser 1989). Diese Begriffsdichotomie hat aber seit Ende der 80er Jahre beginnend in den USA in Teilen der feministischen Diskussion eine grundlegende Kritik erfahren.⁷

⁷ Poststrukturalistische Ansätze zeigen die Konstruiertheit der Festschreibung von zwei eindeutigen Geschlechtern als binäres System innerhalb der bestehenden Machtverhältnisse auf. Es wird auf die soziale Konstruiertheit der Fußnote wird auf der nächsten Seite fortgesetzt

Entwicklungszusammenarbeit

Die aufgezeigte sozialwissenschaftliche Analysegrundlage läßt sich als Perspektive auf die Entwicklungszusammenarbeit übertragen, deren Kontext für die von mir befragten lateinamerikanischen NGOs von großer Bedeutung ist. Beispielsweise bilden Fördermittel von internationalen Organisationen, Stiftungen und Institutionen sowie Entwicklungshilfetöpfen wirtschaftlich einflußreicher Staaten oftmals eine wichtige Grundlage für die Finanzierung nicht-staatlicher Organisationen. Auffällig erscheint, daß die vorherrschenden Entwicklungstheorien (Modernisierungs- und Dependenztheorien) in ihrer ökonomistischen Ausrichtung das Geschlechterverhältnis weder berücksichtigen, noch als für die Definition von Entwicklung relevant erachten (vgl. Scott 1995; Calvert/Calvert 1996; Wolff 1993; Nohlen 1989).

Im Zuge der internationalen Frauendekade 1975-1985 hielt die Diskussion um die Rolle der Frau erstmals Einzug in Entwicklungspolitik und -strategien. Der Plan der Weltbank und der führenden Entwicklungshilfeorganisationen von der Integration der Frauen in den Weltmarkt („Women in Development“; WID) hatte zur Folge, daß Frauen insgesamt als bisher unentdeckte Ressource funktionalisiert wurden. Die finanziell unterstützten, größtenteils einkommensschaffenden Maßnahmen konnten keine Überlebensgrundlage schaffen, denn die Frauen waren mit Mehrarbeit aufgrund mangelnder Umverteilung reproduktiver Aufgaben belastet, und die Geschlechterhierarchie wurde nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Dennoch wird als positive Folge der Frauendekade ein gewachsenes Bewußtsein bei der UNO und Regierungen gegenüber der systematischen Unterdrückung von Frauen beobachtet. Gleichzeitig entstanden in dieser Zeit eine große Anzahl nichtstaatlicher Frauenorganisationen, in denen Frauen sich organisieren und zusammenschließen konnten. Es formierte sich eine internationale Frauenbewegung (vgl. Wichterich 1987 und 1995; Schunter-Kleemann 1989; Rott 1992; Brett 1991; Moser 1989; Gruppe Strukturanpassung und Frauen 1992; Penny 1991). In Ablösung von WID wird nun innerhalb der Entwicklungszusammenarbeit das Geschlechterverhältnis betrachtet („Gender and Development“; GAD).

„No study of women and development can start from the viewpoint that the problem is *women*, but rather *men and women*, and more specifically the *relations* between them“ (Østergaard 1994/6) (Kursiv im Original, B.L.).

Umsetzung findet dieser Ansatz größtenteils in Gendertrainings und in Bemühungen des Mainstreamings des Genderkonzeptes innerhalb der Geber- und Nehmerorganisationen. Mainstreaming bedeutet, daß Fragen des Geschlechterverhältnisses nicht ausschließlich in einem gesonderten Referat bearbeitet werden, sondern daß im Gegenteil alle Arbeitsbereiche diese Aspekte in ihrer Arbeit aufgreifen (Moser 1993 und 1996; Constantino-David 1994; Østergaard 1994; Wichterich 1995).

Gesundheit

Bei der Betrachtung des Bereiches Gesundheit fällt auf, daß es bezüglich des Gesundheitsrisikos, der Gesundheitsversorgung und der Rolle innerhalb des Gesundheitssystems große geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Gender, Entwicklung und Gesundheit sind relationale

heit der Sex-Kategorie hingewiesen (vgl. z.B. Butler 1991). Für meine Arbeit spielt diese Diskussion keine Rolle, da die Einteilung in zwei Geschlechter - Frauen und Männer - von den befragten NGOs im empirischen Material nicht in Frage gestellt wird.

Faktoren. Der Bereich der reproduktiven Gesundheit stellt konkret eine große Gesundheitsbedrohung für Frauen dar, neben dem allerdings andere Gesundheitsrisiken für Frauen kaum in der Forschung über und der Planung von Projekten der Entwicklungszusammenarbeit beachtet werden. Faktoren wie ein niedrigerer politischer und gesellschaftlicher Status von Frauen (z.B. Bildung, ökonomische Abhängigkeit) beschränken die Möglichkeiten einer gleichberechtigten Gesundheit(sversorgung). Bezüglich der Basisgesundheitsversorgung sind Frauen innerhalb der Familie als Versorgende für die Krankenpflege und die Grundbedürfnisbefriedigung verantwortlich und dies unter zunehmender Belastung, wenn beispielsweise als Folge von Strukturanpassungsmaßnahmen des Internationalen Währungsfonds (IWF) und der Weltbank die öffentlich-staatliche Gesundheitsversorgung gekürzt wird. Gesundheitsprojekte sollten, um der Lebensrealität der Klientinnen gerecht zu werden, diese Vielschichtigkeit berücksichtigen (vgl. Østergaard 1994; Jacobson 1993; Verwey 1992; Leslie 1992; Vlassoff 1994; Okojie 1994; Smyke 1991; Patton 1994; Koblinsky/Timjayan/Gay 1993).

2.1 Genderspezifische Implikationen für HIV/Aids

„Three facts are clear: women are increasingly affected in direct, indirect, and complex ways by the HIV/Aids pandemic; research, prevention, and care activities for women have been slow to develop; and the attention - action gap for women and HIV/Aids remains large.“ (Rao Gupta/Weiss/Whelan 1996/215)

Die im Vergleich zu Männern schneller ansteigende Infektionsrate bei Frauen steht im Zusammenhang mit einer besonderen Gefährdung von Frauen in bezug auf die HIV/Aids-Epidemie. Der dominante Übertragungsweg für Frauen ist ungeschützter heterosexueller Geschlechtsverkehr, sowohl vaginal als auch anal⁸ (vgl. Ehrhardt 1996/259f.; UNAIDS 1996b). Biologische und physiologische Faktoren sind auf der einen Seite verantwortlich, daß das Übertragungsrisiko für HIV/Aids für Frauen bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr 2-4 mal größer sein kann als für Männer. Vermutlich liegt dies an der höheren Konzentration des Virus im Sperma, an der längeren Verweildauer des Spermas in der Vagina/im Anus und an der für Verletzungen empfindlicheren Vaginalschleimhaut (vgl. WHO 1994; Berer 1993/118; Vuylsteke/Sunkutu/Laga 1996/98; Stein/Kuhn 1996/229). Als zusätzliche Risikofaktoren gelten unbehandelte sexuell übertragbare Erkrankungen (STD, sexually transmitted diseases) sowie Unterleibserkrankungen (RTI; reproductive tract infections). Erstere verlaufen bei Frauen zumeist asymptomatisch und somit unbehandelt, zweitens werden oft als ‚natürlicher Bestandteil‘ des Frauenlebens betrachtet und deshalb nicht beklagt. Zudem unterliegen diese Infektionen als mit Sexualität in Verbindung stehend einem Tabu, so daß viele Frauen sich scheuen, eine STD-Klinik aufzusuchen, um der damit einhergehenden Stigmatisierung zu entgehen (vgl. Vuylsteke/Sunkutu/Laga 1996/97ff; Gelmon/Piot 1996/99f.; Berer 1993/118; Wasserheit 1993/32ff.; KIT/SAfAIDS/WHO 1995/6 und 10; Bassett/Mhloyi 1993/128; Vlassoff 1994/1249). Die epidemiologischen Daten weisen darauf hin, daß Frauen durchschnittlich

⁸ Ungeschützter empfangender Analverkehr ist das gefährlichste Risikoverhalten bezüglich der Übertragung von HIV/Aids, gefolgt von ungeschütztem empfangendem vaginalen Geschlechtsverkehr. Das Risiko einer HIV/Aids Infektion wird bei unsafem Sex zwischen Frauen nicht für unmöglich, aber doch für relativ gering eingeschätzt (vgl. Ehrhardt 1996/259; Berer 1993/116f.).

in jüngerem Alter als Männer von HIV/Aids betroffen sind. Ein Grund ist die noch nicht völlig entwickelte Vaginalschleimhaut, wodurch eine Infektion mit HIV/Aids leichter als bei erwachsenen Frauen erfolgen kann (vgl. Stein/Kuhn 1996/229; KIT/SAfAIDS/WHO 1995/10f.). Weibliche Beschneidung, Vergewaltigung oder ‚trockener Sex‘⁹ erhöhen zusätzlich das Verletzungsrisiko in der Vagina und somit parallel das Infektionsrisiko. Auch bestimmte Empfängnisverhütungsmittel wie orale Kontrazeptiva, Spermizide und die Spirale stehen im Verdacht, Reizungen der Vaginalschleimhaut hervorzurufen (vgl. Stein/Kuhn 1996/233; Berer 1993/119ff.; KIT/SAfAIDS/WHO 1995/11).

Auf der anderen Seite sind es gesellschaftlich determinierte Geschlechterrollen, die für Frauen eine besondere Gefährdung bezüglich HIV/Aids zur Folge haben können, denn auch Strukturen innerhalb von Familien hängen vom Status von Frauen innerhalb einer Gesellschaft ab. In bezug auf HIV/Aids kann dies bedeuten, daß Frauen wenig Einfluß auf das sexuelle Verhalten ihres Partners haben, daß sie sexueller Gewalt ausgesetzt sein können und daß sie wenig Wissen über ihre eigene Sexualität und ihren Körper haben (vgl. Rao Gupta/Weiss/Whelan 1996/215ff.; KIT/SAfAIDS/WHO 1995/12ff.; Patton 1994/77ff.)¹⁰.

Hinzu kommt, daß für Frauen ökonomische Unabhängigkeit oftmals allein durch Sexarbeit möglich wird, die sie wiederum einem größeren HIV/Aids-Risiko und Diskriminierung aussetzt. Ein Beispiel für eine ähnliche Problematik in einigen afrikanischen Ländern ist, daß Schulmädchen von älteren Männern (sogenannten Sugardaddies) mit Geschenken für Sex bezahlt werden, weil diese Männer davon ausgehen, daß junge Mädchen nicht mit HIV/Aids infiziert sind (vgl. Garcia-Moreno 1991/91f.,99; Rao Gupta/Weiss/Whelan 1996/217f.).

„AIDS might make me sick one day. But if I don't work my family would not eat and we all would get sick anyway.“ (Sexarbeiterin aus den Philippinen, zitiert in: UNAIDS 1996b)

Ein weiterer, wichtiger Themenbereich ist die Situation HIV-positiver Frauen, die oft auf unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Ebenen Diskriminierung und Gewalt ausgesetzt sind. HIV-positive Frauen werden häufig mit dem Stigma der ‚Hure‘ belegt, weil angeblich nur diese sich infizieren. Sie haben einen noch stärker begrenzten Zugang zu reproduktiven Rechten, was sich darin zeigt, daß HIV-positiven Frauen Abtreibungen in vielen Fällen nahegelegt werden, obwohl diese qua Gesetzgebung häufig illegal sind und ihnen keine adäquaten und sicheren Kliniken für einen solchen Abbruch zur Verfügung stehen. Sie sind häufig in ihrer Versorgungssituation nicht abgesichert, weil sie beispielsweise von ihrer Familie aufgrund der Erkrankung verstoßen werden und dort keine adäquate Pflege erhalten, oder weil sie kein Recht auf den Besitz von Land haben. Außerdem tragen sie meistens die Verantwortung für

⁹ Manche Frauen führen austrocknende Pflanzen oder Substanzen in die Vagina ein, weil ihre Partner dies als Lustgewinn empfinden (vgl. KIT/SAfAIDS/WHO 1995/11).

¹⁰ Daniel Whelan stellt in einer Analyse der Daten von 19 Ländern weltweit fest, daß je höher der soziale Status von Frauen oder je ausgeglichener das Geschlechterverhältnis ist, desto geringer ist das Infektionsrisiko für HIV/Aids. Whelan hat dies aus der Korrelation von Statusindikatoren von Frauen (Gesundheit, Familienstatus, Bildung, Beruf und soziale Gleichheit) und einem Gleichberechtigungsindikator (Lebenserwartung, Familienstatus, Alphabetisierungsrate, Lohnarbeitsrate, soziale Gleichheit) mit der HIV-Prävalenzrate von schwangeren Frauen errechnet (vgl. Whelan 1996/222f.).

die Familie/Kinder und können die Rolle der Versorgenden nicht verlassen, um sich selbst angemessen versorgen zu lassen. Auch Defizite in oder die Unerreichbarkeit von frauenspezifischen Diagnose- und Behandlungszentren können Grund für eine schlechte Versorgung sein (vgl. Reid 1995; Schneider/Stoller 1994; Berer 1993; Hankins 1996/261f.; Act Up 1994; Bianco 1993 und 1998; KIT/SAfAIDS/WHO 1995).

Trotz der größeren Gefährdung von Frauen durch HIV/Aids bieten präventionspolitische Ansätze für sie keine hilfreichen Strategien an. In Kampagnen werden zumeist sexuelle Treue, der Verzicht auf risikoreiche Sexualpraktiken, die Reduzierung sexueller Partner und/oder die Verwendung von Kondomen propagiert. Frauen sind aber oftmals einem Infektionsrisiko ausgesetzt, obwohl sie monogam leben. Wenn der Partner außerhalb der Ehe/Partnerschaft risikoreiche Sexualkontakte eingeht, von der seine Ehefrau/Partnerin nichts weiß, ahnen sie häufig nichts von ihrer Gefährdung. Sie können zudem - selbst wenn sie den Wunsch haben, sich vor HIV/Aids zu schützen - ‚Safer Sex‘ durch den Gebrauch von Kondomen in sexuellen Beziehungen nur bedingt durchsetzen, weil diese von Männern verwendet werden müssen. Tragen Frauen Kondome bei sich oder bestehen sie auf deren Verwendung, werden sie oft als Sexarbeiterinnen stigmatisiert oder der Untreue bezichtigt, weil Kondome in regulären, anerkannten sexuellen Beziehungen verpönt sind und mit Untreue gleichgesetzt werden. Oft münden solche Situationen in gewalttätigen Übergriffen gegen die Frauen. Auch für Sexarbeiterinnen ist das Aushandeln der Kondombenutzung angesichts der ökonomischen Abhängigkeit vom Freier schwierig (vgl. Berer 1993/130ff.; KIT/SAfAIDS/WHO 1995/12ff.; Heise/Elias 1995; ICRW 1993/8; Gorna 1996; Hulton/Falkingham 1996).

Das einzige Mittel zur Prävention von HIV/Aids, das von Frauen kontrolliert werden kann, wenn auch nicht ohne das Wissen des Partners, ist das Frauenkondom. Es ist aber in vielen Ländern noch nicht zugänglich und zudem sehr teuer. Allerdings gibt es Hinweise darauf, daß mit dem Frauenkondom evtl. von Männern und Frauen eine größere Akzeptanz einhergehen könnte, weil es nicht per se mit Untreue verbunden wird (vgl. Elias/Heise/Gollub 1996/196ff.; James/Wejr 1993/166ff.; Gorna 1996; Kalckmann u.a. 1998).

Auf der Forschungsebene mangelt es trotz Bemühungen in diesem Bereich an einem Mikrobiozid, das HI-Viren tötet, aber Spermien nicht angreift, da für viele Frauen und Paare das Praktizieren von ‚Safer Sex‘ aufgrund eines Kinderwunsches abgelehnt wird (vgl. UNAIDS 1996b; Gorna 1996). Insgesamt wird neben Defiziten in der Versorgung von Frauen mit einer von ihnen zu kontrollierenden Präventionsmethode das Fehlen von Daten über sexuelle Bedürfnisse von Frauen und ihren Umgang mit Sexualität hingewiesen (vgl. ICRW 1993).

2.2 Anforderungen an gendersensitive HIV/Aids-Programme

„Since the way [gender differences; B.L.] are socially constructed is always temporarily and spatially specific, gender divisions cannot be read off a checklist.“
(Moser 1989/1800)

Dennoch lassen sich aus der Literatur Lösungsvorschläge als mögliche Antworten auf die besondere Gefährdung von Frauen durch HIV/Aids ableiten.

2.2.1 Genderverständnis

Grundlage einer gendersensitiven Arbeitsweise ist das Verständnis des Geschlechterverhältnisses als eine die jeweilige Gesellschaft strukturierende Kategorie, aus der sich abhängig vom jeweiligen geographischen und historischen Kontext unterschiedliche Rollenzuschreibungen für Männer und Frauen ableiten, aus denen zumeist eine strukturelle soziokulturelle, ökonomische und politische Minderbewertung und Unterordnung von Frauen resultiert. Die diesbezüglichen Bedingungen und Voraussetzungen gilt es jeweils zu erforschen und zu berücksichtigen (vgl. Moser 1989/1800).

Folgende gesellschaftlichen Ausgangsbedingungen haben oftmals einen starken Einfluß auf die Möglichkeiten für die Prävention von HIV/Aids. Gleichzeitig sind die Zugangsmöglichkeiten zu diesen Ressourcen für Frauen oft schlechter als für Männer. Dazu gehören: der Zugang zu Schul- und Ausbildung und der Grad der ökonomischen Unabhängigkeit. Außerdem spielt das Wissen über den eigenen Körper, Sexualität, STDs und HIV/Aids sowie die Fähigkeit, darüber zu kommunizieren, eine wichtige Rolle. Die Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen, die STD-Tests und HIV-Tests auf freiwilliger Basis und mit Beratung anbieten und der Zugang zu Kondomen, ist von Wichtigkeit. Nicht zuletzt stellen der Zugang zu reproduktiven und sexuellen Rechten und zu diesbezüglichen Einrichtungen wichtige Faktoren dar (vgl. UNAIDS 1996b; KIT/SAfAIDS/WHO 1995; ICRW 1993). Der Grad an geschlechtsspezifischem Zugang zu Macht und Kontrolle variiert je nach Region und Schichtzugehörigkeit. Die Unterschiedlichkeit dieser Ausgangsbedingungen sollte in der Programmplanung berücksichtigt werden; sie bilden die Grundlage - ein Assessment - für die weitere Planung und Konzeption der Programme.

2.2.2 Politische Einflußnahme

Auch die politische Arbeit von NGOs sollte an den beschriebenen Machtverhältnissen ansetzen. In Bereichen wie einem verbesserten Zugang von Frauen zu Schulbildung, legalen, reproduktiven und sexuellen Rechten oder der Entwicklung einer von Frauen zu kontrollierenden Präventionsmethode können über Öffentlichkeitsarbeit oder direkter politischer Einflußnahme Änderungen hervorgebracht werden. Die Kritik an ggf. gender-vernachlässigender oder frauenfeindlicher staatlicher HIV/Aids-Politik gehört ebenso in diesen Bereich.

Ein weiteres Aktionsfeld kann eine Vergrößerung der Zahl der Frauen in entscheidenden politischen Gremien sein. In diesem Betätigungsfeld nehmen Netzwerke und Bündnisse von NGOs auf allen Ebenen eine wichtige Funktion ein (vgl. UNAIDS 1996b; Rao Gupta 1995; ICRW 1996a).

Hervorgehoben wird besonders die Wichtigkeit der Solidarisierung mit Menschen, die mit HIV/Aids leben. Dazu gehört der Kampf für eine Antidiskriminierungsgesetzgebung bezüglich des Zuganges zu Gesundheitseinrichtungen, finanzieller, staatlicher Versorgung und des Schutzes/der Verbesserung der reproduktiven und sexuellen Rechte und der Arbeitsschutzgesetzgebungen. Außerdem sollte die staatliche Politik der Verteilung von Aids-Medikamenten sowie die dazugehörige Preispolitik ebenso beobachtet werden wie eine ethisch vertretbare Durchführung von Tests und Versuchen (vgl. IWHM 1997/5f.).

2.2.3 Angebotsstruktur

Die Vorschläge zu der Konzeption und Struktur gendersensitiver HIV/Aids-Programme variieren zwar, schließen sich jedoch kaum aus.

Frauen sollen als Zielgruppe in ihrer jeweiligen Unterschiedlichkeit und mit ihren spezifischen Bedürfnissen angesprochen werden. Dies hat den Hintergrund, daß sie zwar gesellschaftlich untergeordnet sind, aber keinesfalls eine unveränderbar machtlose Gruppe bilden. Die Angebote zielen auf die Vergrößerung des Handlungsspielraumes von Frauen nach dem Empowerment-Ansatz (vgl. Rao Gupta 1995).

Um Frauen nicht in ihrer traditionellen Rolle der Garantin für Familiengesundheit zu belassen, indem sie weiterhin die Verantwortung für die Kommunikation über HIV/Aids und ‚Safer Sex‘ tragen, ähnlich wie im Bereich Empfängnisverhütung, schlagen einige AutorInnen die aktive Beteiligung heterosexuell lebender Männer voranzutreiben.

„[Women; B.L.] should no longer be made to feel personally responsible for male behaviour. Rather they should be targeted with alternative gender roles designed to empower them in their relations with their male partners.“ (Campbell 1995/207)

Sie sollen z.B. in ihrer Rolle als Väter und als für ihre eigene Gesundheit selbst Verantwortliche angesprochen werden. Der Gebrauch von Kondomen soll mit neuen, nicht rollenstereotypen Assoziationen in bezug auf Männlichkeit besetzt werden. Die herkömmlichen Rollenstereotype verunmöglichen Männern oftmals, über sexuelle Themen von Frauen zu lernen. Eigens für Männer entwickelte Konzepte und Beratungen lösen dieses Problem auf. Diese Form der Prävention hinterfragt männliches Sexualverhalten, das traditionell mit Aggression, Potenz, Aktivität und Initiative verbunden wird. Frauenorganisationen sollten versuchen, zu evtl. existierenden Männergruppen, die zu HIV/Aids arbeiten, Kontakt aufzunehmen (vgl. Campbell 1995; De Bruyn 1992; KIT/SAfAIDS/WHO 1995; IWHM 1997).

Neben der grundlegenden Frage nach der Zielgruppe, die mit dem Programm angesprochen werden soll, gibt es eine Reihe von Erfahrungen mit Angebotsstrukturen in bezug auf gendersensitive HIV/Aids-Programme. So wirkt sich die Integration von HIV/Aids-Aktivitäten in bereits bestehende NGOs, die zu anderen Themen arbeiten, positiv aus. Gerade Organisationen, die Frauen eine ökonomische Lebensgrundlage ermöglichen, eignen sich dafür und können gleichzeitig evtl. die ökonomische Abhängigkeit vom Partner verringern (vgl. Rao Gupta 1995).

Damit Frauen STD-Kliniken oder HIV/Aids-Gesundheitseinrichtungen nutzen können, ohne Angst vor Stigmatisierung haben zu müssen, sollten diese in Familienplanungszentren integriert werden. Dies sind erfahrungsgemäß Orte, an denen Frauen auch für HIV/Aids-Workshops oder Aufklärungskampagnen geworben werden können (vgl. ICRW 1994; Leslie 1992).

Schließlich spielen organisatorische Planungen der HIV/Aids-Programme eine wichtige Rolle. Sie müssen sowohl örtlich als auch bezüglich der Öffnungszeiten den Arbeitstagen und den Möglichkeiten von Frauen und Männern angepaßt sein. Sie sollten außerdem eine Kinderbetreuung zur Verfügung stellen (vgl. KIT/SAfAIDS/WHO 1995).

Auch die Einrichtung von HIV/Aids-Aufklärungsprogrammen für Jugendliche an Schulen wird als konstruktiv erachtet, wenn Rollenstereotype kritisiert werden (UNAIDS 1996b; ICRW 1996b; Re/Bianco/Pagani 1998).

Für NGOs ist in diesem Bereich wichtig, in der Community bereits vorhandene Ressourcen wie Frauengruppen, traditionelle Heiler, Gemeindezentren und Schulen als Foren und MultiplikatorInnen für ihren Arbeitsansatz zu nutzen und diese zu unterstützen (vgl. De Bruyn 1992; ICRW 1993).

Für die Konzeption der Programme mit einer gendersensitiven Perspektive ist wiederum der Kontakt mit der Zielgruppe unerlässlich, damit deren spezielle Voraussetzungen und Bedürfnisse in die Planung einbezogen werden können. Auch eine Evaluierung der Programme, evtl. unter Einbeziehung der Klientel, erscheint notwendig, um zu überprüfen, ob die gesteckten Ziele erreicht wurden (vgl. ICRW 1995; Rao Gupta 1995).

2.2.4 Angebotsinhalte

Für die Umsetzung des frauenzentrierten Ansatzes haben sich Workshops bewährt, die als Grundlage für HIV/Aids-Aufklärung das Selbstwertgefühl von Frauen vergrößern (vgl. ICRW 1994). Weiterhin werden thematische Bereiche hinzugezogen, die für einen selbstbestimmten Umgang mit dem Infektionsrisiko wichtig sind, wie STDs, Schwangerschaft, Familienplanung, Kommunikationsfähigkeit in der Verhandlung von ‚Safer Sex‘, Informationen über Sexualität und den eigenen Körper (vgl. ICRW 1994). Auch sollen Frauen den Umgang mit Kondomen lernen. Einen großen Platz nimmt darin der Erfahrungsaustausch zwischen Frauen ein, der in ein Hinterfragen von struktureller Unterdrückung münden kann. Das Infragestellen tradierter Normen bezüglich weiblichen Sexualverhaltens als passiv, selbstlos und fügsam sowie das Aufzeigen gesellschaftlicher Rollenzuweisungen, wie z.B. der traditionellen Arbeitsteilung, sind Grundlagen gendersensitiver Workshops (vgl. UNAIDS 1996b; ICRW 1993; ICRW 1996a).

Für Sexarbeiterinnen erscheint zusätzlich eine Stärkung ihres Selbstbewußtseins und eine Unterstützung von Selbstorganisation im Hinblick auf die erlebte gesellschaftliche Diskriminierung besonders wichtig. Ebenfalls sollten Einkommensalternativen zur Sexarbeit erarbeitet oder aufgezeigt werden (vgl. De Bruyn 1992).

Insgesamt ist für Angebote zum Thema HIV/Aids eine freundliche, respektvolle Atmosphäre Voraussetzung für Gespräche über Themen, die so prekär sind wie HIV/Aids. Gerade zum Thema Sexualität und Präventionsverhalten haben sich Gruppenaktivitäten bewährt. Getrennte Gruppen für Männer und Frauen sollten unbedingt in Betracht gezogen werden, besonders bei Gesprächen über Sexualität. Nach der Durchführung von getrenntgeschlechtlichen Gruppen hat sich eine Zusammenführung in gemischtgeschlechtliche Gruppen bewährt. Bei der Aufbereitung der Aufklärungsinformation sind klare Aussagen und die persönliche Art und Weise der Übermittlung derselben wichtig (vgl. ICRW 1994; Rao Gupta 1995; UNAIDS 1996b; ICRW 1996A; KIT/SAfAIDS/WHO 1995; Weiss/Nastasi 1998).

Die hier formulierten Anforderungen müssen fraglos immer von den in der HIV/Aids-Arbeit tätigen NGOs auf die jeweiligen Umsetzungsbedingungen der Region und die Erfordernisse der Klientel übertragen und zugeschnitten werden.

3. Die lateinamerikanischen Rahmenbedingungen

Katholizismus und *Machismo*¹¹ sind zwei bedeutsame Strukturelemente in lateinamerikanischen Gesellschaften. Die Lehren der Römisch-Katholischen Kirche und die Ideologie des *Machismo* sind miteinander verwoben und bedingen bzw. verfestigen sich gegenseitig seit Jahrhunderten (vgl. Fisher 1993/3¹²). Ihre prägende Auswirkung auf die Geschlechterrollen manifestiert sich in einer Zuspitzung der traditionellen Zuteilung des Privaten als zu Frauen gehörend und einer ‚Naturalisierung des Weiblichen‘ (vgl. Schuurman/Heer 1992/65; Grau 1997/252f.; Fisher 1993/3ff.). Damit geht eine strukturelle Unterordnung und Minderbewertung von Frauen auf der Mikro- wie auch auf der Makroebene einher.

Besonders massiven Einfluß übt die katholische Kirche durch ihre moralisch repressive Haltung auf die Situation der reproduktiven und sexuellen Rechte aus. Die Kirche verhindert, zumeist mit Unterstützung des Staates, einen offenen und umfassenden Diskurs über Sexualität ebenso wie die Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und die Propagierung von Verhütungsmitteln (vgl. Farías 1997/298ff.; Grau 1997/246ff.; Newbery 1994/122ff.). Diese Politik wirkt sich stark sowohl auf den Bereich Frauengesundheit als auch auf das Präventionsverhalten beider Geschlechter bezüglich HIV/Aids aus (vgl. Laski 1994b).

Ein weiterer einflußreicher Faktor der strukturellen Rahmenbedingungen ist die Tendenz der relativen Verarmung großer Teile der Bevölkerung der lateinamerikanischen Länder. Der Anteil von Frauen an der lohnarbeitenden Bevölkerung hat in den letzten drei Jahrzehnten beständig zugenommen. Allerdings besetzen sie überwiegend die am niedrigsten bezahlten Arbeitsplätze oder arbeiten im informellen Sektor. Parallel dazu hat die Zahl der Frauen, die allein eine Familie ernähren, zugenommen. Insgesamt sind also bei Frauen größere Verarmungstendenzen auszumachen als bei Männern (vgl. De los Ríos 1993/7ff.; ECLAC 1992). Auch dies hat Auswirkungen auf den Zugang zu HIV/STD-Präventionsmöglichkeiten, zu Information und besonders zu Gesundheitseinrichtungen.¹³

Der Großteil der Ansätze der Frauenbewegung/Frauengesundheitsbewegung in den Ländern Lateinamerikas zielt auf die Verbesserung der Rahmenbedingungen bzw. des Status von Frauen und unterstützt somit strukturell den Kampf für den Abbau von Geschlechterungleichheiten insgesamt (vgl. Portugal/Matamala 1993).

¹¹ Die Ideologie des *Machismo* wurde grundlegend von dem Frauenbild der spanischen Kolonialherrschaft und den Lehren der römisch-katholischen Kirche geprägt (vgl. Fisher 1993/3).

¹² Siehe zu der Rolle der katholischen Kirche in Lateinamerika außerdem: Doudelin/Hewitt 1995

¹³ Insgesamt hat sich die Situation bezüglich der Gesundheit der Bevölkerung Lateinamerikas innerhalb der letzten drei Jahrzehnte für einige Indikatoren verbessert. Einer dieser Kriterien dafür ist die Erhöhung der Lebenserwartung von Männern und Frauen. Als ein Grund dafür wird die Verbesserung der Trinkwasserver- und Abwasserentsorgung gesehen. Gleichzeitig aber sank das Niveau an medizinischer Infrastruktur und Ausrüstung. Außerdem werden eklatante Unterschiede zwischen einzelnen Ländern und innerhalb des innerstaatlichen Stadt-Land-Gefälles beobachtet (vgl. Ministerio de Asuntos Sociales/ Instituto de la Mujer/Flasco 1995).

3.1 Die HIV/Aids-Epidemie

Die HIV/Aids-Epidemie begann auf dem lateinamerikanischen Kontinent Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre. In den UNAIDS-Statistiken von 1997 wird von insgesamt 1.3 Millionen erwachsenen Menschen ausgegangen, die Ende 1997 in Lateinamerika mit HIV/Aids leben. Der Anteil von erwachsenen HIV-positiven Frauen an der Gesamtzahl der Menschen mit HIV/Aids liegt bei 240 000, also etwa einem Fünftel. Rechnet man die angenommene Anzahl der Menschen mit HIV/Aids auf ihren Anteil an der erwachsenen Gesamtbevölkerung um, ergibt dies die Prävalenzrate, die in Lateinamerika bei 0.5 Prozent liegt.¹⁴

Im Vergleich liegt die Prävalenzrate Lateinamerikas deutlich unter der der Länder des südlichen Afrika (7.4%) und der Karibik (1.9%) und knapp unter der Südasiens (0.6%), aber z.B. über der Westeuropas (0.23%) (vgl. UNAIDS/WHO 1998).

Bezogen auf das Profil der Epidemie ist das Bild heterogen. Die Infektionskrankheit scheint zunehmend auf Gesellschaftsgruppen konzentrieren zu sein, die sozial und/oder ökonomisch marginalisiert sind. In einigen Regionen gibt es klare Anzeichen für ein stärkeres Anwachsen von HIV/Aids in ärmeren Bevölkerungsteilen, die weniger Zugang zu Bildung haben. Der vorherrschende Übertragungsweg ist insgesamt noch homosexueller Geschlechtsverkehr und intravenöser Drogengebrauch (IVD). Allerdings nimmt der heterosexuelle Übertragungsweg zu. Dementsprechend steigt die HIV/Aids-Infektionsrate bei Frauen in den meisten lateinamerikanischen Ländern proportional schneller als die der Männer (vgl. UNAIDS 1997d und UNAIDS/WHO 1998).

Betrachtet man die Entwicklung der HIV/Aids-Prävalenzrate in Lateinamerika zwischen 1994 und 1997, so entsteht ein uneinheitliches Bild, in dem einige Länder einen proportionalen Anstieg von mehr als 100% aufweisen (z.B. Peru und Venezuela), in weiteren der proportionale Anstieg zwischen 10% und 100% liegt (z.B. Chile und Guatemala) und in anderen proportional kein Ansteigen der HIV/Aids-Prävalenzrate zu verzeichnen ist (z.B. Ecuador und Mexiko). Diese Zahlen berücksichtigen jedoch nicht das absolute Niveau der Infektionskrankheit in den unterschiedlichen Ländern (vgl. UNAIDS/WHO 1998/8f.)¹⁵.

Im folgenden spezifiziere ich die epidemiologischen Daten für die Regionen, denen die Länder des untersuchten Samples angehören:

¹⁴ Als erwachsen wird hier wieder die Altersgruppe zwischen 15 und 49 Jahren definiert. UNAIDS nimmt an, daß in Lateinamerika etwa 15000 Kinder mit HIV/Aids leben (vgl. UNAIDS/WHO 1998/66).

¹⁵ Die Prävalenzraten für HIV/Aids liegen beispielsweise für diese Länder Ende 1997 bei: Peru: 0.56%; Venezuela: 0.69%; Chile: 0.20%; Guatemala: 0.52%; Ecuador: 0.28% und Mexiko: 0.35% (vgl. UNAIDS/WHO 1998/66).

Abbildung 1: Profil des HIV/Aids-Epidemie in unterschiedlichen Regionen Lateinamerikas

Region	Südlicher Kegel ¹	Andenregion	Mexiko	Zentralamerika
Dominanter Übertragungsweg	MSM IVD HET ²	MSMHET	MSMHET	HETMSM
Male/Female-Ratio ³	4.6 : 1	5.1 : 1	6 : 1	2.5 : 1
Alter bei AIDS Erkrankung	20-29 Jahre für Männer + Frauen	Frauen:20-29 Männer: 30-39	30-39 Jahre für Männer + Frauen	20-29 Jahre für Männer + Frauen
Anmerkungen	Bei der geographischen Verteilung überwiegen städtische Gebiete.	Die langsame Ausbreitung der Infektion wird mit dem engem sozio-kulturellen Netz indigener Gruppen in Verbindung gebracht.	Die verstärkte Ausbreitung der Infektion in ländlichen Gebieten wird auf die Arbeitsmigration in die USA zurückgeführt.	
	75% der gesamten AIDS Fälle der Region befinden sich in Argentinien.	Der Übertragungsweg bleibt in 50% der gesammelten Daten für 1997 offen	Es besteht eine auffällig hohe Prävalenz bei Sexarbeiterinnen (13.6%).	
	Chile: Das M/F-Ratio hat sich von 15:1 1990 zu 9:1 1996 verengt.			

1: Südlicher Kegel = Argentinien, Paraguay, Uruguay, Chile; Andenregion = Ecuador, Kolumbien, Peru, Bolivien, Venezuela; Zentralamerika = Belize, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama und El Salvador

2: MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; IVD = Intravenöser Drogengebrauch; HET = Heterosexueller Übertragungsweg

3: Das Male/Female Ratio drückt aus, wieviele Männer im Verhältnis zu der Anzahl der Frauen an Aids erkrankt sind .

(Angaben in der Tabelle: vgl. PAHO 9/1996; UNAIDS 1997a,b,c; für eine ausführliche Betrachtung der Epidemiologie Brasiliens und der Karibik: vgl. UNAIDS 1997e,f,g)

3.2 Gender und HIV/Aids: die Spezifik in Lateinamerika

Die Mehrzahl der in diesem Kapitel zitierten Artikel - insbesondere im ersten Abschnitt - untersucht die Situation in Argentinien, so daß eine Übertragung der Ergebnisse auf andere lateinamerikanische Länder nur bedingt möglich sein kann. Der Grund für diese Schwerpunktsetzung liegt darin, daß kaum Veröffentlichungen zu dem Thema in Deutschland zugänglich sind, so daß vor Ort recherchiert werden muß.

In argentinischen Studien zum Informationsstand und HIV/Aids-Präventionsverhalten zeigt sich ein heterogenes Bild. Zu den bestimmenden Faktoren für eine Prävention von HIV/Aids und der Wahrnehmung des Infektionsrisikos scheinen der Zugang zu Bildung und der so-

zioökonomische Status zu gehören. Menschen aus niedrigeren sozioökonomischen Schichten verbanden ein HIV/Aids-Risiko eher vornehmlich mit iv-Drogengebrauch und Homosexualität, ohne ein spezielles Risiko für sich selbst zu sehen, während gerade Männer aus der Mittelschicht (26-39 Jahre) regelmäßig Präventionsmaßnahmen ergriffen (Vujosevich 1997). Bei einer Befragung von 200 Frauen in Buenos Aires wurde ein relativ hoher Informationsstand festgestellt. Von den befragten Frauen waren sich 63% eines heterosexuellen Infektionsrisikos bewußt, aber nur 31% der befragten Frauen benutzten während der letzten drei bzw. sechs Monate in sexuellen Beziehungen Kondome (Petracci 1994). Bei Frauen, die ‚Safer Sex‘ ablehnten, war größtenteils eine stabile Partnerschaft der Grund dafür, so lautet das Resultat einer weiteren Umfrage bei 200 der 15 bis 70-jährigen Frauen in der Hauptstadt Argentiniens. Wenn auch knapp die Hälfte der befragten Frauen mit dem Partner über HIV/Aids-Prävention sprechen würde, und ein Großteil der Frauen Kondome als Schutzmaßnahme akzeptierten, so glaubten aber nur 46% der Frauen, daß ihr Partner Kondome tatsächlich verwenden würde (Fenoy/Velásquez 1993).

Eine Auswertung der Ergebnisse der von der ‚Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer‘ (Feim) durchgeführten Workshops über Sexualität und Prävention von HIV/Aids in Buenos Aires und anderen Städten Argentiniens zeigen demgegenüber, daß 63% der teilnehmenden Frauen lediglich über lückenhaftes Wissen über HIV/Aids verfügen und daß 59% angeben, Sexualität mit dem Partner nicht an ihrem eigenen Bedürfnis zu orientieren¹⁶ (Bianco/Pagani/Re 1995).

Frauen wird zumeist noch immer ein offener Umgang mit Sexualität gesellschaftlich nicht zugestanden. Viele Frauen wissen wenig über ihren Körper und ihre sexuellen Bedürfnisse. Präventionskampagnen vermittelten Frauen häufig, daß nur Sexarbeiterinnen als Risikogruppe gelten und daß Monogamie ein Mittel der HIV/Aids-Prävention sei. Als Konsequenz sehen Frauen sich nicht als gefährdet, so zeigen Untersuchungen aus unterschiedlichen lateinamerikanischen Ländern (vgl. ICRW 1994; Fenoy/Velásquez 1993; Fenoy u.a. 1993; Aldana 1994; Martina Sufía 1994; Laski/Palma 1998).

Dennoch wurde das Tabu um den Umgang mit der eigenen Sexualität in den letzten Jahren für viele Frauen in Lateinamerika brüchig. Ein verbesserter Zugang zu oralen Kontrazeptiva oder zur Spirale hatte zur Folge, daß einige Frauen Sexualität losgelöst vom Bereich Reproduktion und Schwangerschaft erleben konnten. Gleichzeitig hatte HIV/Aids als Risikofaktor bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr eine erneute Abhängigkeit vom sexuellen Verhalten des Partners bezüglich der Verwendung von Kondomen zur Folge (vgl. Laski 1994a; Palma 1994).

Das Infektionsrisiko für Frauen bezüglich HIV/Aids in Lateinamerika konzentriert sich hauptsächlich auf den heterosexuellen Übertragungsweg. Hier sind Frauen besonders gefährdet, wenn ihre Partner ein zusätzliches Risikoverhalten eingehen (iv-Drogengebrauch, bisexuelle Kontakte). Auch als Sexarbeiterinnen sind Frauen einem größeren Infektionsrisiko ausgesetzt, da die Verwendung von Kondomen bei den Klienten oftmals schwer durchzusetzen ist. Zu-

¹⁶ Die teilnehmenden Frauen waren zwischen 15 und 50 Jahre alt und hatten einen unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergrund (vgl. Bianco/Pagani/Ré 1995).

sätzlich spielen Notfall-Bluttransfusionen für Frauen eine größere Rolle als für Männer, weil diese oft nach Geburten oder illegal durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen notwendig werden (vgl. Kimball/Salvatierra González/Zacarias 1991 und 1993). Aber auch die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches unter klandestinen Bedingungen mit unsauberen Instrumenten kann als Gefahr für eine Infektion mit HIV/Aids gesehen werden (vgl. Fenoy u.a. 1993).

Der in der Gesellschaft verankerte *Machismo* spiegelt sich gerade in sexuellen Beziehungen wider und kann als eine wichtige Ursache für die Gefährdung von Frauen für HIV/Aids gesehen werden. Darin spielen die dazugehörigen Rollenstereotype von Männern und Frauen in der Sexualität und geheimgehaltene bisexuelle Kontakte von Männern eine wichtige Rolle. Frauen lernen, ihre Sexualität mit Schweigen, Passivität und Abhängigkeit zu verknüpfen sowie mit Liebe und Monogamie. Männer hingegen wird sowohl promiskuitives Sexualverhalten als auch Dominanz und Aggression in Bezug auf Sexualität zugestanden (vgl. Fenoy/Ferreira 1995; Fenoy/Velásquez 1993; Laski 1994a; Gómez 1996; Martina Sufía 1994; Bianco 1996a/44f.). Kondome werden von Männern und Frauen jedoch als notwendig für Sexarbeiterinnen oder bei sexuellen ‚Entgleisungen‘ angesehen oder mit ungeordneten Lebensverhältnissen in Verbindung gebracht. Zu solchen zählt promiskuitives Verhalten von (verheirateten) Männern nicht. Tragen Frauen Kondome bei sich oder fordern sie deren Benutzung, so wird ihnen häufig entweder Untreue oder mangelnde Liebe unterstellt. Die Aufforderung nach einem angemessenen Präventionsverhalten durch ihre Partner wird als Vertrauensmißbrauch aufgefaßt. In Situationen von Drogen- oder Alkoholkonsum oder sexueller Gewalt von seiten der Partner wird die ohnehin schwierige Verhandlungsbasis von Frauen über ‚Safer Sex‘ unmöglich (vgl. ICRW 1994; Palma 1995; Fenoy/Velásquez 1993; Fenoy/Ferreira 1995; Zamora/Quiros R./Fernandez E. 1996)¹⁷.

3.3 Nichtstaatliche HIV/Aids-Arbeit

Als große Stärke der HIV/Aids-Arbeit von NGOs insgesamt wird ihre Verortung und Verwurzelung in der jeweiligen Zielgruppe gesehen, da sie über die Bedürfnisse der angesprochenen Bevölkerungsgruppen informiert sind und gleichzeitig eine Beständigkeit der Arbeit im Kontakt mit denselben garantieren. Folglich zeigen die NGOs größte Erfolge, die lokal arbeiten. Die meisten Organisationen, so O'Malley, Nguyen und Lee, haben die HIV/Aids-Arbeit in ein bereits bestehendes gesundheits- oder entwicklungsorientiertes Programm integriert. Sie kommen oftmals aus einer sozialen Bewegung, wie z.B. der Frauenbewegung. Dies habe den Vorteil, eine größere Klientel über einen längeren Zeitraum zu erreichen (O'Malley/ Nguyen/Lee 1996/344f.). Zu den NGOs mit der effektivsten Arbeitsweise zählen Selbsthilfegruppen von Menschen, die mit HIV/Aids leben. Andere Pionierleistungen von zu HIV/Aids arbeitenden NGOs betreffen die Bereiche Hauspflege Aids-Kranker, Beratungs- und Präventionsarbeit. Ein oft kreativer Umgang in der Verbreitung von spezifischen, der Zielgruppe an-

¹⁷ Aus Angst vor den Folgen einer solchen Konfrontation, oder aber weil sie sich nicht mit der eigenen Sexualität konfrontieren wollen, lehnen auch Frauen häufig die Verwendung von Kondomen ab (vgl. Barbosa/Martin/Villela 1991/7).

gepaßten ‚Safer-Sex‘-Konzepten zeigt bei vielen NGOs deren Verankerung in der Klientel (vgl. O'Malley/Nguyen/Lee 1996/349 und 356).

In Lateinamerika begann in den 80er Jahren ein starkes Anwachsen von NGOs im Frauengesundheitsbereich. Diese Entwicklung ist u.a. mit der Frauendekade und mit einem Unbehagen der Feministinnen gegenüber Regierungsorganisationen zu erklären. Sie kann aber auch als eine Reaktion auf Demokratisierungsbewegungen in vielen lateinamerikanischen Ländern verstanden werden (vgl. Portugal/Matamala 1993/273). Als thematische Schwerpunkte der NGOs in der Frauenbewegung im Bereich Gesundheit nennen sie reproduktive Gesundheit, besonders den Einsatz für einen unbeschränkten Zugang zu Verhütungsmitteln und Schwangerschaftsabbrüchen (vgl. Portugal/Matamala 1993/276 und 279). Durch die Arbeit in NGOs hätten viele Frauen Zugang zu Gesundheitsaufklärung erhalten, die durch partizipatorische Methoden die persönliche Entwicklung der teilnehmenden Frauen gestärkt habe. Das aus den USA übernommene Selbsthilfekzept zu Frauengesundheit¹⁸, wurde an die lateinamerikanischen Bedingungen angepaßt, so daß gerade der Bereich Sexualität in Workshops und Gruppen bearbeitet werden konnte (vgl. Portugal/Matamala 1993/272). In bezug auf die HIV/Aids-Epidemie, so Portugal und Matamala, sei eine Herausforderung für die NGO-Arbeit die Stärkung des Selbstwertgefühls und der Autonomie von Frauen, sowie der Versuch im Gesundheitssystem auf allen Ebenen Einfluß zu nehmen (vgl. Portugal/Matamala 1993/279).

In ihrem Verhältnis zur staatlichen Politik stehen NGOs strukturell in einem Spannungsverhältnis zwischen der Regierung und internationalen/nationalen Geberorganisationen. Oftmals füllen sie Aufgabenbereiche aus, die von staatlicher Seite vernachlässigt werden und reagieren zumeist schneller und unbürokratischer auf gesellschaftliche Bedürfnisse. Auf diese Weise sparen Regierungen gleichzeitig Kosten z.B. im Gesundheitsbereich (vgl. Portugal/Matamala 1993/272). Im Bereich der HIV/Aids-Arbeit antworteten weltweit NGOs als erste auf die Epidemie, noch bevor Regierungen ‚Governmental National AIDS Programmes‘ (GNAP) erarbeiteten (vgl. Mann/Tarantola 1996/311; Norwegian Red Cross 1988).

NGOs kritisieren teilweise die staatlichen HIV/Aids-Programme, weil sie weder das Geschlechterverhältnis berücksichtigten noch die Arbeit der nichtstaatlichen Organisationen in angemessener Weise unterstützten (für Argentinien vgl.: Laski 1994b; Bianco 1994/94ff.; Fenoy/Ferreira 1995/8f.). In Argentinien beispielsweise basierten viele der offiziellen HIV/Aids-Aufklärungsfilmspots auf Angst, Repression und uneindeutigen Aussagen. Ein offensives Werben für Kondome als Präventionsmethode und ein offener Umgang mit den Übertragungswegen von seiten progressiverer Kräfte stieß beständig auf Widerstand der katholischen Kirche. In einem Aufklärungsvideo für Jugendliche z.B. wurde Liebe als eine Möglichkeit der HIV/Aids-Prävention genannt; für Kondome wurde nicht geworben (Bianco 1994/97f.). Die staatlichen Kampagnen seien zudem häufig weder nach Geschlecht noch nach Klassenzugehörigkeit den Bedürfnissen der Bevölkerung angepaßt (vgl. Fenoy/Ferreira 1995/8f.; Bianco 1994/93ff.; Laski 1994b).

¹⁸ Siehe dazu: The Boston Women's Health Book Collective: Unser Körper unser Leben; 1985.

Insgesamt wird den im HIV/Aids-Bereich arbeitenden NGOs international Anerkennung für ihre innovative und basisnahe Arbeitsweise gezollt. Diese schlägt sich für die Organisationen jedoch häufig nicht in einer angemessenen finanziellen Förderung nieder.

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

4.1 Das Verständnis der NGOs von der Kategorie ‚Gender‘¹⁹

Bis auf zwei Organisationen, die eine ungenaue Beschreibung des Begriffes ‚Gender‘ geben, definieren die restlichen Organisationen den Begriff entweder im Sinne der Frauenförderung oder aber größtenteils im vorherrschenden Sinne als Geschlechterverhältnis.²⁰

Die NGOs, die Gender als Frauenförderung deuten, sehen in dem Konzept die Aufforderung, die Lebenssituation und -qualität von Frauen zu verbessern, oder aber die Entscheidungsgewalt von Frauen zu vergrößern und damit ihren Zugang zu Macht und Ressourcen, ohne aber die relationale Beziehung der Geschlechter in Betracht zu ziehen.

Die Organisationen, die bei der Definition von Gender das Geschlechterverhältnis ansprechen, geben alle die Unterscheidung zwischen dem biologischen Geschlecht ‚Sex‘ und dem sozial hergestellten Geschlecht ‚Gender‘ dar. Sie benennen in diesem System die gesellschaftliche Unterordnung von Frauen in der Machtbeziehung zu Männern und beziehen teilweise diese Ergebnisse auf ihre praktische Arbeit.

„Es ist eine Alternative, die die Analyse des Geschlechterverhältnisses beinhaltet, auf der die Entscheidungen und Aktionen für Entwicklung beruhen. Es ist eine Form, die Realität auf der Grundlage der Variablen Sex und Gender und deren Manifestationen in einem geographischen, kulturellen, ethnischen und zeitgeschichtlichen Kontext zu beobachten.“ (C2/2)²¹

Eine andere Organisation bezieht Gender nicht nur auf das gesellschaftliche Machtungleichgewicht zwischen Frauen und Männern, sondern erweitert die Definition auf andere gesellschaftlich diskriminierte Gruppen, wie z.B. homosexuelle Männer.

4.1.1 Die Umsetzung der HIV/Aids-Aktivitäten

Die Frage nach der Form, in der das theoretische Verständnis von ‚Gender‘ in den HIV/Aids-Aktivitäten der NGOs umgesetzt wird, ist eines der Hauptziele der Untersuchung. Als ersten Schritt geht es jetzt darum, die HIV/Aids-Aktivitäten der NGOs grob in zwei Gruppen zu un-

¹⁹ Das Verständnis des Genderbegriffes wurde im Fragebogen einerseits direkt abgefragt, und andererseits wurde dessen Umsetzung in das Programm durch die Vorgabe von Aussagen über gendersensitive, d.h. das Geschlechterverhältnis berücksichtigende, Aktivitätsformen mit der Bitte zur Angabe von dazu passenden Aktivitäten erkundet.

²⁰ Mit Frauenförderung sind hier Konzepte gemeint, die auf die Stärkung von Frauen abzielen; das Geschlechterverhältnis richtet den Blick auch auf die Stärkung der Rolle der Frau, aber mit Einbeziehung der Betrachtung der Rolle von Männern (vgl. Wichterich 1995/137ff.). Bei den Angaben, die ich als ‚ungenau‘ eingeordnet habe, handelt es sich um Definitionen, die entweder ‚Geschlecht‘ nicht thematisieren oder aber überhaupt nicht von ihrer spezifischen Arbeit abstrahieren.

²¹ Alle Zitate im Kapitel 4 habe ich den untersuchten Fragebögen entnommen und übersetzt. Im Anhang werden die spanischen Originalzitate in der Reihenfolge ihres Erscheinens im Text aufgeführt.

terteilen, gemäß Caroline Mosers Kategorien der strategischen und der praktischen ‚Gender-Needs‘.²²

‚Strategic Gender Needs‘ (SGN) werden aus der Analyse der strukturellen Unterordnung von Frauen formuliert und sind abhängig vom jeweiligen Kontext der Gesellschaft. Sie können sich z.B. auf geschlechtsrollen-definierte Arbeitsteilung, gesellschaftlichen Zugang zu Macht und Kontrolle oder auf Themen wie rechtliche Ungleichheit, häusliche Gewalt, geschlechtsspezifische Lohnunterschiede oder das Recht, über den eigenen Körper zu entscheiden, beziehen. ‚Strategic Gender Needs‘ haben das Ziel einer strukturellen Veränderung der Gesellschaft im Hinblick auf die Aufhebung oder Veränderung von Geschlechterungleichheiten.

Im Gegensatz dazu stellen ‚Practical Gender Needs‘ (PGN) die gesellschaftlichen Strukturen nicht in Frage. Sie entstehen meistens im Kontext der Geschlechterungleichheit, zielen aber vornehmlich nicht auf eine Veränderung derselben. ‚Practical Gender Needs‘ richten sich oftmals auf Bedürfnisse, die aufgrund einer dringenden Notlage anstehen und mit inadäquaten Lebensbedingungen zusammenhängen. ‚Practical Gender Needs‘ beziehen sich deshalb z.B. auf mangelhafte Wasserversorgung, Gesundheitsversorgung, Kinderversorgung o.ä. Oft entsteht durch die Bearbeitung von ‚Practical Gender Needs‘ in einer Organisation, die Beschäftigung mit weitergehenden ‚Strategic Gender Needs‘ (vgl. Moser 1989 und 1993).

Die Erfüllung von ‚Practical Gender Needs‘ äußert sich bei einigen der befragten NGOs in Aufklärungsarbeit bezüglich einer Bewußtmachung der Gefährdung von Frauen durch HIV/Aids. Diese Aktivitäten reagieren auf die Notlagsituation der stetig steigenden HIV/Aids-Neuinfektionen bei Frauen und haben das Ziel, diese Tendenz zu verändern. Oftmals geht dies aus dem formulierten Motiv der NGOs für die Initiierung des Programmes hervor:

„Das Interesse der Institution, die Aids-Problematik mit dem in der Mehrzahl unserer Programme angesprochenen Publikum zu bearbeiten, basierte auf dem erhöhten Anstieg der Übertragung von HIV/Aids bei heterosexuellen Frauen.“
(A1/2)

Viele NGOs verteilen Informationsmaterial über Möglichkeiten der HIV-Prävention oder decken diesen Aspekt in Veranstaltungen ab. Weitere praktisch orientierte Bedürfnisse werden von einer Reihe der befragten Organisationen erfüllt: sie kümmern sich um die Versorgung HIV-positiver Frauen und kooperieren hierbei z.T. mit Krankenhäusern oder vermitteln den Zugang zu HIV Antikörpertests. Eine der NGOs ist als medizinisch ausgerichtetes Zentrum durch die gynäkologische Betreuung von Frauen hauptsächlich mit ‚Practical Gender Needs‘ befaßt.

Bei einigen NGOs liegt die Vermutung nahe, daß ‚Practical Gender Needs‘ für konkrete Bedürfnisse der Klientel angeboten werden, um daraus ‚Strategic Gender Needs‘ zu entwickeln. Eine der Organisationen beispielsweise betreibt ein Frauengesundheitszentrum in einem marginalisierten *Barrio* (Stadtteil), wo neben der medizinischen Versorgungsleistung Gesprächsrunden über Gewalt gegen Frauen, männliche Sexualität als Risikoverhalten oder weibliche Rollenzuweisungen stattfinden.

²² Caroline Moser wiederum bezieht sich hier auf Molineuxs Schema. Siehe dazu ausführlicher: Moser 1993.

„Strategic Gender Needs“ kommen zumeist innerhalb der angebotenen Aktivitäten zum Tragen. So wird z.B. in Workshops das Geschlechterverhältnis als Machtverhältnis thematisiert, und die Doppelmoral und geschlechtsspezifischen Rollenstereotypen werden sichtbar gemacht. Die Bedeutung von ökonomischer Unabhängigkeit von Frauen wird angesprochen, ebenso wie die Aufforderung, aktiv das eigene Leben zu gestalten und das Selbstwertgefühl zu stärken.

Bis auf zwei Organisationen gehen alle befragten NGOs auf Aspekte ein, die das gesellschaftlich geprägte Geschlechterverhältnis in Frage stellen, wobei das Ausmaß und der Grad der Kritik an den bestehenden Verhältnissen sehr unterschiedlich sind.

Klassifizierung der HIV/Aids-Programme der befragten Organisationen

Abbildung 2: Klassifizierung der befragten Organisationen

NGO	Reichweite* der Aktivitäten		Aktionsfeld		Programmstruktur		Service		Ausrichtung	
	strate- gisch	prak- tisch	lokaler Fokus	in Frau- enbewe- gung	nur HIV/ AIDS	Eingebettet in andere Prog.	Betreu- ung	Präven- tion	Prog. Für Frauen	Prog. für Männer
A1	x	x	x	x	-	x	-	x	X	-
A2	x	x	x	x	-	x	-	x	X	-
A3	x	x	x	x	-	x	-	x	X	x
A4	x	x	x	x	-	x	-	x	X	-
B1	x	x	x	x	-	x	-	x	X	x
B2	x	x	x	x	-	x	-	x	X	-
B3	x	x	x	-	-	x	-	x	X	-
B4	x	x	x	x	-	x	-	x	X	-
C1	-	x	x	-	-	x	x	x	X	-
C2	x	x	x	x	-	x	x	x	X	x
C3	x	x	x	x	x	-	-	x	X	x
C4	-	x	x	-	-	x	-	x	X	-
D1	x	x	x	x	x	-	x	x	X	x
D2	x	x	x	x	-	x	x	x	X	-

* Reichweite bezieht sich auf die Aktivitäten und deren Reichweite bezüglich des Geschlechterverhältnisses (nach Moser 1993).

Die Umsetzung der Genderkategorie erfolgt in den HIV/Aids-Programmen der befragten NGOs also größtenteils auf lokaler Ebene durch präventionsbezogene Stärkung und Aufklärung der aus Frauen bestehenden Klientel. Eine Reihe der Organisationen stehen in Kontakt

mit der Frauenbewegung und bieten neben den Angeboten zu HIV/Aids weitere, unterschiedliche Programme an.

Wie die Tabelle verdeutlicht, handelt es sich bei den befragten Organisationen um NGOs, deren Aktivitäten größtenteils sowohl strategisch als auch praktisch ausgerichtet sind und einen lokalen Fokus haben. Nach der Klassifizierung von Frauen-NGOs des feministischen Südnetzwerkes DAWN können sie somit insgesamt als Grassrootsorganisationen eingeordnet werden. Grassroots-Organisationen verwirklichen nach dieser Klassifizierung auch am ehesten den Empowerment-Ansatz. Mit Empowerment ist eine Strategie zur Umverteilung gesellschaftlicher Macht und Ressourcen zugunsten von Frauen gemeint. Es zielt auf eine Veränderung von Gesellschaftsstrukturen und Entwicklungsstrategien (vgl. Moser 1993 und 1995; Satzinger 1987).

4.2 Reproduktive Rechte als eine Rahmenbedingung der NGO-Programme

Alle Nichtregierungsorganisationen bewegen sich mit ihrer Arbeit in verschiedenen politischen und sozialen Kontexten, die für die Schwerpunkte und Ausrichtung der Programme von Bedeutung sind. Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der rechtlichen und gesellschaftspolitischen Situation in Lateinamerika bezüglich der Situation der reproduktiven Rechte von Frauen. Die bestehende Wichtigkeit und Relevanz dieser Frage wird in der Literatur und von den befragten NGOs herausgestellt.

Analysiert wird die Verknüpfung der HIV/Aids-Thematik mit der der reproduktiven Rechte, die hier insbesondere das Recht auf Verhütung und auf Abbruch ungewollter Schwangerschaften beinhalten.

4.2.1 Schnittpunkte der Bereiche reproduktive Rechte und HIV/Aids-Prävention

In der Schnittmenge der Bereiche HIV/Aids und reproduktive Rechte liegen die Themen Sexualität und Prävention sowie eine - wenn auch unterschiedlich bewertete - Todesbedrohung für Frauen. Dies legt eine Präventionsstrategie nahe, die beide Bereiche kombiniert. Gleichzeitig könnte eine Annäherung an eine reproduktive Selbstbestimmung von Frauen enorme Fortschritte in der HIV/Aids-Prävention bringen. Der Vorschlag einer Integration von HIV/Aids-Programmen in familienplanerische Aktivitäten und Programme zu reproduktiven Rechten gilt als eine als besonders effektive Strategie für genderspezifische HIV/Aids-Prävention (vgl. ICRW 1994, Leslie 1992).

In den meisten lateinamerikanischen Ländern ist für viele Frauen ein ausreichender Zugang zu Verhütungsmitteln und sicheren Schwangerschaftsabbrüchen nicht gewährleistet. Müttersterblichkeit ist ein schwerwiegendes Gesundheitsproblem; ein Großteil dieser Todesfälle ist auf illegale Schwangerschaftsabbrüche zurückzuführen. Die Folgen einer ungewollten Schwangerschaft sind für Frauen unmittelbar. Frauen müssen sich schnell für oder gegen das Weiterbestehen einer Schwangerschaft entscheiden. HIV/Aids hingegen bleibt über lange Zeit weder spür- noch sichtbar. Während ein illegaler Schwangerschaftsabbruch sofort tödliche Folgen haben kann, treten diese bei HIV/Aids zumeist erst nach einigen Jahren auf (vgl. Lampe 1997; Martina Sufía 1994; Bianco/Pagani/Re 1995; Pagani/Bianco/Re 1998). Auf-

grund dieser Realität, so folgert Mabel Bianco, stehe für die meisten Frauen in Lateinamerika die Sorge um eine mögliche HIV/Aids-Infektion an zweiter Stelle der Präventionsbemühungen. (Hetero-)sexualität werde besonders bei jungen Frauen mit der Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft verbunden. Es sei deshalb notwendig, Frauen zu vermitteln, daß es sich auch bei HIV/Aids um eine unmittelbare Gefahr handele. Die Verwirklichung einer Selbstbestimmung bezüglich der reproduktiven Rechte könnte deshalb gleichzeitig Verbesserungen in der HIV/Aids-Prävention bewirken (vgl. Lampe 1997).

Der unzulängliche Zugang zu Verhütungsmitteln spiegelt sich statistisch bemessen in der Differenz der Frauen, die sich keine Kinder mehr wünschen und derer, die eine Verhütungsmethode praktizieren. In Lateinamerika betrifft dies, laut World Fertility Survey, etwa 57 Prozent der Frauen (vgl. Eschen/Whittaker 1993/106). Schwangerschaftsabbrüche sind allerdings in den meisten lateinamerikanischen Ländern illegal; allein die medizinische Indikation gilt gesetzlich als legal durchführbar.²³ Einzige Ausnahmen sind dabei Kuba und Puerto Rico. In Chile ist ein Schwangerschaftsabbruch unter keinen Umständen legal (vgl. Gómez/Portugal 1992/36). Im Sozialprofil sind es zumeist alleinstehende Frauen, Frauen mit geringem Einkommen und junge Frauen, die ungewollt schwanger werden, weil Verhütungsmittel, aber auch sichere Abtreibungen nicht finanzierbar sind (vgl. Gómez/Portugal 1992/39). Nach Schätzungen ist der Tod nach Komplikationen eines illegalen Schwangerschaftsabbruches in Lateinamerika die Haupttodesursache von Frauen zwischen 15 und 39 Jahren. Statistisch wird diese Todesursache unter der Rubrik ‚Müttersterblichkeit‘ geführt, in der sie auch die erste Stelle einnimmt (vgl. Gómez/Portugal 1992/38; Bianco 1996b/75f.)²⁴. Ein zusätzliches Problem bei der Erhebung dieser statistischen Werte ist der Umstand der Illegalität, weshalb Abtreibung als Todesursache in den Krankenhausregistern nicht aufgeführt wird bzw. Frauen, die dies bei ihrer Einlieferung zugeben, polizeilich verfolgt werden. Nach Zahlen des World Fertility Surveys wären 33 Prozent der Müttersterblichkeitsfälle in lateinamerikanischen Ländern durch die ausreichende Versorgung mit Verhütungsmitteln vermeidbar (vgl. Mora/Yunes 1993/71f.).

Angesichts dieser restriktiven Situation erscheint Frauen das ‚Problem Schwangerschaft‘ lebensbedrohlich. Allerdings haben Frauen Mechanismen und Lösungsmöglichkeiten für einen Umgang mit dieser Bedrohung gefunden, die zwar die Todesgefahr nicht beseitigen, aber Abhilfe schaffen. Sie suchen für illegale Schwangerschaftsabbrüche Heilerinnen, Krankenschwestern oder Hebammen auf, die kostengünstiger als ÄrztInnen und trotzdem relativ sicher arbeiten.²⁵ Diese Frauen praktizieren inoffiziell, sind aber unter den Frauen bekannt. Zudem werden Rezepte für pflanzliche Abtreibungsmittel im *Barrio* oder in der Familie weitergege-

²³ El Salvador und Panama lassen die eugenische, Argentinien, Bolivien, Brasilien, El Salvador, Panama und Uruguay die kriminologische und allein Uruguay die soziale Indikation als legitime Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch gelten (vgl. Gómez/Portugal 1992).

²⁴ Weltweit sind unsichere Schwangerschaftsabbrüche für etwa 40 Prozent aller Todesfälle im Bereich der Müttersterblichkeit verantwortlich. Mindestens 200 000 Frauen sterben jährlich an einer Abtreibung (vgl. Coeytaux et al. 1993/133).

²⁵ Für Argentinien zeigt Mabel Bianco auf, wie durch das Verbot von Hebammenschulen die Geburtshilfe in ärztliche Hände fiel und gleichzeitig eine kostengünstige Möglichkeit relativ sicherer Abtreibungen verhindert wurde (vgl. Bianco 1996b/23f; Lampe 1997).

ben (vgl. Lampe 1997/2; RSMLAC 1992). Die Selbsthilfemöglichkeiten bei ungewollten Schwangerschaften erfordern keine direkte Auseinandersetzung mit dem Partner. Frauen können diese ohne deren Wissen anwenden. Dasselbe gilt für Verhütungsmittel wie die Spirale oder orale Kontrazeptiva. Für die Verwendung von Kondomen, sei es zur Schwangerschaftsverhütung oder als HIV/Aids-Prävention, gilt dies nicht. Kommunikation mit dem Partner und dessen Einverständnis sind dafür notwendig, was das Sprechen über Sexualität voraussetzt. Für Frauen ist aber Sexualität mit einem Tabu belegt, über das nicht gesprochen wird.

Dieser Umstand stellt ein einflußreiches und verbindendes Element zwischen den Bereichen HIV/Aids und reproduktive Rechte dar. Der gesellschaftliche Umgang mit Sexualität in Form einer Negation derselben von seiten der Frauen bildet die Grundlage für beide Problemfelder. Aber es scheint - anders als bei ungewollten Schwangerschaften - als gäbe es angesichts einer drohenden Infektionsgefahr für HIV/Aids keine praktizierten Möglichkeiten der Bewältigung. HIV/Aids wird zumeist nicht als existente Bedrohung empfunden, weil einerseits heterosexuelle, in einer Partnerschaft lebende Frauen nicht als Risikogruppe eingestuft werden, und andererseits die Folgen einer HIV-Infektion unspezifischer und später auftreten als die einer Schwangerschaft.

In der präventiven Konsequenz hängen sowohl ungewollte Schwangerschaften als auch HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten direkt zusammen, da sie alle durch ungeschützten, vaginal penetrierenden Geschlechtsverkehr übertragen werden. Unbehandelte STDs vergrößern das Risiko einer HIV/Aids-Infektion für Frauen; Kondome könnten sowohl diese Infektionen als auch Schwangerschaften verhindern (vgl. McDermott u.a. 1993/92f.; KIT/SAfAIDS/WHO 1995).

Als Lösungsvorschlag bietet sich eine Integration von Angeboten zu allen Bereichen in einem integrativen Zentrum an. Wenn Frauen in einem Zentrum für Familienplanung Angebote von STD-Diagnose und HIV/Aids-Prävention vorfinden, ist die Hemmschwelle niedriger, als wenn sie zur Behandlung einer vaginalen Infektion eine spezielle Praxis aufsuchen müssen, und dieser Besuch sie evtl. mit dem Stigma der Prostitution belegt. In einer ganzheitlichen Umgehensweise bliebe das Thema Sexualität vorerst in einem ‚Frauenraum‘ und böte größere Sicherheit (vgl. Eschen/Whittaker 1993/114ff.; Lampe 1997).

4.2.2 Die Bedeutung reproduktiver Rechte in der HIV/Aids-Arbeit der befragten NGOs

Nur sechs der befragten NGOs erwähnen die Thematik der reproduktiven Rechte im Zusammenhang mit der HIV/Aids-Arbeit. Diese Organisationen gehören zu denen, die sich in ihrem Programm an heterosexuell lebende Frauen richten, die nicht der Sexarbeit nachgehen. Alle NGOs zu Sexarbeit konzentrieren sich auf HIV/Aids im Zusammenhang mit dem Arbeitskontext der Sexarbeiterinnen und sparen den Bereich der reproduktiven Rechte zumeist aus.

Vier Organisationen bearbeiten HIV/Aids als Teil eines umfassenden Programmes zu Sexualität, reproduktiven Rechten und Gesundheit. Eine dieser NGOs nimmt zudem das Problem ‚Gewalt gegen Frauen‘ in dieses Programm auf.

Indem diese Organisationen in bezug auf HIV/Aids das Konzept der Ganzheitlichkeit in den Vordergrund stellen, wird das Thema in die Alltagserfahrungen der Frauen eingebettet:

„Es sind Gruppenworkshops (...), die versuchen, den Selbstschutz und das Üben der Präventionsmaßnahmen gegen Aids voranzutreiben, indem Erfahrungen ermöglicht werden, die es den Frauen erlauben, in bezug auf ihre Bedingungen im Geschlechterverhältnis, ihrem Verhältnis zu Sexualität und den Schwierigkeiten, die ihnen in ihrer täglichen Realität bei der Prävention von Aids begegnen, nachzudenken, mit dem Ziel einen größeren Protagonismus sowie die Suche nach Alternativen voranzutreiben.“ (A4/3)

Hier tauschen sich die Teilnehmerinnen über ihre Erfahrungen mit Sexualität aus und machen sich mit ‚Safer Sex‘-Methoden vertraut. Die Alltagserfahrungen werden in die Strukturen des gesellschaftlichen Geschlechterverhältnisses eingeordnet. Mit dieser Vorgehensweise sollen in den *Talleres* (Workshops) Lösungskonzepte entwickelt werden, die den Teilnehmerinnen in Anbindung an ihre persönliche Situation die größtmöglichen aktiven Handlungsspielräume ermöglichen.

Anstelle der reproduktiven Rechte stellen eher die sexuellen Rechte bei den befragten Organisationen den großen Bedeutungszusammenhang her, unter dem sich Themen wie HIV/Aids und reproduktive Rechte sammeln.

4.3 Zielgruppe der NGOs

Ein weiteres Kriterium der Untersuchung betrifft die Zielgruppenorientierung der untersuchten Programme, und die Frage, wie paßgenau die Angebote der Klientel entsprechen.

Die Klientel der befragten Organisationen weist eine Reihe unterschiedlicher Charakteristika auf. Ihre Arbeit ist vorwiegend auf der lokalen, teilweise auf der regionalen Ebene angesiedelt. Nur zwei der Organisationen erwähnen zusätzlich die nationale, eine davon die internationale Ebene als Teil ihrer Arbeit, sei es durch die landesweite Verteilung von frauenspezifischem Aufklärungsmaterial zu HIV/Aids oder durch die Teilnahme an internationalen Treffen, Kongressen und Foren.

Die überwiegende Zahl der NGOs ist in der Nähe von städtischen Gebieten oder Großstädten lokalisiert. Lediglich eine NGO bezieht sich auf *Campesinas*²⁶ in einer ländlichen Region, deren Ehemänner oder Partner überwiegend als Arbeitsmigranten in den USA leben.

Die vorherrschend lokale, basisorientierte Arbeitsweise spiegelt sich in den Zielgruppen der NGOs wider. Mit Ausnahme von einer Organisation, die eher eine obere und mittlere Mittelschichtsklientel²⁷ anspricht, richten sich die Programme an marginalisierte Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Die Zielgruppe erweitert sich bei einigen NGOs um

²⁶ *Campesinas* ist der lateinamerikanische Ausdruck für Bäuerinnen.

²⁷ Der Begriff ‚Schicht‘ ist den Fragebögen entnommen, wurde also von den NGOs in den meisten Fällen verwendet, um die sozioökonomische Situation der Klientel zu beschreiben. Es bleibt offen, welches theoretische Verständnis der Verwendung dieses Begriffes zugrundeliegt.

Menschen aus der unteren, selten aus der mittleren Mittelschicht. Lediglich eine NGO gibt an, sich an Menschen aus jeder gesellschaftlichen Schicht zu wenden.

Acht der befragten NGOs arbeiten ausschließlich mit Frauen, vier Organisationen beziehen teilweise auch Männer in ihre Arbeit ein. Treffend und repräsentativ erscheint mir die Angabe einer NGO, die m.E. für eine Reihe der befragten NGOs Gültigkeit hat. Die Programme richten sich:

„Grundsätzlich an Frauen ohne Männer auszuschließen.“ (D1/2)

Aus den Angaben vieler Organisationen ist zu entnehmen, daß heterosexuelle Männer stärker in das Programm eingebunden, daß sogar spezielle Programme für diese Männer konzipiert werden sollen.

„Eine unserer größten Interessen ist die Durchführung von Workshops über das Geschlechterverhältnis ausschließlich für heterosexuelle Männer, unterrichtet von Männern.“ (C3/6)

Sechs NGOs integrieren Jugendliche beiderlei Geschlechts in ihre Programme. Allein eine NGO arbeitet ausschließlich mit Jugendlichen als Klientel, wobei sie darin Kurse speziell für Mädchen anbieten.

Eine weitere Spezifizierung der Klientel der befragten NGOs ist aufgrund der unterschiedlichen im Fragebogen angegebenen Merkmale nur bruchstückhaft möglich, so daß ich an dieser Stelle darauf verzichte. Besonders auffällig erscheint mir jedoch die klare Trennung in die Arbeit mit Sexarbeiterinnen und nichtsexarbeitenden Frauen.²⁸

4.3.1 Sexarbeit im Kontext von HIV/Aids

In den Bildern über ‚die guten, monogamen Ehefrauen und Mütter‘ und die ‚schlechten, unmoralischen Prostituierten‘ spiegeln sich fundamentale Sichtweisen im gesellschaftlichen Umgang mit Sexualität. Eine weitgehend anerkannte Doppelmoral läßt Männer sich der Sexarbeit bedienen und stigmatisiert und verleugnet gleichzeitig die dort arbeitenden Frauen (vgl. Zúñiga 1994/115ff.). Es soll an dieser Stelle nicht näher auf die gesellschaftliche Bedeutung und die Geschichte der Sexarbeit eingegangen werden.²⁹ Wichtig ist im Kontext dieser Arbeit allerdings die Beobachtung, daß in Zeiten epidemischen Auftretens sexuell übertragbarer Erkrankungen, Sexarbeiterinnen zu ‚Risikofaktoren‘ gestempelt werden und ihre Rolle in der Verbreitung der Erkrankung kontrolliert und thematisiert wird (Zúñiga 1994/116f.). Gleichzeitig wähen sich in derselben Logik andere Bevölkerungsgruppen in Sicherheit vor der Erkrankung und übernehmen keine Verantwortung für präventive Maßnahmen. Das Bild von der ‚guten‘ also ungefährdeten, monogam lebenden Frau und der ‚schlechten‘ Sexarbeiterin als Risikofaktor für die Gesellschaft allgemein und für Männer im besonderen, ist weder veraltet

²⁸ Bezüglich der Anzahl der betreuten KlientInnen pro Jahr erscheint es mir nicht sinnvoll, mit Durchschnittswerten zu arbeiten, weil die Unterschiedlichkeit in der Konzeption der Programme eine starke Varianz in der KlientInnenzahl verursacht. Deshalb findet dieser Aspekt hier keine weitere Beachtung.

²⁹ Siehe für Lateinamerika z.B.: Marena Briones: Mujeres Prostitutas: Entre la Tolerancia y la Persecución; in: CLADEM 1993.

noch überholt. Es diskriminiert weiterhin Sexarbeiterinnen, läßt heterosexuelle Frauen in festen Partnerschaften im Glauben einer scheinbaren Nichtgefährdung und enthebt Männer, die Sexarbeit in Anspruch nehmen, der Verantwortung für ihr Präventionsverhalten.

Im Zusammenhang mit der HIV/Aids-Pandemie werden Sexarbeiterinnen neben homosexuellen Männern und iv-DrogennutzerInnen als Risikogruppe³⁰ angesehen und diskriminiert (vgl. RSMLAC 2/1996/64; Zúñiga 1994/117).

Gleichzeitig läßt sich eine tatsächliche, besondere Gefährdung von Sexarbeiterinnen für HIV/Aids aufgrund ihrer Arbeit nicht von der Hand weisen. Epidemiologische Daten zeigen, daß beispielsweise in Mexiko 1994 die HIV Prävalenzrate bei schwangeren Frauen bei 0.6%, bei Sexarbeiterinnen im gleichen Jahr bei 5.0% lag.³¹ Vergleichbare Zahlen weisen Guyana, Brasilien und Surinam auf (vgl. Stanecki/Way 1996/41ff.).

Für diese Entwicklungen können unterschiedliche Faktoren verantwortlich sein, die mit der eingangs benannten gesellschaftlichen Konzeption von Sexualität in Verbindung stehen.

Bei der Gruppe der Sexarbeiterinnen hängt die Gefährdung, an HIV/Aids zu erkranken, entgegen dem weit verbreiteten, gesellschaftlichen Vorurteil weniger mit dem Mangel an Information und Präventionsbewußtsein zusammen, als mit der oft prekären Lebenssituation und Isolation, die sie von der Sexarbeit als Lebensunterhalt abhängig macht, und der Verweigerung der Klienten, Kondome zu benutzen (vgl. Zúñiga 1994)^{32 33}.

Auf der anderen Seite wird angenommen, daß etwa 60% der Frauen in Lateinamerika, die mit HIV infiziert sind, verheiratet sind oder in einer festen Partnerschaft leben und angeben, keine sexuellen Beziehungen außerhalb dieser zu leben (vgl. Bianco 1996a/45). Die Bedingungsfaktoren dafür sind anders gelagert als für Sexarbeiterinnen, denn von heterosexuellen, monogam lebenden Frauen, die in Partnerschaften leben, wird erwartet, Sexualität nicht zu thematisieren und der Wunsch nach ‚Safer Sex‘ wird von seiten der Partner als Offenlegen promiskuen Verhaltens der Frauen oder als Mißtrauen gedeutet (vgl. Gómez 1996; Aldana 1994).

Es zeigt sich also, daß diese beiden Gruppen von Frauen völlig unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen bezüglich der Möglichkeiten und Bedürfnisse, sich vor HIV/Aids zu schützen.

³⁰ Der Begriff der Risikogruppen wird mittlerweile zumeist durch Risikoverhalten ersetzt, um eben einer Diskriminierung bestimmter Personengruppen und der Suggestion der Gefährlosigkeit für andere Gruppen entgegenzuwirken. Siehe zu dieser Diskussion auch: Watney 1996/431f.

³¹ Oftmals ‚entdecken‘ Frauen ihren positiven Serostatus erst, wenn sie aufgrund einer Schwangerschaft eine Klinik aufsuchen (vgl. Eschen/Whittaker 1993/116). Bei den Daten zum Serostatus von Sexarbeiterinnen ist kritisch zu bedenken, daß möglicherweise ein HIV-Test Voraussetzung zur Arbeitserlaubnis sein könnte, hingegen Nichtsexarbeiterinnen bezüglich ihres Serostatus leichter unerkannt bleiben.

³² Natürlich muß berücksichtigt werden, daß die Gruppe der Sexarbeiterinnen keinesfalls homogen ist bezüglich der Arbeitsbedingungen, der Schichtzugehörigkeit und der Erfahrung im Umgang mit der Diskussion um ‚Safer Sex‘. Als besonders gefährdet bezüglich HIV/Aids können unerfahrene, junge Sexarbeiterinnen betrachtet werden, die finanziell von der Arbeit abhängig sind (vgl. Zúñiga 1994/113ff.).

³³ Ein erklärender Faktor für eine Überbewertung von Sexarbeit in der Verbreitung von HIV/Aids in Lateinamerika besteht darin, daß infizierte Männer bei der Frage nach dem möglichen Übertragungsweg z.T. den Besuch bei einer Sexarbeiterin angeben, um nicht bi- oder homosexuelle Kontakte offenlegen zu müssen (vgl. Zúñiga 1994/123).

4.3.2 Sexarbeiterinnen und Nichtsexarbeiterinnen in den NGO-Aktivitäten

Sexarbeiterinnen

„Das auslösende Motiv war die Mißhandlung und der Mißbrauch von seiten der Polizei (...), daraus leitete sich (...) die Notwendigkeit ab, ein Instrument zu schaffen, das den Sexarbeiterinnen die Verteidigung ihrer Rechte und Gesundheitsvorsorge erlaubte.“ (A3/1)

Auffällig bei der Betrachtung der Aktivitäten der NGOs ist, daß die Klientinnen beinahe ausschließlich in ihrer Rolle als Sexarbeiterinnen unterstützt werden. Das Angebot läßt also ihre private Rolle weitgehend außer acht. Ausnahmen sind praktische Unterstützungsangebote z.B. in der Versorgung der Kinder bei zwei NGOs. Das Unterstützungsangebot bezüglich der HIV/Aids-Prävention hat einen starken Bezug zur gesellschaftlichen Stellung der Sexarbeiterinnen.

Insgesamt lassen sich die Aktivitäten in folgende Felder unterteilen: peer-education, Arbeitsrecht, Thematisierung der gesellschaftlichen Vorgaben zum Geschlechterverhältnis, Alternativen zur Sexarbeit und breit gefächerte Informationsarbeit.

Informationsvermittlung wird von den NGOs auf unterschiedlichen Ebenen angegangen. Einerseits werden Informationsmaterial und Kondome breitflächig in Bars und Nachtclubs verteilt, worin über ‚Safer Sex‘ informiert wird, andererseits organisieren die NGOs Informationsveranstaltungen zu diesem Thema.

Auf einer anderen Ebene werden Sexarbeiterinnen im Gebrauch von Kondomen und in der Kommunikation mit Klienten um ‚Safer Sex‘ ausgebildet sowie darin, dieses Wissen an ihre Arbeitskolleginnen weiterzugeben (peer-education). Sie werden zu *Monitoras de Salud*. Indirekt wird durch diese Maßnahme auch eine Aufklärung der Freier vorangetrieben.

Ein Fokus der Arbeit liegt auf der Arbeit zu Menschenrechten und Arbeitsrecht. Diese Themen fließen in die Informationsveranstaltungen mit ein. Besonders eine Organisation engagiert sich gegen die Diskriminierung der Sexarbeiterinnen, für die Einhaltung des Datenschutzes von seiten des Staates im Kontakt mit den Klientinnen oder auch in Menschenrechtsorganisationen.

„(...) die Verbesserung der Lebensbedingungen von Frauen anzustreben, die in der Sexarbeit tätig sind, indem die Pandemie als ein Entwicklungs- und nicht als Gesundheitsproblem betrachtet wird.“ (D2/1)

Die Verbesserung der Lebensbedingungen bildet einen weiteren Schwerpunkt, indem Alternativen zur Sexarbeit geschaffen werden. Dies kann durch einkommensschaffende Maßnahmen wie der Einrichtung von kleinen Geschäften im *Barrio*, in Kursen zu Kosmetik oder Schokoladeherstellung geschehen oder in einem ‚soziales Vermarktungsprogramm‘ für Kondome umgesetzt werden.

Die Programme der NGOs beinhalten jedoch immer auch einen Teil zur Unterstützung der ‚inneren Stärke‘ der Frauen. Dies wird in Kursen über Sexualität - z.B. durch die Erotisierung von ‚Safer Sex‘ - vermittelt oder in Theaterstücken und Gedichten, die die Machtbeziehungen

des Geschlechterverhältnisses behandeln. Ziel dieser Aktivitäten ist die Stärkung des Selbstwertgefühls, die Benennung der Machtungleichheiten der Geschlechter, das Recht auf Selbstschutz und Gesundheit und die Aufforderung, aktiv zu werden.

In diesem Zusammenhang zeigt sich, daß sich drei der Organisationen ganz konkret um die Belange HIV-positiver Frauen/Sexarbeiterinnen kümmern, sei es durch Besuche, Vermittlung medizinischer Versorgung oder Unterstützung im Falle von Diskriminierung. Diesen Aspekt greifen von den anderen auf Nichtsexarbeiterinnen bezogenen Projekten lediglich zwei auf.

Nichtsexarbeiterinnen³⁴

„Das wesentliche Ziel dieses Programmes ist es, das Empowerment von Frauen herbeizuführen, zu lernen, mit dem Partner zu verhandeln und die Erkenntnis zu erlangen, daß Frausein in diesem Land ein Infektionsrisiko für HIV/Aids bedeutet.“ (C2/2)

Die Angebotsstrukturen der NGOs, die mit Nichtsexarbeiterinnen arbeiten, konzentrieren sich hauptsächlich auf die Bewußtmachung der Risikosituation für die Klientinnen innerhalb ihres häuslichen Umfeldes. Sie zeigen gesellschaftskritische Positionen bezüglich des Geschlechterverhältnisses auf und stellen Weiblichkeits- und Männlichkeitsdefinitionen in Frage. Ansatzpunkte der Kritik sind jedoch eher die individuellen Partnerschaften der Frauen, die am Programm teilnehmen.

In den Programmen werden diese Ziele einerseits über Kurse zu Alltagsreflexion in bezug auf Geschlechterrollen und Sexualität, und andererseits über die Verbreitung von Informationsmaterial auf einer breiteren Basis außerhalb der *Talleres* umgesetzt.

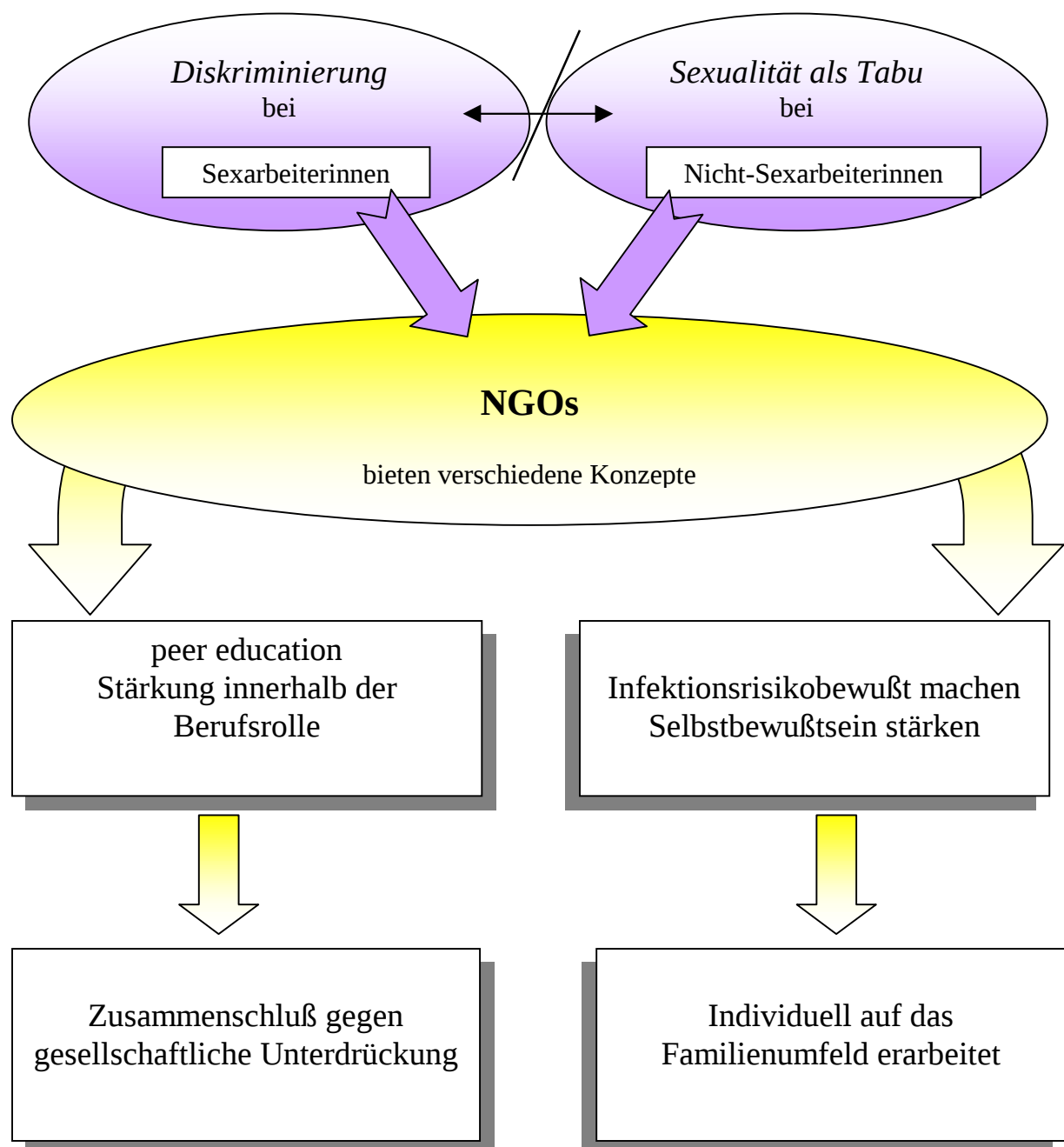
In den *Talleres* führt der Weg zur Bewußtmachung des Infektionsrisikos für HIV/Aids über den Versuch der Wiederaneignung der eigenen Sexualität.

Die von diesen NGOs angebotenen Workshops hinterfragen die gesellschaftliche Doppelmoral, die Frauen zu Objekten einer von männlichen Subjekten bestimmten Sexualität macht. Die Klientinnen sollen befähigt werden, durch eine Stärkung des Selbstbewußtseins über ‚Safer Sex‘ in ihrer Partnerschaft zu kommunizieren, zu Protagonistinnen im Umgang mit ihrer Sexualität und ihrer Gesundheit zu werden. Den Frauen wird nahegelegt, ihre Rolle als Versorgerin ihrer Familie in Frage zu stellen, indem sie ihr eigenes Recht auf Gesundheit erkennen. Grundlage dessen sind die Vermittlung von Wissen über den eigenen Körper und schließlich die Vermittlung von Wissen im Umgang mit Kondomen und Safer Sex. Ein häufiges Problem stellt die soziale Norm dar, die Frauen untersagt, Kondome bei sich zu tragen. Teilweise wird auch hier mit der ‚Erotisierung‘ von Präservativen gearbeitet. Bei einigen Organisationen werden Männer in diese Reflexion mit einbezogen.

³⁴ Die von mir gewählte Dichotomie Sexarbeiterin - Nichtsexarbeiterin wird aus Gründen der Analyse so gegenübergestellt. In der Realität gibt es durchaus komplexe Überschneidungen zwischen beiden Gruppen. Die Gruppe der Nichtsexarbeiterinnen ist wahrscheinlich in sich zudem sehr heterogen, denn aufgrund fehlender genauerer Angaben zu Art und Dauer der heterosexuellen Kontakte der Klientel, kann sie nicht spezifiziert werden. Das große vereinende Merkmal der Nichtsexarbeiterinnen, das m.E. eine solche Zuordnung rechtfertigt, ist die Tatsache, daß sie nicht in der Sexarbeit tätig sind.

Kaum thematisiert werden alternative Lebensentwürfe zur Kleinfamilie. Lediglich wenige NGOs motivieren die Klientinnen, Ausbildungen abzuschließen und in gesellschaftlichen Positionen selbstbestimmt Verantwortung zu übernehmen, verweisen Frauen an einkommensschaffende Maßnahmen oder betonen in den Workshops die Wichtigkeit der ökonomischen Unabhängigkeit von Mädchen/Frauen für einen eigenen Lebensentwurf.

Abbildung 3: Zielgruppe der befragten NGOs



4.4 Grenzen und Möglichkeiten der Umsetzung der HIV/Aids-Programme

Nachdem in den vorhergehenden Abschnitten die Programmatik der NGOs im Vordergrund stand, wird der Blick in diesem Teil auf die Umsetzungsbedingungen für die Durchführung der Programme gerichtet.

Materielle Unterstützung

Das Hauptproblem scheint für die Mehrzahl der Organisationen die Sicherung der Finanzierung ihrer Arbeit zu sein.

Zehn Organisationen geben an, daß mangelnde Finanzierung ein grundsätzliches Problem darstellt, das ihre Arbeit behindert. Bei einigen ist die Weiterführung des Programmes bzw. von Teilen der Aktivitäten für das kommende Jahr unsicher, falls sich keine weiteren Finanzierungsquellen finden lassen.

Es wird der Wunsch nach Vollzeitstellen geäußert, damit nicht alle Mitarbeiterinnen neben der Arbeit im Projekt einer Lohnarbeit nachgehen müssen. Gelder fehlen zudem für die Veröffentlichung von Informationsmaterial, für Medienarbeit und zusätzliche Programme.

Insgesamt stand bei Fragen der Finanzierung bei allen NGOs die Beibehaltung des derzeitigen Status' im Vordergrund, mit dem Wunsch einer angestrebten inhaltlichen Erweiterung der Programme. Als Reaktion auf drohendes Versiegen der Finanzierungsquellen ist sowohl das Erwägen unentgeltlicher Weiterarbeit bei Einschränkung des Angebotes als auch das Schließen von Programmen zu beobachten.

Sechs NGOs äußern sich zu konkreten materiellen Unterstützungsbedürfnissen, wie Frauenkondome, die in den meisten lateinamerikanischen Ländern gar nicht oder nur schwer und im Vergleich zu Kondomen für Männer nur sehr kostenintensiv zu beschaffen sind.

Wünsche im Hinblick auf politische Unterstützung und Anerkennung

An zweiter Stelle stehen Bedürfnisse, die mit der Verortung der NGOs in ihrem Umfeld oder mit dem Status ihrer Arbeit als NGO insgesamt zusammenhängen.

Diese beziehen sich z.B. auf die Gesundheitsverordnung und die Gesetzgebung bezüglich der Sexarbeit, die als hinderlich für eine Angleichung der Sexualitätsnormen für Männer und Frauen gesehen wird, oder auf Verbesserungen hinsichtlich des Datenschutzes und der Menschenrechtslage für Sexarbeiterinnen.

Aber auch Forderungen nach einer verstärkten Anerkennung durch die Regierung und durch internationale Organisationen, um einen definierten Status und um eine direkte Unterstützung durch die lokale Bevölkerung in Form einer Zusammenarbeit zu erlangen, werden laut.

Bei anderen NGOs bewegen sich diese politischen Bedürfnisse ausschließlich auf der regionalen Ebene, wo sie sich eine bessere Zusammenarbeit mit politischer Unterstützung der lokalen Regierung oder von Gesundheitseinrichtungen wünschen.

Drei der Organisationen wünschen sich verbesserte Strukturen für eine Unterstützung von NGOs untereinander, wie es ein Erfahrungsaustausch oder eine regionale Vernetzung ermöglichen würde.

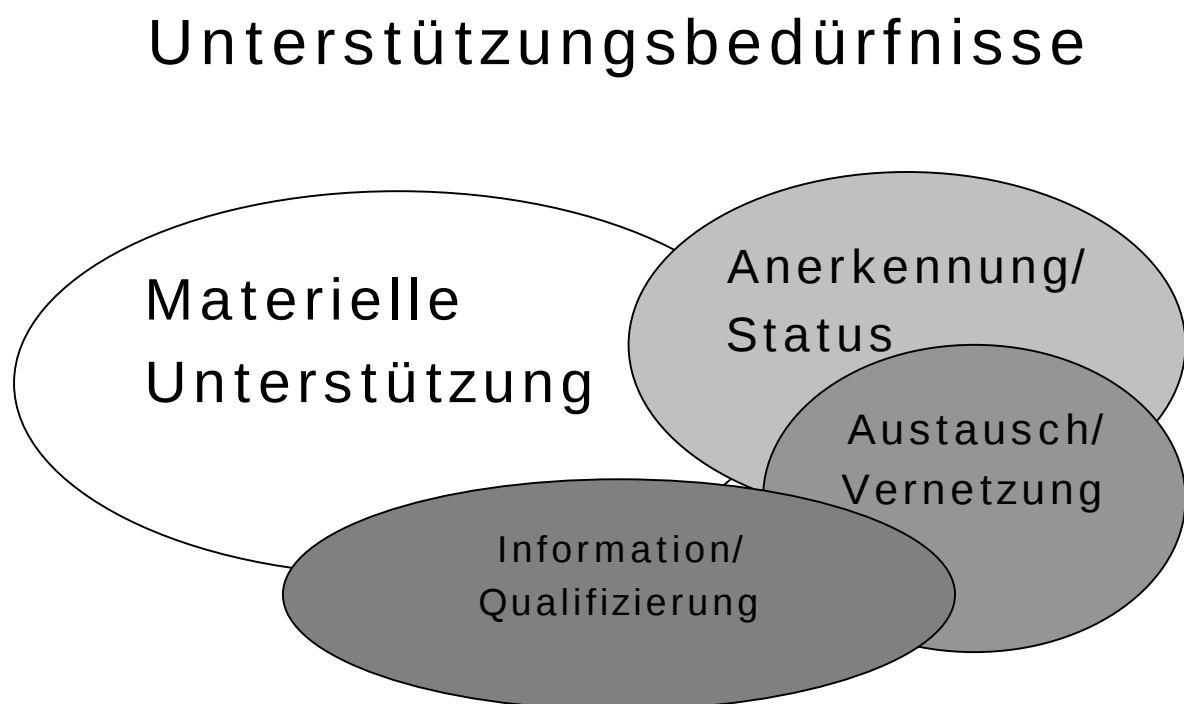
Information und Qualifizierung

Von drei NGOs wird ein mangelhafter Zugang zu aktuellen Informationen beklagt. Es handelt sich dabei um Material zu ‚Gender und HIV/Aids‘ im allgemeinen, um Methodologien für eine pädagogische Arbeit zu diesem Thema und um Material über eine Neudefinition von Männlichkeit in bezug auf HIV/Aids. Auch werden Wünsche nach einer Beratung für die Vorgehensweise bei der Gründung von Netzwerken oder für Formen institutioneller Stärkung genannt.

Adressaten der Unterstützungsbedürfnisse

Bezüglich der Adressaten der Unterstützungswünsche unterscheiden sich die NGOs untereinander. Die Mehrzahl betrachtet internationale Organisationen und die nationale Regierung zumindest für Finanzierungsfragen als zuständig, Andere Organisationen aber sehen die Zuständigkeit insbesondere bei der lokalen Regierung.

Abbildung 4: Unterstützungsbedürfnisse der NGOs



5 Fazit

Fast alle an der Untersuchung teilnehmenden NGOs leisten Pionierarbeit, indem sie auf unterschiedliche Weise ihre HIV/Aids-Programme gendersensitiv ausrichten. Sie erkennen damit eine aktuell bedeutsame und gesundheitspolitisch wichtige Problemstellung und reagieren darauf mit einer Veränderung oder einer Neuschaffung von Angeboten.

Bei der Analyse des Datenmaterials über die Implementierung der Genderperspektive in die HIV/Aids-Programme der 14 befragten lateinamerikanischen NGOs zeigen sich große Kompetenzen auf Seiten der NGOs: Die Mehrzahl der Organisationen hat ein Verständnis des Konzeptes ‚Gender‘ und setzt dieses Wissen in die Praxis um. Die gendersensitiven Aktivitäten beziehen sich sowohl auf praktische als auch auf strategisch orientierte Bedürfnisse der Klientel.

Die NGOs reagieren angemessen auf die unterschiedlichen Bedingungen und Bedürfnisse der angesprochenen Zielgruppen Sexarbeiterinnen und Nichtsexarbeiterinnen. In bezug auf die auf Sexarbeiterinnen und Nichtsexarbeiterinnen ausgerichteten Aktivitäten fällt auf, daß mit einer Ausnahme, die NGOs niemals beide Gruppen ansprechen. Als Grund dafür nehme ich an, daß Nichtsexarbeiterinnen die gesellschaftliche Diskriminierung von Sexarbeiterinnen ebenfalls reproduzieren. Claudia Colimoro schlägt in einem Beitrag über Sexarbeit in Mexiko einen solidarischen Zusammenschluß beider Gruppen vor, denn alle Frauen seien von den gesellschaftlich unterdrückenden Bedingungen betroffen (vgl. RSMLAC 1992). Diesen Vorschlag halte ich für durchaus konstruktiv. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zeigen weiterhin, daß sowohl Sexarbeiterinnen als auch Nichtsexarbeiterinnen in den NGO-Aktivitäten Elemente erlernen, die auch für die jeweils andere Gruppe wichtig sein könnten. Sexarbeiterinnen könnten ihre Lebensumstände außerhalb der Arbeitsrolle betrachten, und Nichtsexarbeiterinnen hätten die Möglichkeit, Aspekte der politischen Organisation außerhalb des familiären Kontextes kennenzulernen.

Bei der Verknüpfung der Bereiche reproduktive Rechte und HIV/Aids-Prävention weisen die untersuchten NGOs Implementierungsdefizite auf, da zwar größtenteils beide Themen im Gesamtprogramm der Organisationen beachtet, die in einer Verbindung beider Bereiche liegenden Chancen jedoch nicht genutzt werden.³⁵

Insgesamt reagieren also die meisten Organisationen des Samples auf die genderspezifischen Bedingungen der Region und auf die epidemiologischen Entwicklungen bezüglich HIV/Aids. Neben den Ergebnissen der ausführlichen Datenanalyse konnten zusätzlich eine Vielzahl von Übereinstimmungen zwischen der Arbeitsweise der befragten NGOs und den erarbeiteten Anforderungen an gendersensitive HIV/Aids-Arbeit festgestellt werden. Die Ausrichtung vieler Programme auf ökonomisch marginalisierte Menschen, insbesondere Frauen wird der entsprechenden für Lateinamerika geltenden epidemiologischen Tendenz gerecht. Die Einbettung der HIV/Aids-Programme in thematisch andere Programme sowie die Kontakte zur Frauen(-Ge-

³⁵ Die Gründe dafür können anhand des vorhandenen Datenmaterials nicht ausgemacht werden. Zur ihrer Erforschung wären weitere Untersuchungen sicherlich sehr interessant und wünschenswert.

sundheits-)Bewegung verspricht eine Vergrößerung des Kreises der Klientel. Auch hinsichtlich der Angebotsinhalte lassen sich Übereinstimmungen zwischen den in 2.2. vorgestellten Anforderungen und dem empirischen Material erkennen.

Wenig Beachtung finden bei den befragten NGOs die Arbeitsbereiche über Menschen, die mit HIV/Aids leben, heterosexuelle Männer und die oben erwähnte Verknüpfung mit dem reproduktiven Rechten. Allerdings ergibt die Analyse des Datenmaterials im Hinblick auf einen Trend³⁶ für die Dynamik der HIV/Aids-Programme, daß einige der NGOs die Implementationsdefizite insgesamt oder in Teilen als solche einschätzen und sie partiell zu beheben suchen.

Auffällig ist insgesamt, daß die oftmals kreativen und innovativen programmatischen Vorstellungen der Organisationen an den Umsetzungsbedingungen scheitern oder dadurch bedroht sind. Es fehlt sowohl an einer gesicherten Finanzierung als auch an einer angemessenen staatlichen und internationalen Anerkennung ihrer Arbeit.

Sicherlich sind die Ergebnisse der Untersuchung keineswegs als repräsentativ für die latein-amerikanische Region zu werten, denn sie beleuchten lediglich einen kleinen Ausschnitt des Spektrums an nichtstaatlichen HIV/Aids-Programmen. Dennoch können und sollen die aufgezeigten Analyseergebnisse Anregungen für vertiefende und erweiternde Forschungen bieten und die Relevanz eines bisher wenig untersuchten Bereiches verdeutlichen.

Meines Erachtens lassen sich aus der Untersuchung Hinweise ablesen, die über die Gruppe der befragten NGOs hinausreichen. Zum einen unterstreicht sie empirisch die - aus der Literatur zu entnehmende - Relevanz des Geschlechterverhältnisses als zu beachtende Kategorie in der Konzeption und Durchführung von HIV/Aids-Programmen in Lateinamerika.

Zum anderen lassen sich Empfehlungen im Hinblick auf eine bessere Verankerung von NGOs und eine bessere Kooperation staatlicher Institutionen oder auch internationaler Organisationen mit nichtstaatlichen, gendersensitiven HIV/Aids-Programme ableiten. Die Ergebnisse unterstreichen m.E. die Notwendigkeit, die oftmals reichen Erfahrungen von NGOs besser in das Gesamtkonzept von HIV/Aids-Prävention einzubinden und zu nutzen. Dafür sollten jedoch nichtstaatliche Organisationen auf unterschiedlichen Ebenen unterstützt werden. Internationale Geberorganisationen sollten eine gewisse finanzielle Unterstützung bereitstellen, insbesondere in Ländern oder Situationen, wo entweder eine Professionalisierung der Organisationen für eine finanzielle Unabhängigkeit nicht möglich oder aber konzeptionell nicht sinnvoll ist. Die nationalen Regierungen sind gefragt, NGOs beispielsweise in die ‚Governmental National AIDS Programmes‘ zu integrieren und sie an relevanten Entscheidungsprozessen zu beteiligen. Internationale Organisationen wie die UN wiederum könnten ihre Logistik und Kontakte nutzen, um Informationen bereitzustellen oder aber eine Vernetzungen der NGOs zu fördern. Mit all diesen Prozessen wäre eine größere Anerkennung und Sichtbarmachung nichtstaatlicher HIV/Aids-Arbeit verbunden, die den Status der Geschlechterfrage auf diesem Gebiet verbessern und einen Beitrag zum Mainstreaming dieser Frage leisten könnte.

³⁶ Der hier angegebene Trend ergibt sich aus der Auswertung des Fragebogenmaterials zu den Rahmenbedingungen und den Angaben insbesondere zu den Zukunftsplänen der Organisationen.

Ein Beispiel für eine interdisziplinäre Initiative für die Erarbeitung von Gesetzesveränderungen im Bereich reproduktive Gesundheit von Frauen (inklusive HIV/Aids) findet sich in Argentinien. Hier haben drei NGOs mit finanzieller Unterstützung des UNFPA ein Projekt entworfen, wo sich staatliche VertreterInnen, ProvinzpolitikerInnen, GesetzgeberInnen, Frauengesundheitsarbeiterinnen, NGO-VertreterInnen und die Presse zu diesem Thema zu Seminaren zusammengefunden haben (vgl. Bianco u.a. 1998).

Eine angemessene Unterstützung und Anerkennung ist m.E. für die lateinamerikanische Region wichtig und notwendig, auch wenn diese Region nicht zu den ‚Brennpunkten‘ der HIV/Aids-Pandemie zählt und dadurch in der internationalen Berichterstattung und Aufmerksamkeit weniger präsent scheint.

6 Literatur

Act-Up - New York, Women & AIDS Book Group (1994): *Frauen und Aids*; Reinbek bei Hamburg

Aldana, Alma (1994): Mujer, Sexualidad y SIDA; in: Colegio de Mexico: *Mujer y SIDA*; Jornadas 121; Mexico D.F.

Barbosa, Regina María/Martin, Denise/Villela, Wilza (1991): Mujer, Sexualidad y Prevención del SIDA; Papier präsentiert auf der Sitzung des Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe; Santiago de Chile 10/1991

Bassett, Mary T./Mhloyi, Marvellous (1993): AIDS and Sexually Transmitted Diseases: An Important Connection; in: Berer, Marge/Ray, Sunanda (Hrsg.): *Women and HIV/AIDS. An International Resource Book*; London

Becker-Schmidt, Regina/Knapp, Gudrun-Axeli (1987): *Geschlechtertrennung - Geschlechterdifferenz: Suchbewegung sozialen Lernens*; Bonn

Berer, Marge/Ray, Sunanda (Hrsg.) (1993): *Women and HIV/AIDS. An International Resource Book*; London

Biagini, Graciela/Sánchez, Marita (1995): *Actores Sociales y SIDA. Las Organizaciones no Gubernamentales y el Complejo VIH/SIDA*; Buenos Aires

Bianco, Mabel (1993): Derechos Reproductivas en la Era del SIDA; in: *DESIDAMOS* Nr.4

Bianco, Mabel (1994): SIDA: Mujeres y Discriminación; in: Red Nacional por la Salud de la Mujer - Argentina: *Entre Pildoras, Mandatos y Emociones*; Buenos Aires

Bianco, Mabel (1996a): Mujer, SIDA y Derechos Humanos: Un Dilema No Resuelto; in: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe: *Revista Mujer Salud*; Santiago de Chile 2/1996

Bianco, Mabel (1996b): *Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina. El Caso Argentino*; Buenos Aires

Bianco, Mabel (1998): Comprehensive Care of HIV+ Women at Primary Care Services, a Study and Proposal in Buenos Aires, Argentina; veröffentlicht auf der 12th World AIDS Conference, 6-7/1998; Genf

Bianco, Mabel/Pagani, Laura/Re, María Inés (1995): Mujer, Sexualidad y SIDA; in: *DESIDAMOS* Nr. 2

Bianco, Mabel u.a. (1998): *Mujeres Sanas, Ciudadanas Libres (o el poder para decidir)*, Buenos Aires

Bortz, Jürgen/Döring, Nicola (1995): *Forschungsmethoden und Evaluation*; Berlin

Brett, April (1991): Why Gender is a Development Issue; in: Wallace, Tina/March, Candida (Hrsg.): *Changing Perceptions. Writings on Gender and Development*; Oxford

Briones, Marena (1993): Mujeres Prostitutas: Entre la Tolerancia y la Persecución; in: Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) (Hrsg.): *Vigiladas y Castigadas. Seminario Regional: Normatividad Penal y Mujer en América Latina y el Caribe*; Lima

- Bublitz, Hannelore (1992): Geschlecht; in: Korte, Hermann/Schäfers, Bernhard (Hrsg.): *Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie*; Opladen
- Butler, Judith (1991): *Das Unbehagen der Geschlechter*; Frankfurt/M.
- Calvert, Susan/Calvert, Peter (1996): *Politics and Society in the Third World*; London
- Campbell, Carole A. (1995): Male Gender Roles and Sexuality: Implications for Women's AIDS Risk and Prevention; in: *Social Science and Medicine* Vol. 41, Nr.2
- Coeytaux, Francine M. u.a. (1993): Abortion; in: Koblinsky, Marge/Timyan, Judith/Gay, Jill (Hrsg.): *The Health of Women. A Global Perspective*; Boulder/San Francisco/Oxford
- Constantino-David, Karina (1994): A Model of Gender Training for Men; in: Rao, A. u.a. (Hrsg.): *Reflections and Learnings: Gender Trainers Workshop Report*; Amsterdam
- D'Cruz-Grote, Doris (1996): Prevention of HIV Infection in Developing Countries; in: *The Lancet* Vol.348, Nr.9034
- De Bruyn, Maria (1992): Women and AIDS in Developing Countries; in: *Social Science and Medicine* Vol. 34, Nr.34
- De los Ríos, Rebecca (1993): Gender, Health and Development: An Approach in the Making; in: Pan American Health Organization: *Gender, Women and Health in the Americas*; Washington D.C.
- Dietzen, Agnes (1993): *Soziales Geschlecht*; Opladen
- Doudelin, Jean/Hewitt, W.E. (1995): Churches and Politics in Latin America: Catholicism at the Crossroads; in: *Third World Quarterly* ,Vol.16, Nr.2
- Dreier, Volker (1997): *Empirische Politikforschung*; München/Wien
- Duden, Barbara (1991): *Der Frauenleib als öffentlicher Ort: Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*; Hamburg
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) (1992): *Major Changes and Crisis. The Impact on Women in Latin America and the Caribbean*; Santiago (UN-Publikation)
- Ehrhardt, Anke A. (1996): Sexual Behaviour Among Heterosexuals; in: Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel (Hrsg.): *AIDS in the World II*; Oxford/New York
- Eschen, Andrea/Whittaker, Maxine (1993): Family Planning: A Base to Build on for Women's Reproductive Health Services; in: Koblinsky, Marge/Timyan, Judith/Gay, Jill (Hrsg.): *The Health of Women. A Global Perspective*; Boulder/San Francisco/Oxford
- Farías K., Alejandra (1997): Sobre Educación de la Sexualidad; in: Grau D., Olga u.a.: *Discurso, Género y Poder. Discursos Públicos: Chile 1978-1993*; Santiago de Chile
- Fenoy, Dolores u.a. (1993): Sexualidad y SIDA. *Las Mujeres Entre el Placer y el Riesgo*; Veröffentlichung der Asociación de Especialistas Universitarias en Estudios de la Mujer (adeuem); Buenos Aires
- Fenoy, Dolores/Velásquez, Susanna (1993): Mujer, Sexualidad y SIDA. Enfoque psicosocial; Papier präsentiert auf dem 14. Congreso Interamericano des Psicología, Santiago de Chile

Fenoy, Dolores/Ferreira, Alicia (1995): *Las Fragilidades de las Mujeres Frente al SIDA*; Cuadernos de Trabajo 1; Serie Calidad de Vida; Asociación de Especialistas Universitarias en Estudios de la Mujer (adeuem); Buenos Aires

Fisher, Jo (1993): *Out of the Shadows. Women, Resistance and Politics in South America*; London

Francis, D.P. (1996): HIV Vaccine Development - Progress and Problems; in: Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel (Hrsg.): *AIDS in the World II*; Oxford/New York

Garcia-Moreno, Claudia (1991): AIDS: Women Are Not Just Transmitters; in: Wallace, Tina/March, Candida (Hrsg.): *Changing Perceptions. Writings on Gender and Development*; Oxford

Gelmon, Laurence J./Piot, Peter (1996): The Interactions Between HIV and Other Sexually Transmitted Infections; in Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel (Hrsg.): *AIDS in the World II*; Oxford/New York

Gómez, Adriana (2/1996): Mujer y SIDA, Del Riesgo a la Prevención; in: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC): *Revista Mujer Salud*; Santiago de Chile

Gómez, Adriana/Portugal, Ana María (4/1992): Por una Maternidad Voluntaria; in: Red de Salud de las Mujeres latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC): *Revista Mujer Salud*; Santiago de Chile

Gorna, Robin (1996): *Vamps, Virgins, Victims. How Can Women Fight AIDS?*; New York

Grau D., Olga (1997): Cuerpos y Valores. El Asunto de la Reproducción; in: Grau D., Olga u.a.: *Discurso, Género y Poder. Discursos Públicos: Chile 1978-1993*; Santiago de Chile

Gruppe Strukturanpassung und Frauen (Hrsg.) (1992): *Von der Vernicht(s)ung der Frauen. Zur Wirtschaftspolitik und -theorie von IWF und Weltbank*; Bern

Hankins, Catherine (1996): Sexuality in Women with HIV Infection; in: Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel (Hrsg.): *AIDS in the World II*; Oxford/New York

Heise, Lori L./Elias, Christopher (1995): Transforming AIDS Prevention to Meet Women's Needs: A Focus on Developing Countries; in: *Social Science and Medicine*, Vol.40, Nr.7

Hernández Cárdenas, Ana María (1993): Salud Integral para la Mujer, Mexico; in: Berer, Marge/Ray, Sunanda (Hrsg.): *Women and HIV/AIDS. An International Resource Book*; London

Honegger, Claudia (1991): *Die Ordnung der Geschlechter: Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib*; Frankfurt/M.

Hulton, Louise/Falkingham, Jane (1996): Male Contraceptive Knowledge and Practice: What Do We Know?; in: *Reproductive Health Matters* Nr.7

International Center for Research on Women (ICRW) (1993): *Women and AIDS: Developing a New Health Strategy*; Washington D.C.

Internacional Center for Research on Women (ICRW) (1994): *Guatemala City Women: Empowering a Vulnerable Group to Prevent HIV transmission*; Report-in-Brief; Washington, D.C.

International Center for Research on Women (ICRW) (1996a): *Taking Women into Account. Lessons Learned from NGO Project Experiences*; Washington D.C.

International Center for Research on Women (ICRW) (1996b): *Vulnerability and Opportunity. Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World*; Washington D.C.

International HIV/AIDS Alliance (1996): *Reality, Needs and Priorities. The Role of Community Needs Assessment in Effective Responses to HIV/AIDS. A Report Based on the Experiences of HASAB*; London

International Women and Health Meeting (1997): *Gloria Declaration*; Abschlußdokument des 8. Internationalen Frauengesundheitstreffens in Río de Janeiro 3/1997

Jacobson, Jodi L. (1993): Women's Health: The Price of Poverty; in: Koblinsky, Marge/Timyan, Judith/Gay, Jill (Hrsg.): *The Health of Women. A Global Perspective*; Boulder/San Francisco/Oxford

James, Barbara/Wejr, Patricia (1993): The Female Condom; in: Berer, Marge /Ray, Sunanda (Hrsg.): *Women and HIV/AIDS. An International Resource Book*; London

Jones, Wesley H.(1979): Generalizing Mail Survey Inducement Methods: Population Interactions with Anonymity and Sponsorship; in: *Public Opinion Quarterly* Vol 43, Nr.1

Kalckmann, Suzana u.a.(1998): Female Condom: Exploratory Study in Sao Paulo - Brazil; Poster präsentiert auf der 12th World AIDS Conference, 6-7/1998; Genf

Kimball, Ann Marie/González, Roxanne/Zacarías, Fernando (1991): AIDS among Women in Latin America and the Caribbean; in: *Bulletin of the Pan American Health Organisation* Vol. 25, Nr.4

Kimball, Ann Marie/Salvatierra González, Roxanne/Zacarías, Fernando (1993): Women and the AIDS Epidemic: An Impending Crisis for the Americas; in: Pan American Health Organisation: *Gender, Women and Health in the Americas*; Washington D.C.

KIT/SAfAIDS/WHO (1995): *Facing the Challenges of HIV/AIDS/STDs: A Gender-Based Response*; Amsterdam/Harare/Genf

Koblinsky, Marge/Campbell, Oona M.R./Harlow, Siobán D. (1993): Mother and More: A Broader Perspective on Women's Health; in: Koblinsky, Marge/Timyan, Judith/Gay, Jill (Hrsg.): *The Health of Women. A Global Perspective*; Boulder/San Francisco/Oxford

Koblinsky, Marge/Timyan, Judith/Gay, Jill (Hrsg.) (1993): *The Health of Women. A Global Perspective*; Boulder/San Francisco/Oxford

Lampe, Birgit (3/1997): *Interview mit Dr. Mabel Bianco*; Buenos Aires; unveröffentlichtes Manuskript

Landauer, H./Lanz, P./Schwarze, Th. (Hrsg.) (1993): *Vergessene Dritte Welt?*; Pfaffenweiler

Laski, Marina (1994a): Mujeres y Sexualidades en Tiempos del VIH/SIDA; Papier präsentiert auf dem Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual; La Habana 1/1994

Laski, Marina (1994b): VIH/SIDA; in: Red Nacional por la Salud de la Mujer, Argentina: *Documento: Mujer, Salud Reproductiva y Sexualidad*; Buenos Aires

Laski, Marina/Palma, Zulema (1998): Women, HIV/AIDS and Gender; Poster präsentiert auf der 12th World AIDS Conference 6-7/1998; Genf

- Leslie, Joanne (1992): *Women's Lives and Women's Health: Using Social Science Research To Promote Better Health for Women*; Washington D.C.; (ICRW-Publikation)
- Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel (Hrsg.) (1996): *AIDS in the World II*; Oxford/New York
- Marte, Carola (1996): Gynecologic Disease Among Women With HIV/AIDS; in: Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel (Hrsg.): *AIDS in the World II*; Oxford/New York
- Martina Sufía, Rosa María (1994): SIDA: El Riesgo de Ignorar; in: Colegio de México: *Mujer y SIDA*, México D.F.
- Mayring, Philipp (1990): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*; München
- McDermott u.a. (1993): Infection: Social and Medical Realities; in: Koblinsky, Marge/Timyan, Judith/Gay, Jill (Hrsg.): *The Health of Women. A Global Perspective*; Boulder/San Francisco/Oxford
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (1991): ExpertInnenwissen - vielfach erprobt, wenig bedacht; in: Garz, Detlef/Kroimer, Klaus (Hrsg.): *Qualitative - empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*; Opladen
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (1994): Expertenwissen und Experteninterview; in: Hitzlar, Reinhard u.a. (Hrsg.): *Expertenwissen: die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*; Opladen
- Ministerio de Asuntos Sociales/Instituto de la Mujer/FLASCO (1995): *Latin American Women*; Santiago de Chile/Madrid
- Mora, Germán/Yunes, João (1993): Maternal Mortality: An Overlooked Tragedy; in: Pan American Health Organisation: *Gender, Women and Health in the Americas*; Washington D.C.
- Moser, Caroline O.N. (1989): Gender Planning in the Third World; in: *World Development* Vol 17, Nr. 11;
- Moser, Caroline O.N. (1993): *Gender Planning and Development*; London/New York
- Moser, Caroline O.N. (1996): Evaluating Gender Impacts; in: *Proceedings of the World Bank Conference on Evaluation and Development*; Washington D.C.
- Newbery, Safina (1994): Tenemos Necesidad de una Nueva Etica Hecha por Mujeres; in: Red Nacional por la Salud de la Mujer - Argentina: *Entre Pildoras, Mandatos y Emociones*; Buenos Aires
- Nohlen, Dieter (Hrsg.) (1989): *Lexikon Dritte Welt*; Reinbek bei Hamburg
- Norwegian Red Cross (1988): *Panos Dossier: AIDS and the Third World*; London
- O'Malley, Jeffrey/Nguyen, Vinh Kim/Lee, Sarah (1996): Nongovernmental Organizations; in: Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel (Hrsg.): *AIDS in the World II*; Oxford/New York
- Okojie, Christiana E.E. (1994): Gender Inequalities of Health in the Third World; in: *Social Science and Medicine* Vol. 39, Nr.9
- Østergaard, Lise (1994): *Gender and Development. A Practical Guide*; New York

Pagani, Laura/Bianco, Mabel/Re, Maria-Ines (1998): Risk Perception and Vulnerability in Female Adolescents from Argentina; Poster präsentiert auf der 12th World AIDS Conference 6-7/1998; Genf

Palma, Irma (1994): Respuestas al SIDA, Propuestas a la Sexualidad; in: Valdés, Teresa/Busto, Miren (Hrsg.): *Sexualidad y Reproduccion. Hacia la Construcción de Derechos*; Santiago de Chile

Palma, Irma (1995): Mujeres y SIDA en Chile; in: *DESIDAMOS* Nr.2

Pan American Health Organization (PAHO) (1993): *Gender, Women and Health in the Americas*; Washington D.C.

Pan American Health Organisation (PAHO) (9/1996): *AIDS Surveillance in the Americas*; Quarterly Report; Washington D.C.

Patton, Cindy (1994): *Last Served? Gendering the HIV Pandemic*; London/Bristol

Penny, Anne (1991): The Forward-Looking-Strategies; in: Wallace, Tina/March, Candida (Hrsg.): *Changing Perceptions. Writings on Gender and Development*; Oxford

Petracci, Mónica (1994): *Feliz Posteridad. Cuatro Estudios de Opinión Pública Sobre el SIDA*; Buenos Aires

Portugal, Ana María/Matamala, María Isabel (1993): Women`s Health Movement: A View of the Decade; in: Pan American Health Organisation: *Gender, Women and Health in the Americas*; Washington D.C.

Prosaps/Corsaps (1991): *Las ONG de Salud en Chile. Una Contribución en la Estrategia de Atención Primaria*; Santiago de Chile

Rao Gupta, Geeta (1995): Gender and Sexuality: Implications for HIV Prevention; Vortrag gehalten auf der Third USAID HIV/AIDS Prevention Conference; Washington D.C. 8/1995

Rao Gupta, Geeta/Weiss, Ellen/Whelan, Daniel (1996): HIV/AIDS Among Women; in: Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel (Hrsg.): *AIDS in the World II*; Oxford/New York

Re, Maria-Ines/Bianco, Mabel/Pagani, Laura (1998): Evaluation of an Intervention in Training Adolescents as Peer Educators in Argentina; Poster präsentiert auf der 12th World AIDS Conference 6-7/1998; Genf

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) (4/1992): *Revista Mujer Salud*, Por una Maternidad Voluntaria; Santiago de Chile

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) (2/1996): *Revista Mujer Salud*, Mujer y SIDA; Santiago de Chile

Reid, Elizabeth (1992): Knowledge and Responsibility; in: Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel/Netter, Thomas W. (Hrsg.): *AIDS in the World*; Cambridge/London

Reid, Elizabeth (Hrsg.) (1995): *HIV & AIDS. The Global Interconnection*; West Hartford

Rosenbrock, Rolf (1995): Social Sciences and HIV/AIDS Policies: Experiences and Perspectives; in: Friedrich, Dorothea/Heckmann, Wolfgang (Hrsg.): *AIDS in Europe - The Behavioural Aspect*; Berlin

- Rosenbrock, Rolf u.a. (1999): *Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. Der Politikzyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit*; Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P99-201, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin
- Rott, Renate (1992): Versuch einer Einführung; in: Rott, Renate (Hrsg.): *Entwicklungsprozesse und Geschlechterverhältnis*; SSIP Bulletin; Saarbrücken/Fort Lauderdale
- Saltzman Chafez, Janet (1990): *Gender Equity. An Integrated Theory of Stability and Change*; Newbury Park/London/New Delhi
- Satzinger, Helga (1987): Das DAWN Papier: Morgenrot für die Feminisierung der Entwicklung?; in: *Peripherie* 25/26
- Schneider, Beth/Stoller, Nancy (1994): *Women Resisting AIDS - Feminist Strategies of Empowerment*; Philadelphia
- Schultz, Susanne (1994): Feministische Bevölkerungspolitik? Zur internationalen Debatte um Selbstbestimmung; in: Eichhorn, Cornelia/Grimm, Sabine (Hrsg.): *Gender Killer*; Berlin/Amsterdam
- Schunter-Kleemann, Susanne (1989): Schwesterliche Solidarität oder Machtpolitik? Weltfrauenkonferenz in Nairobi; in: Laudowicz, Edith (Hrsg.): *Befreites Land, befreites Leben? Frauen in Befreiungsbewegungen und Revolutionen*; Köln
- Schuurmann, Frans J./Heer, Ellen (1992): *Social Movements and NGOs in Latinamerica. A Case Study of the Women's Movement in Chile*; Saarbrücken/Fort Lauderdale
- Scott, Catherine V. (1995): *Gender and Development. Rethinking Modernization and Dependency Theory*; Boulder
- Smyke, Patricia (1991): *Women and Health*; London/New Jersey
- Stanecki, K.A./Way P.O. (1996): The Dynamic HIV/AIDS Pandemic; in: Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel (Hrsg.): *AIDS in the World II*; New York/Oxford
- Stein, Zena A./Kuhn, Louise (1996): HIV in Women: What Are the Gaps in Knowledge? in: Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel (Hrsg.): *AIDS in the World II*; Oxford/New York
- The Boston Women's Health Book Collective (1985): *Unser Körper - unser Leben: Ein Handbuch von Frauen für Frauen*; Bd. 1 und 2; Reinbek bei Hamburg
- UNAIDS (1996a): *HIV/AIDS: The Global Epidemic. Factsheet*; Genf
- UNAIDS (1996b): *Points of View. Reducing Women's Vulnerability to HIV Infection*; Genf
- UNAIDS (1997a): UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS and STD Surveillance: *HIV/AIDS/STD Epi Fact Sheet: Southern Cone*; Genf
- UNAIDS (1997b): UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS and STD Surveillance: *HIV/AIDS/STD Epi Fact Sheet: The Andean Area*; Genf
- UNAIDS (1997c): UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS and STD Surveillance: *HIV/AIDS/STD Epi Fact Sheet: Mexico*; Genf
- UNAIDS (1997d): UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS and STD Surveillance: *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*; Genf

UNAIDS (1997e): UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS and STD Surveillance: *HIV/AIDS/STD Epi Fact Sheet: Brazil*; Genf

UNAIDS (1997f): UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS and STD Surveillance: *HIV/AIDS/STD Epi Fact Sheet: Caribbean*; Genf

UNAIDS (1997g): UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS and STD Surveillance: *HIV/AIDS/STD Epi Fact Sheet: Latin Caribbean*; Genf

UNAIDS/WHO (1998): Report on the Global HIV/AIDS Epidemic; 6/1998, Genf

Underwood, Barry (1991): Gender in Development and Feminism: Related but separate Issues; in: Wallace, Tina/March, Candida (Hrsg.): *Changing Perceptions. Writings on Gender and Development*; Oxford

Verwey, Martine (1992): SAP macht nicht satt. Frauen, Gesundheit und die Folgen der Strukturanpassungspolitik; in: Gruppe Strukturanpassung und Frauen (Hrsg.): *Von der Vernicht(s)ung der Frauen. Zur Wirtschaftspolitik und -theorie von IWF und Weltbank*; Bern

Vlassoff, Carol (1994): Gender Inequalities in Health in the Third World: Uncharted Ground; in: *Social Science and Medicine* Vol. 39, Nr.9

Vujosevich, Jorge Alberto (6/1997): Perfiles de la Población con Respecto al SIDA; Papier präsentiert auf den Segundas Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario Sobre Salud y Población; Buenos Aires

Vuylsteke, Bea/Sunkutu, Rose/Laga, Marie (1996): Epidemiology of HIV and Sexually Transmitted Infections in Women; in: Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel (Hrsg.): *AIDS in the World II*; Oxford/New York

Wahl, Klaus u.a. (1982): *Sozialforschung und Interessen*; Frankfurt/M.

Wasserheit, Judith (1993): The Cost of Reproductive Tract Infections in Women; in: Berer, Marge/Ray, Sunanda (Hrsg.): *Women and HIV/AIDS. An International Resource Book*; London

Watney, Simon (1996): 'Risk groups' or 'risk behaviour'; in: Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel (Hrsg.): *AIDS in the World II*, New York/Oxford

Weiss, Ellen/Nastasi, B. (1998): Reducing Gender-Related Barriers in HIV-Prevention Efforts: Findings from ICRW's Women and AIDS Research Program; Vortrag gehalten auf der 12th World AIDS Conference 6-7/1998; Genf

Whelan, Daniel (1996): Relationship Between Women's Status and HIV Risk; in: Mann, Jonathan/Tarantola, Daniel (Hrsg.): *AIDS in the World II*; Oxford/New York

Whelan, Daniel/Rao Gupta, Geeta (1998): An Assessment of Research and Programs on Gender and Vulnerability to HIV/AIDS; Poster präsentiert auf der 12th World AIDS Conference 6-7/1998; Genf

Wichterich, Christa (1987): Paradigmenwechsel: Von der 'Integration in die Entwicklung' zur 'Feminisierung der Entwicklung'; in: *Peripherie* 25/26

Wichterich, Christa (1994): *Menschen nach Maß: Bevölkerungspolitik in Nord und Süd*; Göttingen

Wichterich, Christa (1995): *Frauen der Welt*; Göttingen

Wolff, Jürgen (1993): Soziologie der Entwicklungsländer/Soziologie der Entwicklung/Entwicklungssoziologie; in: Korte, Hermann/Schäfers, Bernhard (Hrsg.): *Einführung in Spezielle Soziologien*; Opladen

World Health Organisation (WHO) (1994): *Women and AIDS. Agenda for Action*; Genf

World Health Organisation/Global Programme on AIDS (WHO/GPA) (1995): *Effective Approaches for the Prevention of HIV/AIDS in Women: Report of a Meeting*; Genf

Zamora, Alicia M./Quiros R., Edda/Fernandez E., Miriam (1996): Empoderamiento de las Mujeres, Negociación Sexual y Condón Feminino en Costa Rica; in: *DESIDAMOS* Nr.1

Zúñiga, Patricia Uribe (1994): Prostitución y SIDA; in: Colegio de México: *Mujer y SIDA*; Jornadas 121; México D.F.

7 Anhang

I. Die Zitate aus den Fragebögen im Original:

- 1) „Es una alternativa que implica abordar el análisis de las relaciones de género para basar en él la toma de decisiones y acciones para el desarrollo. Es una forma de observar la realidad en base a las variables sexo y género y sus manifestaciones en un contexto geográfico, cultural, étnico y del tiempo en que se realiza.“ (C2/2)
- 2) „El interés de la institución por trabajar la problemática del SIDA con el público destinatario de la mayoría de nuestros programas (...) [war, B.L.] el aumento sostenido de transmisión de VIH/SIDA en mujeres heterosexuales (...).“ (A1/2)
- 3) „Son talleres grupales (...) que buscan promover el autocuidado y la práctica de las medidas de prevención del Sida, propiciando experiencias que permitan a las mujeres reflexionar en relación a su condición de género, su relación con la sexualidad y las dificultades que enfrentan para prevenir el SIDA en su realidad cotidiana con el fin de promover un mayor protagonismo y la búsqueda de alternativas (...).“ (A4/3)
- 4) „Principalmente a mujeres sin excluir a los hombres.“ (D1/2)
- 5) „Dentro de nuestros mayores intereses figura la realización de talleres de género exclusivamente para hombres heterosexuales, impartidos por hombres.“ (C3/6)
- 6) „El motivo inicial fue el maltrato y el abuso por parte de la policía (...), esto derivó (...) una necesidad de crear un instrumento que permitiera a las trabajadoras sexuales la defensa de sus derechos (...) y prevención en salud.“ (A3/1)
- 7) „(...) busca mejorar las condiciones de vida de las mujeres dedicadas al sexo comercial, al considerar a la pandemia como un problema de desarrollo y no de salud.“ (D2/1)
- 8) „El objetivo primordial de este programa es promover el empoderamiento de la mujer, aprender a negociar con la pareja y el reconocimiento de que ser mujer en este país es una condición de riesgo para el VIH/SIDA.“ (C2/2)

II. Abkürzungsverzeichnis

CLADEM	Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer
DAWN	Development Alternatives with Women for a New Era
ECLAC	Economic Commission for Latin America and the Caribbean
GAD	Gender and Development
GNAP	Governmental National AIDS Programmes
GPA	Global Programme on AIDS
HIV/Aids	Human Immunodeficiency Virus/Aquired Immune Deficiency Syndrome
ICRW	International Center for Research on Women
IVD	Intravenöser Drogengebrauch
IWF	Internationaler Währungsfond
IWHM	International Women and Health Meeting
KIT	Royal Tropical Institute, Amsterdam
NGO	Nongovernmental Organization
PAHO	Pan American Health Organization
PGN	Practical Gender Needs
RSMLAC	Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe
RTI	Reproductive Tract Infections
SAfAIDS	Southern Africa AIDS Information Dissemination Service
SAP	Strukturanpassungsprogramm
STD	Sexually Transmitted Disease
SGN	Strategic Gender Needs
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNO	United Nations Organizations
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
WID	Women in Development

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Profil der HIV/Aids-Epidemie in unterschiedlichen Regionen Lateinamerikas

Abbildung 2: Klassifizierung der befragten NGOs

Abbildung 3: Zielgruppe der NGOs

Abbildung 4: Unterstützungsbedürfnisse der NGOs