

Dreezens-Fuhrke, Joyce

Working Paper

Soziokulturelle und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für ein frauenspezifisches HIV- Aids-Präventionsprogramm in Indonesien

WZB Discussion Paper, No. P 97-205

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Dreezens-Fuhrke, Joyce (1997) : Soziokulturelle und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für ein frauenspezifisches HIV-Aids-Präventionsprogramm in Indonesien, WZB Discussion Paper, No. P 97-205, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47376>

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

P97-205

**Soziokulturelle und gesundheitspolitische
Rahmenbedingungen für ein frauenspezifisches
HIV/Aids-Präventionsprogramm in Indonesien**

von

Joyce Dreezens-Fuhrke

Berlin, September 1997

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

ABSTRACT

Die Ausdehnung der HIV-Pandemie ist vor allem in armen und Schwellenländern eine große gesundheitspolitische Herausforderung. Wie in vielen südostasiatischen Ländern sind auch auf der islamisch geprägten indonesischen Insel Java Frauen aufgrund ihrer soziokulturellen und ökonomischen Lebensbedingungen überproportional HIV-/aids-gefährdet, während das gesundheitspolitische Potential für die Entwicklung von frauenspezifischen Präventionsprogrammen niedrig ist. In der aids-politischen Arena versuchen drei Hauptakteure (religiöse Kräfte, staatliche Stellen, nicht-staatliche Organisationen) ihre jeweils unterschiedlichen Strategieansätze, teilweise im Widerstreit, umzusetzen. Der gesundheitspolitische Handlungsspielraum des Nationalen Aids-Komitees ist durch religiöse Interessen, soziokulturelle und politische Traditionen eingeschränkt. Demgegenüber besitzen die nicht-staatlichen Organisationen mit ihren wirklichkeitsnahen Präventionsansätzen einen größeren und erfolgreicherem Aktionsradius.

INHALTSVERZEICHNIS

0 EINLEITUNG	2
1 FRAUEN UND AIDS IN INDONESIA	5
1.1 Prostitution, Polygamie und Islam	5
1.2 Gesellschaftliche Stellung der „Frauen ohne Moral“	7
1.3 Gesellschaftliche Stellung der „moralischen Frauen“ in einer „Kultur des Schweigens“	9
2 SÄKULÄR VERSUS SAKRAL UND MORAL - DIE GESUNDHEITSPOLITISCHE ARENA	13
2.1 Rolle der Sexualität in der Gesellschaft	14
2.2 HIV/Aids-Bekämpfung aus islamischer Sicht	15
2.3 Staatliche HIV/Aids-Politik zwischen westlicher Orientierung und Islam	17
2.4 Enttabuisierung der Sexualität - Gesundheitspolitische Rolle und Funktion der NGOs	21
2.5 Beispiele konkreter HIV/Aids-Präventionsprogramme für Prostituierte	22
3 SCHLUSSFOLGERUNG	24
4 LITERATURVERZEICHNIS	29

EINLEITUNG

Weltweit infizieren sich jeden Tag über 6.000 Menschen mit dem HI-Virus. Frauen bilden in den letzten Jahren eine der am schnellsten wachsenden HIV-infizierten Population (Reyes 1995). Derzeit sind mehr als 7-8 Mill. Frauen HIV-infiziert. Die WHO schätzt, daß fast die Hälfte der neu infizierten Erwachsenen weiblichen Geschlechts sind (WHO 1995; vgl. Mesila und Parks 1995). Alle zwei Minuten stirbt eine Frau an Aids (WHO, zit. nach Mboi 1995b). Für das Jahr 2000 befürchtet die WHO 14 Mill. HIV-positive Frauen (ebd.). Die Möglichkeit der HIV-Infektion ist aus biologischen Gründen bei Frauen größer als bei Männern.¹ Weiterhin besteht ein Zusammenhang

zwischen HIV-Anfälligkeit und sozialer und ökonomischer Situation. Gerade in den Entwicklungsländern sind Frauen gravierender von Armut, Arbeitslosigkeit und der damit verbundenen sozialen und gesundheitlichen Desintegration betroffen. Für viele stellt die Prostitution den einzigen Weg zum Überleben dar.

Im Schwellenland Indonesien bringt der Zustand zwischen Tradition und Moderne, zwischen aufkommendem islamischen Fundamentalismus und westlicher Orientierung viele ökonomische, soziokulturelle und politisch-religiöse Probleme mit sich. Der Umfang der kommerziellen Sex-Industrie, die damit verbundene hohe Prävalenz der STDs (sexual transmitted diseases) und die hohe Zahl der Arbeitsmigranten sind, wie in vielen südostasiatischen Ländern, im wesentlichen für die rasante HIV-Verbreitung im Archipel von fast 14.000 Inseln verantwortlich. Derzeit werden aus Indonesien 380 HIV-Infizierte gemeldet. Die Dunkelziffer wird mit 90.000-300.000 angegeben (Aids-Aktivistin A3).² Die Betroffenen konzentrieren sich mittlerweile nicht nur in der auf der meistbevölkerten Insel gelegenen Hauptstadt Jakarta (Jakarta Post vom 28.11.1995), sondern verteilen sich auch auf die Außeninseln (Djamilah 1995; Kompas vom 11.10.1995). Verbreitete sich der HI-Virus in den Industrienationen anfangs hauptsächlich durch den homosexuellen Verkehr, so infizierten sich in Indonesien 80 % durch heterosexuellen und nur 10 % durch homosexuellen Verkehr (Jakarta Post vom 24.11.1995; vgl. Pangkahila 1995). Von den im März 1995 gemeldeten HIV-Infizierten sollen 24 % Frauen sein (Mboi 1995a). Inzwischen ist auch

¹ Eine Mann-Frau Übertragung mit HIV stellt eine 24mal größere Ansteckungsmöglichkeit dar als eine Frau-Mann-Übertragung (WHO 1995). Verantwortliche Faktoren sind hier u.a. die größere vaginale Schleimoberfläche, die dem Virus ausgesetzt ist, und die größere virale Konzentration, die im Vergleich zu den vaginalen Sekretionen in den Spermien vorhanden ist (vgl. WHO 1995).

² Aufgrund meiner Herkunft als Halbjavanerin und einem Arbeits- und Forschungsaufenthalt von 1984-1992 im Rahmen der Medizinethnologie habe ich einen tiefen Einblick in die javanische Kultur erhalten. Zur Datenerhebung dieser Arbeit wurden neben einer Analyse wissenschaftlicher und grauer Literatur während mehrerer Aufenthalte in Indonesien (1995-1997) auch vier Interviews mit verschiedenen indonesischen Aids-AktivistInnen, die ich als A1, A2, A3 und A4 bezeichne, geführt.

in den Industrienationen eine Wachstumsrate durch heterosexuellen Verkehr erkennbar (vgl. Mann et al. 1992:16f; WHO 1995). Die HIV-Infektion wird weltweit in 75-85 % der Fälle durch Geschlechtsverkehr übertragen. Davon entfallen lediglich 5-10 % der Infektionen auf homosexuelle Kontakte (UNO 1996, zit. nach Emmrich 1995).

Bedingt durch das Sexualverhalten vieler Männer, stammen die betroffenen Frauen nicht nur aus Prostituiertenkreisen, sondern aus allen Frauengruppen, monogame Ehefrauen inbegriffen (vgl. Djaelani 1995). Im Vordergrund dieses Papers steht die Frage, welche soziokulturellen, sozioökonomischen und gesundheitspolitischen Bedingungen einer spezifischen Verhaltensprävention und/oder Verhältnisprävention für die Frauen in der indonesischen Gesellschaft zugrunde liegen. Diese Bedingungen sind insoweit relevant, als sie die konkrete Formulierung und Programmimplementationen der indonesischen HIV/Aids-Politik bestimmen. In Hinblick einer Umsetzung von frauenspezifischen Präventionskonzepten sollen hemmende und förderliche Faktoren identifiziert werden. Hierzu werden zwei Ebenen fokussiert. Auf der ersten wird die gesellschaftliche Rolle der Frauen in Indonesien diskutiert und auf der zweiten Ebene die aids-politische Arena in ihren unterschiedlichen „belief systems“ und Strategieansätzen dargestellt.

1 FRAUEN UND AIDS IN INDONESIA

Im folgenden sollen die sozialen Bedingungen untersucht werden, auf die eine Aids-Prävention für indonesische Frauen trifft. Dazu ist es notwendig die ökonomischen Verschiebungen, die Männerdominanz und Probleme der Prostitution in der Gesellschaft zu berücksichtigen. Ebenso soll die soziale Rolle der unverheirateten und verheirateten Frauen im Zusammenhang mit Sexualität näher betrachtet werden.

1.1 Prostitution, Polygamie und Islam

Die Prostitution in Indonesien hat sich in den letzten zwei Dekaden bis in die entlegensten Inseln außerhalb Javas ausgedehnt. Indonesien steht unter dem Verdacht, die größte Anzahl an Prostituierten in Südostasien zu haben (Pangkahila 1995; YHSS: *Yayasan Hotline Service Surya* 1995). Diese Entwicklung steht im engem Zusammenhang mit dem wirtschaftlichen Aufschwung des 200-Mill.-Einwohnerlandes und der damit verbundenen Arbeitsmigration. Indonesien ist noch immer vorwiegend ein Agrarstaat, und die Familienväter arbeiten oft weit von ihren Familien entfernt in den neuen Industriezentren, z.B. im Bereich der Holz- und Waldindustrie. Die Trennung von ihren Familien scheint die Nachfrage der Prostitution zu stärken. Besonders in den auflebenden Hafenstädten, wo reger Handel zwischen den vielen Inseln betrieben wird, herrschen günstige Bedingungen für die Entstehung und das rapide Wachsen der Prostitution (YHSS 1995). In der ostjavanischen Stadt Surabaya legen jedes Jahr ungefähr 11.000 Seeleute an. Sie waren in Ländern mit einer hohen HIV-

Rate wie Indien und Thailand (vgl. Kompas vom 21.3.1995). Eine vergleichende Untersuchung über das Sexualverhalten der Lastwagenfahrer zwischen der auf der Insel Java gelegenen Stadt Surabaya und der Nachbarinsel Bali belegt, daß der Besuch bei Prostituierten nicht nur auf Langzeittrennungen und Singles beschränkt bleibt. Von 300 Fahrern hatten 41 % Erfahrung mit Prostituierten, wobei 74,9 % unter ihnen verheiratet waren. Studien belegen, daß die Männer das HIV-Risiko nur als gering einstufen und nur ein kleiner Teil von ihnen ein Kondom benutzt (vgl. Kompas vom 6.12.1995).

Eine weitere günstige Bedingung für das Ansteigen der Prostitution ist das ansteigende Heiratsalter bedingt durch längere Ausbildungszeiten. Die gesellschaftliche Norm mit dem strikten Verbot vorehelicher Beziehungen unterstützt das Prostituentengewerbe insofern, als von einem Jungen geradezu erwartet wird, daß er hier seine ersten sexuellen Erfahrungen macht (Berninghausen/Kerstan 1984:127).

In Indonesien, wo sich 91 % der Bevölkerung nominell zum Islam und 5,8 % zum Christentum bekennen (DTV Lexikon:275),³ gilt außerehelicher Verkehr und Prostitution zwar nach dem Koran als Sünde (Sure 24, Vers 33; 70,31; Khoury 1988:152f), nichtsdestoweniger erlaubt die sexuelle Doppelmoral in der indonesischen Gesellschaft auch verheirateten Männern Seitensprünge und Bordellbesuche (vgl. Berninghausen 1991:320), während von einer Frau absolute Keuschheit und Treue zu einem Mann erwartet wird (Sure 24, Vers 60). 2

Die vom Koran erlaubte Polygamie - ein Mann darf bis zu vier Frauen haben (Sure 4, Vers 3), muß jedoch alle vier in bezug auf Eheleben und Unterbringung gleich behandeln - ist unter anderem durch den Einfluß westlicher Normen nicht mehr gesellschaftsfähig, wird jedoch informell noch praktiziert. WEIL viele Männer in einer fremden Stadt vorgeben, noch nicht verheiratet zu sein, kommen Zweitheiraten häufig vor (vgl. Berninghausen/Kerstan 1984:88). Ebenfalls ist es durchaus üblich, sich eine junge Geliebte (*isteri mudah*) zu halten, die sich mit einem vollkommen rechtlosen Status abzufinden hat. Die Abnahme der Polygamie in den wohlhabenden Schichten hat keinen Einfluß auf die verbreitete Untreue der Ehemänner. Trotz Pro-

³ Bevor durch Handelskontakte mit Indien der Hinduismus und der Buddhismus und Anfang des 14. Jahrhunderts der Islam sich vorwiegend auf der Insel Java und Sumatra verbreitete, lebten die meisten Völker des Inselreiches nach ihrer eigenen oft animistisch geprägten Religion. Animistischer Volksglaube, Hinduismus, Buddhismus und Islam sind auf der Insel Java im Laufe der Zeit zu einer Mischung verschmolzen, die auch als Synkretismus bezeichnet wird. So kann der indonesische Islam in keiner Weise mit dem Islam arabischer Staaten verglichen werden. Für die indonesischen Moslems stellt es keinen Widerspruch dar, neben dem islamischen Gebet hinduistische Götter zu verehren oder in anderen magischen Ritualen Kraft zu suchen. Ebenso verhält es sich mit den indonesischen Christen.

Das Christentum verbreitete sich im 16. Jahrhundert zunächst durch die Portugiesen und später durch die Holländer, die das Inselreich bis 1945 als Kolonialmacht beherrschten.

teste der immer mächtiger werdenden orthodox-islamischen Kräfte in der Politik blüht das Geschäft der einschlägigen Nightclubs und Massagesalons getarnt weiter. Der Besuch bei Prostituierten ist vor allem in wohlhabenden Geschäftskreisen statusfördernd. Oft werden die Frauen den männlichen Dienstreisenden wie „Bier auf dem Tablett“ serviert. Von der Männerwelt wird das außereheliche Sexualverhalten deshalb kulturell entschuldigt, da es die javanische Sitte nicht erlaubt, ein „Gastgeschenk“ abzulehnen (vgl. Kompas 21.4.1995). Selbst der Gesundheitsminister des Landes deckt seine Geschlechtsgenossen moralisch und meint: „Es passiert zufällig während einer Dienstreise als Serviceleistung des Regionalamts, also nicht absichtlich“ (vgl. ebd.).

Eine Studie der Airlangga Universität in Surabaya belegt dieses „kulturelle“ Verhalten der Männer mit folgenden Zahlen. In der Periode 1991 bis 1992 hatten von 1.279 befragten Männern in Surabaya, die zugaben außerehelichen Verkehr gehabt zu haben, nur 31 % ihren festen Wohnsitz in der Stadt, während 69 % lediglich Besucher waren (Kompas vom 23.3.1995).

1.2 Gesellschaftliche Stellung der „Frauen ohne Moral“

Die Prostitution in Indonesien ist auch ein Symptom der sozialen und ökonomischen Bedingungen der Frauen. Sie ist außerdem eine Antwort auf das tief in der Kultur verwurzelte „disempowerment“ der Frauen (vgl. Djaelani 1995). Besonders auf der Insel Java ist die Scheidungsrate sehr hoch (vgl. Hull 1976; Kerstan/Berninghausen 1991). Die große Zahl der Frauen, die für ihren eigenen Lebensunterhalt sorgen müssen, meist aus Armutsgeländen stammen und eine minimale Ausbildung haben, kann weder der ländliche Sektor noch die Industrie absorbieren (ebd.). Die Folgen sind Arbeitsmigration und Arbeitslosigkeit. Prostitution ist oft die einzige Möglichkeit der Frauen ein Überleben zu garantieren. Die Anfälligkeit dieser Frauen gegenüber HIV/Aids resultiert aus einer Diskriminierung hinsichtlich Bildung, Beschäftigung und des sozialen Status. Da Prostituierte oft illegal ohne adäquate Gesundheitskontrolle arbeiten, führt auch die gesundheitliche Desintegration zu einem erhöhten HIV-Risiko (WHO 1995).

Auf dem Land erfahren die *gadis nakal* (indon.: Frauen ohne Moral) oft Toleranz von ihren Familien, da sie diese mit ihrem Verdienst von umgerechnet ca. 600-1000 DM im Monat mitversorgen. Nach dem traditionellen Prinzip der gegenseitigen Hilfe (*gotong royong*) werden Bambushäuser, die ein Indikator für Armut sind, zu Freudenhäusern umgebaut (vgl. Djaelani 1995).

Von der Gesellschaft werden diese Frauen diskriminiert (vgl. Berninghausen/Kerstan 1984:126f; Kerstan/Berninghausen 1991:235). Die Aids-Aktivistin Mboi verdeutlicht die Diskriminierung dieser Frauen anhand deren Bezeichnung im Vergleich zu den männlichen Prostituierten. So werden die Frauen im indonesischen offiziell als WTS (*Wanita Tuna Susila*), „Frauen ohne Beruf“, bezeichnet, während ihre männlichen Kollegen, die weniger Verachtung erfahren, dagegen „Gigolo“ genannt werden. Die

gesellschaftliche Stigmatisierung wird besonders im Umgang mit HIV-Infizierten sichtbar. Entgegen der Regierungspropaganda für ein humanes Verhalten gegenüber HIV- und Aids-Betroffenen erfahren Prostituierte Ausstoßung und Ablehnung. Sie werden zum Teil von Regierungsinstanzen streng bewacht und von Dorfautoritäten in Quarantäne gesteckt (vgl. *Suara Pembaruan* vom 17.3.1995:14). So wurde eine HIV-positive Prostituierte in der ostjavanischen Stadt Bojonegoro 98 Tage in einem Zimmer eingeschlossen, während ihre Freier weiterhin unbehelligt blieben und vielleicht noch andere Frauen ansteckten (vgl. *Kompas* vom Januar 1996).

Aufgrund der diskriminierenden Erfahrung trauen sich viele HIV-Infizierte nicht, dies irgend jemandem mitzuteilen. Von ihresgleichen scheinen die Frauen jedoch Unterstützung in Form von Geld und erhöhter Aufmerksamkeit zu erhalten. Um das Bild in der Bevölkerung von HIV- und Aids-Infizierten als Abweichler zu korrigieren (vgl. Soediro 1995), setzen sich NGOs wie *Yayasan Prospectiv Surabaya*, *Kusuma Buana Foundation* und *Aids-Foundation of Indonesia* gegen Diskriminierung und Ausgrenzung Betroffener zur Wehr.

Exkurs: Mythen, Wissen und Risikowahrnehmung hinsichtlich HIV/Aids bei Prostituierten

Aids wurde lange Zeit in Indonesien als eine „Krankheit der Fremden“ betrachtet. *„Der erste Aids-Fall in Indonesien trat im Jahre 1987 auf und zwar hier in Bali. Es handelte sich um einen ausländischen Homosexuellen. Damals dachten die Leute, daß Aids eine Krankheit der Touristen sei“* (Interview mit der Aids-Aktivistin A1, Febr. 1995). Die Mythen, daß Aids lediglich eine Krankheit der „Weißen“ und Homosexuellen sei verblaßt allmählich (vgl. Elford 1992), seitdem der erste Fall einer HIV-positiven Prostituierten im Red-Light-Viertel Dolly der ostjavanischen Stadt Surabaya bekannt wurde.

Solange keine sichtbaren Symptome bei den Männern auftreten, nehmen die *gadis nakal* das Risiko offenbar nicht wahr oder blenden es aus. So glauben Frauen, infizierte Kunden „an einem Husten und an der dünnen Gestalt erkennen zu können“ (A3). Studien, die 1991 auf der Touristeninsel Bali und in Jakarta durchgeführt wurden, belegen, daß die männlichen Klienten fast nie ein Kondom benutzten und die Frauen wenig über STDs informiert waren. Der wechselseitige Zusammenhang zwischen HIV und STDs und anderen Infektionskrankheiten ist in den Entwicklungsländern und industrialisierten Armutsgebieten besonders stark.

Frauen, die für ausländische Kunden arbeiteten, waren besser über Geschlechtskrankheiten informiert (Elford 1992). Spätere Studien zwischen 1992-1993 belegen, daß sich trotz der wachsenden HIV/Aids-Rate im Land und deren Thematisierung in den Medien der überwiegende Teil der Prostituierten, nämlich 52 %, gleichgültig gegenüber Aids verhielt. 43 % hatten schon etwas über Aids gehört und 5 % schon mal über Aids gelesen (vgl. *Kompas* vom 13.3.1995). Eine Untersuchung der Universität *Sebelas Maret* in Solo von 1993-1994 zeigt, daß 96 % der Prostituierten noch nie ein

Kondom benutzen ließen (ebd.). Laut der YHSS (1995) sind Frauen über Aids aufgeklärt. Bedingt durch ihre sozioökonomische Lage haben sie aber keine Angst und, weil sie Geld zum Leben brauchen, ist Aids kein Thema für sie. So ist der Zusammenhang zwischen ökonomischer und sexueller Unterordnung graue Realität und treibt die Aids-Epidemie an. Graue Realität ist auch, daß ein hoher Prozentsatz der Freier verheiratet ist (s.o.), und die unsicheren außerehelichen Sexualpraktiken unweigerlich das Risiko der HIV-Infizierung monogamer Ehefrauen bedeuten.

1.3 Gesellschaftliche Stellung der „moralischen Frauen“ in einer „Kultur des Schweigens“

Wie in vielen asiatischen Staaten besteht in Indonesien ein direkter Zusammenhang zwischen der Verbreitung von HIV/Aids, der Übertretung von Frauenrechten und der fehlenden Gleichberechtigung von Frauen. Die Emanzipation der Frauen ist eng mit Gesundheit, sozialer Rolle und ökonomischen Notwendigkeiten verbunden. Im Kontext einer HIV/Aids-Präventionspolitik scheint die Rolle der Frauen verstärkt in den Vordergrund zu geraten. Nicht nur, daß Frauen zu einer hochgefährdeten Gruppe gehören, vielmehr ist ihre Unterstützung sowohl auf familiärer als auch gesundheitspolitischer Ebene unentbehrlich.

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts kämpfte die erste und bedeutendste indonesische Frauenrechtlerin Kartini im feudalistischen Java für eine Verbesserung der gesellschaftlichen Stellung der Frau (vgl. hierzu Berninghausen/Kerstan 1984:138ff). Der Weg zur Emanzipation orientiert sich auch heute einerseits an westlichen Werten und Normen, andererseits sind die Frauen in der Tradition verhaftet. Der Slogan „Emanzipation ja, Feminismus nein“ (vgl. Kerstan/Berninghausen 1991) charakterisiert den tendenziellen Unterschied zwischen dem Kampf der Frauen in einer südostasiatischen Kultur und dem im Westen. Auf Java prallen traditionell javanische, hinduistische, islamische und westliche Werte zusammen. Die krassen Unterschiede in Lebensweise und Normen zwischen Unter- und Oberschicht bewirken darüber hinaus nicht nur eine Vielschichtigkeit des javanischen Sozialgefüges, sondern auch der javanischen Frauenrolle. So können mehrere Konstruktionen der Realität nebeneinander bestehen.

Wie gezeigt herrschen auf Java Bedingungen, die einer rasanten HIV-Verbreitung Vorschub leisten (hohe Bevölkerungsdichte von fast 90 Mill. Einwohnern und hohe Prostitution). Die javanischen Verhältnisse sind nicht ohne weiteres auf andere Teile des Inselarchipels zu übertragen, da es sich um ein Konglomerat von verschiedenen Kulturen handelt. Die Staatspolitik steht unter dem Motto „Einheit in der Vielfalt“, womit auch die zentralistische Gesundheitspolitik ihren Ausdruck findet.

Trotz kontinuierlicher ökonomischer Verschlechterung der Frau in der Bauernschicht (70 % der indonesischen Bevölkerung), ist sie oft noch ökonomisch unabhängig und hat daher Möglichkeiten, ihre Interessen in einem patriarchalischen Rechtssystem durchzusetzen. Frauen aus der Mittel- und Oberschicht sind häufig materiell und in

bezug auf Prestige und Status ganz auf ihren Ehemann angewiesen und dadurch stärker an die weibliche westliche Rollenzuweisung gebunden. Die im Vergleich zur Unterschicht niedrigere Scheidungsrate in dieser Schicht erklärt sich aus der ökonomischen Abhängigkeit, der Angst vor der „Scham“ einer Scheidung und vor dem Verlust des gesellschaftlichen Image. Besonders Mittelschichtsfrauen sind von dem frauenfeindlichen islamischen Ehe- und Familienrecht betroffen (vgl. Berninghausen/Kerstan 1984:94).⁴ Nakamura (1983:132) sieht einen Zusammenhang zwischen niedriger Scheidungsrate und hoher Islamisierung (vgl. auch Berninghausen/Kerstan 1991:197).

Bis vor wenigen Jahren konnte ein muslimischer Mann ohne Grund seine Frau verstoßen (*talak*) (Koeswadjy 1976:344ff). Eine muslimische Frau konnte durch die 1955 eingerichtete *talik-talak*-Bestimmung ihren Mann verlassen, wenn er bei der Hochzeit sein Wort gegeben hatte, bei grober Verletzung der ehelichen Pflichten in eine Scheidung einzuwilligen (ebd.). Das neue seit 1974 geltende zivile Heiratsgesetz ist im wesentlichen ein reformiertes islamisches Gesetz, mit westlichen Elementen aus den holländischen Heiratsgesetzen - als Erbe der Kolonialzeit - und einigen Zugeständnissen an die Frauenbewegung. Da der islamische Religionsrichter inzwischen die gleichen Befugnisse wie sein Kollege am Zivilgericht hat, brauchen islamische Paare ihre Heirat nicht zusätzlich wie die anderen Bevölkerungsgruppen, z.B. Christen, durch ein Zivilgericht bestätigen lassen. Die neue Scheidungsregelung stellt zwar eine theoretische Verbesserung gegenüber der bis dahin äußerst schwachen Rechtsposition der Frau dar, doch in der Praxis wirkt sich die fast ausschließlich männlich orientierte Rechtsprechung der islamischen Religionsgerichte für die Frau ungünstig aus (vgl. auch Su Wan 1982). Es hängt meistens von ihrer konkreten ökonomischen Situation ab, in welchem Maße sie die Möglichkeit hat, auf ihren Rechten zu bestehen und eine Scheidung durchzusetzen.

In der javanischen Gesellschaft sind nur zwei alternative weibliche Rollen denkbar, die der Hure und die der ehrbaren Ehefrau und Mutter. Bereits nach den traditionellen javanischen Normen und den Gewohnheitsrechten des *adat* wird Frauen nur wenig Autonomie in den Entscheidungen über ihren Lebensweg und ihren Lebensstil zugebilligt. Ihr Leben unterliegt einer fortdauernden Gehorsamspflicht; zunächst muß sie ihren Eltern gehorchen, später ihrem Ehemann. Als unterstützende Kraft des Mannes und als Mutter wird die Frau nach den sozialen Werten der javanischen Kultur heute als Respektsperson anerkannt. Es wächst hier die Schicht von Frauen, die sich an mittelschichtbezogenen, heim- und familienzentrierten westlichen Werten orientieren. Diese Frauen beziehen sich stärker auf die Kleinfamilie als auf das Netz von Dorfgemeinschaft und Verwandtschaftsbeziehungen, betonen ihre Mutterrolle und geben ihre außerhäuslichen Tätigkeiten auf (vgl. Hull 1976:20).

⁴ Veränderungen von überkommenen Erbschaftsregeln und Regeln über die Besitzverhältnisse in der „Dritten Welt“ waren z.B. auf der Weltfrauenkonferenz in Peking im Herbst 1995 eine der Hauptforderungen (WHO 1995).

Zwar hat die Frau in jüngster Zeit eine neue bzw. veränderte Position als Gesellschaftsmitglied erhalten, doch das ideologische Konzept von Unterlegenheit und Minderwertigkeit der Frau ist von Frauen so internalisiert, daß sie von einer faktischen ökonomischen und sozialen Stärke selbst nur wenig profitieren können. Schließlich sollen Frauen sich nur im Rahmen einer unterstützenden Kraft des Mannes emanzipieren und nicht zu Feministinnen werden (vgl. auch Mies 1983:91). Berufstätigkeit von Frauen ist somit gesellschaftlich akzeptiert, solange die familiären Pflichten nicht vernachlässigt werden. Die neu eröffneten Handlungsräume können daher nur um den Preis einer Vielfachbelastung in Haushalt und Beruf verwirklicht werden. Gleichzeitig bleiben auch alte traditionelle Normen und der Besitzanspruch der Männer auf ihre Frauen bestehen. De facto kann der erweiterte Handlungsraum nicht genutzt werden. Viele Frauen in Indonesien erhalten weiterhin keine höhere Schulausbildung, weil sie nach allgemeiner Auffassung doch nur in der „Küche“ landen (vgl. Djaelani 1995).

Selbst eine gute Ausbildung und gesicherte ökonomische Verhältnisse sind keine Garantie für eine bessere soziale Situation der Frau. Eine javanische Frau ist sich in der Regel über das *main di luar* (wörtl.: draußen spielen, fig.: außerehelicher Verkehr haben) ihres Mannes bewußt. Doch *nrimo* (jav.: hinnehmen), ein Merkmal der stark hierarchisch strukturierten javanischen Kultur, bedeutet für die Frau, sich dem Mann unterzuordnen. Sie schweigt nach der Regel der javanischen Ethik, Konflikte zu vermeiden. Sie schweigt, um den Ehemann nicht zu verletzen. Ihn zurechtzuweisen, und zur Benutzung eines Kondoms aufzufordern, entspricht nicht den kulturellen Regeln für eine Frau. Aufgrund ihrer ökonomischen und sozialen Abhängigkeit ist sie selbst dann faktisch machtlos, wenn ihr Mann als Regierungsangestellter, die für ihn geltende Regelung der PP10 (Peraturan Pemerintah 10: die 10 Regelungen der Regierung), nicht mehr als eine Frau zu haben, nicht einhält. Ebenfalls wirken sich die anerzogenen und moralisch aufgewerteten weiblichen Tugenden wie Angst (*takut*) und Scham (*malu*) psychologisch hemmend auf Scheidungsüberlegungen aus. Die javanische Mittelschichtsfrau identifiziert sich mit ihrem Ehemann und glaubt, beschützt, versorgt und bewacht zu werden (vgl. Mather 1982:20; Djaelani 1995).

In der Überzeugung, eine gute, dienende, einfühlsame und moralische Ehefrau zu sein, glauben aber auch viele Mittelschichtsfrauen fest an die Treue ihres Ehemannes, wobei hier die Aufrechterhaltung des sozialen Image nicht unerheblich ist. Nach Djaelani (1995) fürchten sich die meisten dennoch vor HIV/Aids. Doch die kognitive Erfassung der Gefahr, scheint bei vielen Frauen nicht zwangsläufig zur Motivation zu führen, sich über HIV/Aids zu informieren. Basierend auf kulturellen Faktoren und typischen sozialen Interaktionsmustern für Intimität der javanischen Mittelschichtsehe ist das Thema HIV/Aids offenbar tabu in der ehelichen Beziehung. Der Verdrängungsmechanismus läßt die Frauen in dem Glauben, daß Aids auf gar keinen Fall eine Sache der „moralischen“ Frauen sei, und sie schweigen.

Das Fremdgehen der Männer wird selten wirklich problematisiert. Nach dem Motto: *Jajan boleh, tetapi bungkus jangan bawah ke rumah* (indon.: naschen ist erlaubt, aber bring die Verpackung nicht nach Hause; fig.: was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß), wird es stillschweigend geduldet.

Auf formaler Ebene gehören die sexuellen Rechte der Frau immer noch zu einem Tabubereich. In den westlichen Ländern werden die sexuellen Rechte als ein Teil der Menschenrechte betrachtet, in dem Sinne, daß jeder Mensch frei ist, seine sexuelle Orientierung zu leben. In Indonesien ist das Problem der sexuellen Rechte an Moral und an die legale Verbindung zwischen Mann und Frau gekoppelt (vgl. Sugandhi, in: Kompas vom 19.9.1995).

Der sexuelle Handlungsspielraum der Frauen ist erheblich eingeschränkt. Die sexuelle Unterordnung der Frau wird vom sozialen und kulturellen System, das die Kontrolle in die Hand des Mannes legt, unterstützt. Sexuelle Bestimmtheit/Behauptung von Frauen wird stigmatisiert und negiert. Eheleiche Untreue der Frauen wird als Mißachtung der sozialen und sexuellen Ordnung verurteilt. Hat der Ehebruch Folgen, wird bei der restriktiven Sexualmoral grundsätzlich die Frau für den moralischen „Fehltritt“ verantwortlich gemacht. Behinderte Kinder z.B. werden meistens als ein Zeichen des Fremdgehens seitens der Frau gedeutet (Dreezens-Fuhrke 1996). Nichtsdestoweniger existiert auf Java das Sprichwort: „Wenn der Mann aus der Vordertür das Haus verläßt, geht seine Frau aus der Hintertür hinaus“ (Kerstan/Berninghausen 1991:200). Auf informeller Ebene ist Sexualität ohne Bezug zu HIV/Aids unter den Frauen auch durchaus Gesprächsthema. Erstaunlicherweise habe ich noch nie so offen unter Frauen über Sexualität und Sexualpraktiken reden hören wie während meines Aufenthaltes in Java. An jeder Straßenecke werden sowohl in ländlichen Gebieten, als auch in den Städten traditionelle Kräuter für die Potenz und Aphrodisiaka für die Frau angeboten (vgl. Tuschinsky 1991).

Sexuelle Beschränkungen gehören zum traditionell javanischen Moralkodex, basieren aber nicht auf einer grundsätzlichen Verwerflichkeit von Körperlichkeit und Sexualität. Sie dienen eher dem pragmatischen Zweck, außereheliche Schwangerschaften zu verhindern (vgl. Mulder 1980:40). Die sexuelle Untreue wird weniger als unmoralisch gewertet, sondern eher deswegen verurteilt, weil sie die exklusiven Rechte der Eheleute aufeinander verletzt (Geertz 1961:128; Magnis-Suseno 1981:152). Die traditionelle Einstellung zur sexuellen Untreue wurde jedoch durch die Verbreitung der sittlichen Normen und Lebensprinzipien des Islam zu einem moralischen Wert an sich erhoben (vgl. Kerstan/Berninghausen 1991:240f). Diese sind allerdings in Unter- und Mittelschicht unterschiedlich verankert. Besonders in den unteren Einkommenschichten tolerieren Frauen die gelegentliche Untreue des Mannes, wie z.B. während der Schwangerschaft oder der vorgeschriebenen Enthaltensphase nach der Geburt (vgl. Hull 1975:119; Kerstan/Berninghausen 1991:201). Hingegen wird in städtischen Mittelschichtskreisen ein ungezwungener Umgang mit Nacktheit und Körperlichkeit bereits als sündhaftes Verhalten tabuisiert.

Dies hat zur Folge, daß die javanische Frau längst noch nicht in dem Maße als Sexualobjekt vermarktet wird wie bei uns.⁵

Die auf wenig Gleichberechtigung basierende Mann-Frau-Beziehung hat dazu geführt, daß Frauen zu anderen Frauen, insbesondere zu weiblichen Verwandten, eine viel intensivere emotionale Bindung haben, als zu ihrem Ehemann. Sie pflegen ein reges soziales Leben zu Frauen aus der Nachbarschaft oder Dorfgemeinschaft. Aus diesem Bedürfnis nach sozialen Kontakten zu Frauen heraus geht auch aus der großen Zahl der weiblichen Mitglieder in staatlichen Frauen- und Selbsthilfeorganisationen hervor. Für die Ehefrauen von Regierungsangestellten ist es sogar Pflicht der Frauenvereinigung „*Dharma Wanita*“ und der PKK (*Pembinaan Kesejahteraan Keluarga*: Familienwohlfahrtsprogramm der Regierung) beizutreten. Anders als die staatlichen Frauenorganisationen zeigen die zahlreichen Selbsthilfeorganisationen Ansätze zur Erweiterung des ökonomischen und sozialen Handlungsspielraums der Frau (vgl. hierzu Kerstan/Berninghausen 1991:248ff). Diese Erweiterung ist im Rahmen der HIV/Aids-Bekämpfung eine absolute Notwendigkeit. Denn ohne Verhaltens- und Verhältnisänderung in bezug auf die Rollen der Frauen, das heißt ohne „Macht“ der Frauen, werden Präventionsmaßnahmen für das weibliche Geschlecht weitgehend erfolglos bleiben.

Doch die Gleichberechtigung zwischen Mann und Frau ist in Indonesien noch ein grundlegendes Problem (A2), nicht zuletzt durch den starken Einfluß des Islam. Bezeichnend für diese Tatsache ist dann auch die Verweigerung der indonesischen Regierung der auf der 4. Weltkonferenz für Frauen in Peking formulierten „Deklaration für Aktionen“ in einigen Punkten zuzustimmen. Diese würden sich nicht mit den nationalen Interessen des Individuums vereinbaren (WHO 1995).

2 SÄKULÄR VERSUS SAKRAL UND MORAL - DIE GESUNDHEITSPOLITISCHE ARENA

Indonesien hat sich zum Ziel gesetzt, am intensivsten von allen Ländern Asiens Aids-Bekämpfung zu thematisieren (vgl. Info Aids vom 6.12.1995). Die Politiker haben schnell auf die steigende Wachstumsrate der HIV-Infizierten geantwortet, denn die Epidemie stellt nicht nur ein Gesundheitsrisiko dar, sondern bedroht die ökonomische Entwicklung des Staates (World Bank 1994). Die Entwicklungserfolge der letzten Jahre dürften durch die Aids-Verbreitung einen erheblichen Rückschritt erleiden, wenn die gesundheitspolitischen Interventionen nicht gelingen.

Die aids-politische Arena in Indonesien besteht hauptsächlich aus drei Akteuren: Das Nationale Aids-Bekämpfungskomitee, der islamische Rat MUI (Majelis Ulama Indonesia) und die NGOs. Diese drei verfolgen sehr unterschiedliche Präventionsan-

⁵ Erst kürzlich hat der indonesische Staatspräsident Suharto ein Dekret ausgesprochen, daß indonesische Frauen nicht in Badeanzügen auftreten und nicht an Schönheitswettbewerben im Ausland teilnehmen dürfen.

sätze zur Bekämpfung der Epidemie. Während das Schwergewicht der politisch und religiös unabhängigen NGOs und Wissenschaftler, wie z.B. Mediziner und westlich orientierte Sexualpädagogen, auf säkularen und technischen Strategien liegt, bedient sich die Regierung mit Rücksicht auf die muslimischen Führer eher einer moralischen Annäherung. Das Dilemma, indem sich die staatliche Aids-Politik befindet, manifestiert sich am deutlichsten in der Kondomkontroverse. Als Land mit wachsenden orthodox-islamischen Kräften wird Indonesien bezüglich seiner Aids-Bekämpfung erheblich mit religiösen Empfindlichkeiten konfrontiert, wie z.B. auch das benachbarte Malaysia. So hält der einflußreiche islamischer Rat Ulamas MUI die religiöse Lehre für die beste Festung gegen den Angriff von Aids (vgl. Mboi 1995:56f; Jakarta Post vom 28.11.95).

Die durch unterschiedliche Interessen auftretenden Konflikte können als kollektive HIV-Anfälligkeit bezeichnet werden, die sich in den unterschiedlichen Präventionsansätzen manifestiert (Mann 1992:580ff).

2.1 Rolle der Sexualität in der Gesellschaft

Aids kann nicht diskutiert werden, ohne die Sexuaufklärung zu thematisieren. Hinsichtlich Strategien der Sexualerziehung stößt man in Indonesien aber auf Antipathie und erheblichen Widerstand, vor allem seitens der islamisch-religiösen Führer (vgl. Pangkahila 1995). Die These vieler gesundheitspolitischer Akteure aus der Mitte der 80iger Jahren: „*Aids tak akan menjadi masalah di Indonesia, karena kita mempunyai kebudayaan lain*“ (Aids wird kein Problem in Indonesien werden, weil wir eine andere Kultur besitzen“, Übersetzung: J. Dreezens-Fuhrke), kann nicht aufrechterhalten werden (ebd.). Sie wird erstes durch das Sexualverhalten bezüglich der Prostitution widerlegt. Zweitens ist das Sexualverhalten in der Gesellschaft im Zuge des kulturellen und sozialen Wandels freizügiger geworden (ebd.). Dies wird besonders bei den Jugendlichen an den Phänomen *kumpul kebu* (wörtl. sich paaren wie die Büffel; fig. ohne Trauschein zusammenleben) deutlich. Auch Abtreibungen sind ein Indikator des veränderten Sexualverhaltens, das nicht nur eine Erscheinung des städtischen Lebens ist und offiziell geleugnet wird.⁶

Fortschrittliche Sexualpädagogen wie Wimpy Pangkahila von der Universität Udayana in Bali plädieren für eine Sexualerziehung, die sich an die unterschiedlichen Zielgruppen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen richtet. Trotz öffentlichen Widerstandes führen einige private Schulen, teilweise mit Hilfe der NGOs, Sexualerziehung durch.

⁶ Ein Angestellter des Gesundheitsdepartements in Mitteljava wurde seines Amtes entlassen, weil er die Erlaubnis zu einer Untersuchung über den vorehelichen Geschlechtsverkehr von Jugendlichen erteilt hatte. Dem Ergebnis dieser Studie zur Folge haben bereits 16 % der Jugendlichen in der Studentenstadt Yogya prämaritalen Sexualverkehr. Das Ergebnis wurde später auf 1,6 % „frisirt“ (A4).

Manche religiös orientierten Persönlichkeiten in der gesundheitspolitischen Arena fordern nach einem Ersatzausdruck für „Sexualerziehung“, da ihnen dieses Wort bereits zu anrühlich ist (vgl. Pangkahila 1995). Entgegen dem ethischen Anspruch, in der Öffentlichkeit nicht über Sexualität zu reden, sind in der Praxis auf nicht-staatlicher Ebene im Zuge der Aids-Problematik Seminare über Sexualität in den großen Städten sogar im islamischen Indonesien sehr „trendy“. Die Lokalität und die Kosten haben zur Folge, daß sich die Zielgruppe lediglich aus der Mittel- und Oberklasse rekrutiert (vgl. Kompas vom 11.12.1995). Die Seminare decken eine Marktlücke ab und stellen eine Geldquelle dar. Die Kommunikation über Sexualität ist in der Regel nach Geschlechtern getrennt. Die Sexualaufklärung der Erwachsenen soll nach Pangkahila (1995) auf eine harmonische Sexualität in der Ehe konzentriert sein. Ziel ist es, Desinteresse am außerehelichen Verkehr zu erzeugen. Diese sexualwissenschaftliche Annäherung setzt auf die Ehefrauen, die vielleicht mit neuen sexuellen Erkenntnissen ihre Ehemänner eher an sich binden können, sofern deren außerehelicher Verkehr nicht auf Neugier und Spaß an der Abwechslung beruht (ebd.).

Die Beschäftigung mit HIV/Aids-Präventionsprogrammen für Frauen beschränkt sich lediglich auf diese mittel- und oberschichtorientierten Seminare. Im Alltag sind „Frauen und Aids“ kein Thema, oder es wird eher beiläufig und oberflächlich diskutiert (A2). Für die Arbeit der NGOs ist der Berührungspunkt mit dem Thema Sexualität bis heute noch ein Hindernis für die Implementation von HIV/Aids-Programmen. Einige Studien über die Sexualkultur in bestimmten Gegenden Indonesiens haben ergeben, daß Männer viel eher bereit sind, sich in der Öffentlichkeit über Sexualität zu äußern als „moralische Frauen“ (Ibu Ibu baik). Da die Sexualität in der javanischen Kultur erst durch die Ehe legalisiert wird, ist dieses Thema bei unverheirateten Frauen völlig tabu. So gibt es bis heute noch kein HIV/Aids-Programm für Frauen, die nicht im Sexgewerbe arbeiten.

2.2 HIV/Aids-Bekämpfung aus islamischer Sicht

Bei der Auseinandersetzung um die adäquate Aids-Politik hat die islamische Führungsebene als wichtiger Akteur der gesundheitspolitischen Arena nicht nur reale gesundheitliche Interessen, sondern auch religiöse. Die Islamisten fordern von der Regierung, die Gestaltung der Prävention mit einer religiösen Annäherung anzugehen.

Die HIV/Aids-Epidemie wird tendenziell im Land als ein Zeichen des moralischen und Sittenverfalls interpretiert. Es ist charakteristisch für viele Kulturen, daß beim plötzlichen Eintreten einer Epidemie zunächst die Fremden verantwortlich gemacht werden. Hier sind es die westlichen Touristen, denen ein negativer Einfluß auf die kulturellen, moralischen und sexuellen Normen vorgeworfen wird (vgl. United Press International 1996). Dem Paradigma „Aids als eine Krankheit der Westler“ folgte „Aids als eine Krankheit der gesellschaftlichen Randgruppen“ wie Prostituierte und

Homosexuelle, die Abweichler von der sozialen und moralischen Norm (vgl. Sciortino 1994; World Bank 1994:118). So sieht sich die breite Bevölkerung bis heute nicht wirklich gefährdet. Dennoch nützen die religiösen Führer und Kräfte die Angst vor Aids, um die gesellschaftliche Moral aufrechtzuerhalten. Besonders orthodox-islamische Kreise interpretieren die Krankheit als Strafe Gottes in Folge von unreligiösem Verhalten, d.h. Homosexualität⁷ und Promiskuität, vor- und außerehelichem Verkehr (vgl. Jakarta Post vom 28.11.95; Kasta 1992:28,118).

Parolen bzw. religiöse Mythen wie „Hebe Glauben und Frömmigkeit hervor, und Du bist vor Aids geschützt“, sollen die Menschen ermutigen, zu ihrem religiösen Leben zurückzukehren. Diese Mythen bergen jedoch die verheerende Gefahr in sich, daß viele glauben, mit einem gottesfürchtigen Verhalten gegen Aids immun zu sein (vgl. Kompas vom Januar 1996).

Bezeichnend für die sexuelle Doppelmoral in Indonesien ist, daß ein männlicher islamischer Professor einen Workshop „Frauen und Aids“ nutzte, um Frauen in ihre Schranken zu weisen. Er diskutierte Aids unter dem Motto „Genuß bringt Unglück“ (vgl. Kompas vom Januar 1996) und spielte damit auf den vor- und außerehelichen Verkehr an. Die zentrale weibliche Aids-Aktivistin und Ärztin Nafsiah Mboi machte ihn darauf aufmerksam, daß viele Frauen aus soziökonomischen Gründen gezwungen seien, den Beruf einer Prostituierten auszuüben (ebd.). Effektiver wäre ihre Kritik wohl gewesen, bei dem Professor das Klientel dieser Berufsgruppe in Erinnerung zu rufen, das die Nachfrage schließlich bestimmt.

Sexualität wird in religiösen Kreisen als heilig erklärt, das ausschließlich innerhalb der Ehe erwünscht ist. Daraus erklärt sich, daß die religiöse bzw. islamische Präventionspolitik ihr Potential in der Stärkung der Familienressourcen sieht.

Nach Meinung der islamischen Kräfte, vor allem der Ulamas, würde die Kondomförderung zu einer freizügigen Sexualität verleiten und sei bei einem moralischen Verhalten überflüssig (vgl. YHSS 1995; vgl. Yahya 1995:49; Jakarta Post vom 28.11.1995). Diese Meinung ist nicht haltbar; besonders was den vorehelichen Verkehr betrifft, haben einige Studien gezeigt, daß bei Kondompropaganda genau das Gegenteil der Fall ist und die sexuelle Aktivität bei den Jugendlichen sogar abnimmt (YHSS 1995).

Die mächtige MUI, der islamische Rat, weigert sich bislang irgendeine Kondomkampagne zu unterstützen (Jakarta Post vom 29.11.1995). Ein Psychiater der Universität Indonesia verbreitete sogar das Gerücht der Nutzlosigkeit von Kondomen, da der HI-Virus die Poren des Materials durchdringen könne (vgl. Kompas vom 30.11.1995; vgl. auch Kompas vom 4.12.1995). Da selbst der Vorsitzende des nationalen HIV/Aids-Bekämpfungskomitees diese Ansicht vertritt (Kompas vom 7.11.1995), wird deutlich, welche Maßnahmen der Staat noch nicht favorisiert.

⁷ Nach dem Koran ist Homosexualität verboten (Sure 4, Vers 16; 7,80,81).

Für die Verfechter der Religion ist Aids eine Herausforderung. Einerseits lehnen sie die Kondombenutzung aus moralischen Gründen ab, andererseits wollen sie auch nicht für die Verbreitung des Virus verantwortlich sein (vgl. Mboi 1995a:56f; Yahya 1995:49). So sehen einige religiöse Führer ein, daß die Bekämpfung gegen Aids nicht ausschließlich aus religiösen Strategien bestehen kann, sondern eine Kombination von religiösen, gesundheitlichen und staatlichen Annäherungen enthalten muß (vgl. Kompas vom 30.11.1995 und vom 1.12.1995).

Einige religiös orientierte NGOs, wie z.B. die „*Indonesian Planned Parenthood Association*“, schlagen einerseits in ihrem Sechs-Punkte-Programm den moralischen Kurs ein, indem sie an die Abstinenz und die Religiosität gefährdeter Jugendlichen appellieren. Andererseits empfiehlt gerade diese NGO immerhin die Kondombenutzung, falls der Jugendliche entgegen aller guten Vorsätze doch sexuellen Verkehr hat (Jakarta Post vom 14.8.1995; Yayasan Pelita Ilmu 1995a:5).

Nichtsdestoweniger versucht das Religionsministerium in Zusammenarbeit mit der Muhammadiyah (islamische Reformpartei) ihre moralische HIV-Politik geltend zu machen (vgl. Abidnego 1995:59; Jakarta Post vom 14.8.1995).

Charakteristisch für die religiös-orientierten Gruppen, die MUI (Majelis Ulama Indonesia) und auch die christliche Kirche Indonesiens (GKI), sind Aktivitäten im tertiären Präventionsbereich. Der stets proklamierte religiöse Einsatz für das menschliche Leben manifestiert sich in der sozialen und seelischen Betreuung der Aids-Kranken (vgl. Kompas vom 30.11.1995 und vom 4.12.1995).

2.3 Staatliche HIV/Aids-Politik zwischen westlicher Orientierung und Islam

Das indonesische Gesundheitssystem und die Gesundheitspolitik ist streng zentralisiert. Politische Entscheidungen werden nach einem Top-down-Verfahren vom Gesundheitsministerium in Jakarta via der Provinz- und Landesgesundheitsabteilung auf die verschiedenen Gesundheitszentren (*Puskesmas: Pusat Kesehatan Masyarakat*) in den Distrikten übertragen (vgl. Santosa 1988:213f; Schulte Nordholt 1987:58). Die kleinste Gesundheitsversorgungseinheit ist das *Posyandu (Pos Pelayanan terpadu)*, einem kleinen Gesundheitsposten auf Siedlungsebene. Gesundheitsprogramme, die die Gemeinde betreffen, werden auf nationaler Ebene geplant, aber von den staatlichen Dorforganisationen wie LKMD (*Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa*), einem Koordinationsgremium für die Durchführung von Regierungsprogrammen und dem PKK (siehe 1.3), der Frauenorganisation zur Durchführung des Familienwohlfahrtsprogramms, ausgeführt.

Zwar hat die Regierung bezüglich der HIV/Aids-Problematik bereits politischen Einsatz gezeigt, ein Nationales Komitee zur HIV/Aids-Bekämpfung gegründet und ein Programm für die Laufzeit von 5 Jahren konzipiert. Jedoch hat das Komitee aus soziokulturellen Gründen beschlossen, die HIV/Aids-Prävention in die Strategien der

Familienpolitik einzubauen und nicht als gesonderte gesundheitspolitische Maßnahme zu entwickeln (vgl. Kantor Menteri Negara Kependudukan/Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional 1995; Yayasan Pelita Ilmu 1995b.). Auf der Ebene der tertiären Prävention müssen staatliche Versorgungsangebote für Aids-Betroffene erst entwickelt werden.

Die Umsetzung der nationalen Strategien weist viele Mängel auf (vgl. Abidnego 1995:61; Yahya 1995:46; Kompas vom Januar 1996). Hierbei stehen der Präventionspolitik typische Hindernisse entgegen (siehe Rosenbrock 1994:235). Der erste Hemmfaktor besteht darin, daß die Regierung aus moralischen und religiösen Abwägungen die hohe Dunkelziffer der Infektionen nicht anerkennt (A2). Zweitens stellt die Auseinandersetzung mit Sexualität ein Hindernis dar. Da das moralische Image des indonesischen Volkes, der Nation gewahrt bleiben soll, sind Anti-Aids-Kampagnen mit der gleichen Intensität wie zum Beispiel im Bereich der Polio-Impfung nicht möglich (vgl. Mboi, zit. nach: Kompas vom 19.9.1995). Schließlich sterben mehr Menschen an Malaria, Tetanus und anderen Infektionskrankheiten als an Aids. So versucht die nationale Gesundheitspolitik die hohe Inzidenz dieser Infektionskrankheiten mit Hilfe der PHC (Primary Health Care)-Strategien zu reduzieren.

Im Rahmen des Entwicklungsprozesses des Staates wird die Notwendigkeit eines Aids-Bekämpfungsprogramms allerdings als dringend angesehen (vgl. Yahya 1995:46). Im Mittelpunkt der HIV/Aids-Bekämpfung steht aber nicht das Individuum, sondern die Existenz des indonesischen Volkes, das den Staat aufbauen soll (vgl. Yahya 1995:46f).⁸ Mit dem nationalistischen Ansatz der in das Entwicklungsprogramm 1995/96 integrierten Aids-Bekämpfung betreibt Indonesien eine Intervention, die insoweit indonesien-spezifisch ist, als diese ihre ganze Kraft in die kleinste Einheit des Staates, die Familie, investiert. Eine gut funktionierende Familie und deren gesundheitliches und psychisches Wohlergehen gilt als Ideal für die Entwicklung der Nation (vgl. YHSS 1995). Das Nationale Aids-Komitee baut auf das Volk als Hauptakteur, sieht sich allerdings verpflichtet, die Richtung anzugeben und zusammen mit den verschiedenen Ministerien eine unterstützende soziale und politische Atmosphäre zu erzeugen (vgl. Yahya 1995:46; YHSS 1995).

Das staatliche Aids/HIV-Programm enthält drei zentrale Strategien, die auf allen politischen Verwaltungsebenen, nämlich der zentralen Ebene, der Provinz-, Landes-, Distrikt- und Blockwarts- bzw. Nachbarschaftsebene, operationalisiert werden sollen (vgl. Kantor Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat 1995; Yayasan Pelita Ilmu 1995b.). Ausgehend von dem Glauben, daß sich die Mehrheit der Bevölkerung moralisch konform verhält, konzentriert sich die Basisstrategie auf die Erhaltung dieses moralischen Verhaltens, auf Monogamie und Treue als kulturelle Norm und

⁸ Bei den meist religiösen Aufrufen zur menschlichen Behandlung der HIV/Aids-Betroffenen wird an das Nationalgefühl appelliert und betont, daß es sich hier zwar um Aids-Kranke handele, aber auch um Indonesier (vgl. Yayasan Pelita Ilmu 1995a:5).

ausschlaggebende Ressource. Dies soll vor allem durch Stärkung der Familienstruktur, sowohl der muslimischen als auch der christlichen, geschehen. Auf Nachbarschaftsebene sollen die vom Dorfoberhaupt benannten freiwilligen Gesundheitsarbeiter in Zusammenarbeit mit dem Religionsführer die moralische Präventionsanäherung unterstützen (ebd.). Auch die in der Gesellschaft noch vorhandene soziale Kontrolle wird als weiterer förderlicher Faktor für das moralische Verhalten erklärt (vgl. Yahya 1995:47f).

Wie gezeigt, ist der Regierung bewußt, daß das moralische Verhalten der Bürger nicht auf die gewünschte Weise tradiert ist. Aus diesem Grund zielt eine zweite Strategie auf eine Verhaltensänderung ab, d.h. auf Vermeidung von vor- und außerehelichem Verkehr (vgl. ebd.; Mboi 1995a:51f).

Im Glauben an die soziokulturellen und religiösen Ressourcen der Gesellschaft hält der Staat eine „Kondomisierung“ nicht für notwendig (vgl. Yahya 1995:47). Diese Strategie sei lediglich in den Ländern, wo Sitten und Moral verdorben seien, angebracht, wie z.B. in Thailand und westlichen Ländern (vgl. ebd.; Abidnego 1995:58). Vor allem die NGOs kritisieren diesen Alleingang der Regierung, die ihrer Meinung nach zu wenig von beispielhaften Strategien anderer Ländern, die schon länger mit dem Aids-Problem konfrontiert sind, lernen will (YHSS 1995). Aufgrund dieser kontroversen Sichtweisen in der gesundheitspolitischen Arena ist die Kondombenutzung als dritte Strategie gegen Aids jedoch ein umstrittenes Thema nationaler Debatten. Nicht nur wegen religiöser Einwände, sondern auch aus Überzeugung, daß die HIV/Aids-Bekämpfung in Indonesien ohne die Hilfe der MUI (islamischer Rat) (in Form von moralischer Erziehung) mißlingen wird, stimmte die Regierung zunächst Kondomkampagnen nicht zu (Jakarta Post vom 29.11.1995). Inzwischen duldet sie, daß NGOs Kampagnen „Für die, die nicht von ihrem Beruf ablassen können oder den richtigen Weg nicht mehr zurückfinden können“ (Kompas vom 7.11.1995) (gemeint sind Prostituierte) durchführen, um die Verbreitung von STDs und HIV unter diesen „unmoralisch“ lebenden Personen zu verhindern (vgl. Mboi 1995a:51f; Yahya 1995:47f). Doch staatlich gefördert werden die Kampagnen nicht (vgl. Kompas vom 4.12.1995).

Wie dargestellt, handelt es sich bei der monogamen Ehe um eine soziale Erwünschtheit. Die Mehrheit der Freier ist bekanntlich verheiratet, dennoch sollen Ehepaare keine Kondome benutzen (vgl. Kompas vom Januar 1996). Schließlich manifestiert sich die Doppelmoral der staatlichen Aids-Politik in der Kondomempfehlung des Gesundheitsministers für Ehemänner, die sich beim Fremdgehen mit HIV infiziert haben. Von der religiösen javanischen Ehefrau wird dann erwartet, daß sie ihren Mann, falls dieser Reue zeigt, nicht verstößt und weiter mit ihm sexuell verkehrt - unter diesen Umständen mit Kondom (vgl. Kompas vom 7.11.1995).

Im Kampf gegen die Infizierung mit Geschlechtskrankheiten einschließlich HIV scheint der Aufruf ein Kondom zu benutzen aber ohnehin keine große Wirkung zu haben. Offenbar kommt die Kondombenutzung dem Übertreten von religiösen Regeln wie Prostitution und Homosexualität gleich und ist ohne Zwang nicht möglich. Der Umsetzung der moralischen Strategie stehen offensichtlich andere „kulturelle Gebräuche“ des Alltags im Wege. Diese werden jedoch von Regierungsseite verdrängt und verleugnet und somit auch die Gefahren. So möchte z.B. der Staatssekretär des Volkswohlfahrtsministeriums die indonesische Familie gerne in der javanischen Tradition *lahir batin*, die Besinnung auf die inneren Werte (vgl. Magnis-Suseno 1981), sehen (vgl. Yahya 1995:47).

Die Aids-Aktivistin Mboi hingegen betrachtet die „kulturellen“ Ressourcen realistischer und versucht den „Mängeln“ der Kultur einerseits mit einem Appell an die Treue entgegenzuwirken, kalkuliert aber andererseits realistisch mit der Untreue (Kompas vom Januar 1996). Dieser Ansatz manifestiert sich in der Parole ABCD:

- A: Abstinenz (mental und spiritual)
- B: Verantwortung tragen (*bertanggung jawab*) für den Partner und treu sein
- C: Kondom tragen (condom)
- D: Diagnose, Informierung des Partners

Aus medizinischer Verantwortung stellt Mboi (vgl. 1995:55) bei der Aids-Bekämpfung nicht die Treue des Mannes, sondern pragmatisch seine Rolle als Kondombenutzer in den Vordergrund.

Sie macht in diesem Zusammenhang auf die notwendige Rollenveränderung der Frau aufmerksam. Mit einem durch die berufliche Entfaltung erhöhten Selbstwert soll die Ehefrau befähigt sein, mit ihrem Mann über Sexualität zu diskutieren und zu verhandeln und somit Einfluß auf ihn auszuüben (vgl. Mboi 1995a:56).

Auf der konventionellen Ebene rechnet der Staat wie bei anderen Gesundheitsprogrammen (vgl. Sciortino 1995:151) auch bei der nationalen Aids-Bekämpfung durchaus mit dem Einsatz der Frau. Die Basis für die Entwicklung und Umsetzung von HIV/Aids-Präventionsstrategien bilden die Strukturen und Strategien der nationalen Familienplanungspolitik. Hier wurden mit der Zielgruppe Frauen (obwohl eigentlich auch Männer involviert sein sollten) als Akzeptoren und Mütter gute Erfahrungen gemacht. Die Frauen hatten eine gute Auffassungsgabe und zeigten sich verantwortungsvoll (Yayasan Pelita Ilmu 1995b.).

So delegiert der Staat die HIV/Aids-Aufklärung, um den Konflikt mit den Ulamas wegen öffentlicher Diskussionen über Sexualität aus dem Weg gehen, an die Familie, sprich Mutter. Doch auch wenn Eltern und Kinder heute offener miteinander kommunizieren, so bleibt Sexualität immer noch ein Tabuthema in der „Kultur des Schwei-

gens". Auch soll die Mutter ihre pädagogische Pflicht erfüllen und die Kinder zu moralischen Bürgern der Nation erziehen. Sie soll dafür sorgen, daß die Kinder nicht auf die „schiefe Bahn“ gelangen und ein Risikoverhalten an den Tag legen. Da sie traditionsgemäß ein engeres Verhältnis zu den Kindern hat als der Vater, stellt sie ein ideales Element zur Umsetzung der KIE(Komunikasi, Informasi und Edukasi: Kommunikation, Information, Erziehung)-Strategie dar (vgl. auch Mann 1992:330ff; Mboi 1995a:54).

Auch die NGOs sollen in Zusammenarbeit mit dem Staat als indirekte Zielgruppe der KIE-Strategie fungieren.

Trotz aller Bemühungen sind die Implementationen unvollständig. Selbst ein Vertreter des Ministeriums für Erziehung und Kultur charakterisiert die Nationale HIV/Aids-Intervention als „no action, talk only“ (Kompas vom 5.4.1995).

2.4 Enttabuisierung der Sexualität - Gesundheitspolitische Rolle und Funktion der NGOs

Die Strategien der NGOs⁹ in Indonesien folgen wichtigen Regeln einer erfolgreichen HIV/Aids-Bekämpfung (vgl. Rosenbrock 1994:234). Auch aufgrund bestimmter Eigenschaften, die in der gesundheitspolitischen Arena von Bedeutung sind, wie politische Unabhängigkeit, hohe Dedikation und Flexibilität, sind sie in der Entwicklung und in der Umsetzung von Präventionsprogrammen erfolgreicher als die staatlichen Organisationen. Ihre Effektivität läßt sich wesentlich durch zwei Faktoren begründen: zum einen betrachten und behandeln sie das Problem HIV/Aids aus soziokultureller Perspektive und zum anderen haben sie direkten Kontakt zu ihren Zielgruppen (vgl. Kompas vom 23.3.1995). Die Rolle der NGOs wird daher immer bedeutsamer und in Indonesien sind bereits 37 NGOs auf dem Gebiet der HIV/Aids-Bekämpfung tätig. Sie konzentrieren sich hauptsächlich auf gesellschaftliche Randgruppen (ebd.). Deren Vulnerabilität gegenüber HIV/Aids besteht in körperlicher (viele von ihnen sind geschlechtskrank) sowie in sozialer Hinsicht (YHSS 1995).

Häufig arbeiten nationale NGOs sowohl mit lokalen als auch mit internationalen NGOs zusammen. Der Stellenwert der NGOs auf gesundheitspolitischer Ebene ist insofern bedeutsam, als die Regierung in Sachen Aids-Bekämpfung von ihnen lernen kann. Mittels verschiedener Strategien wie, *hotline*, *counseling* und *outreach*

⁹ Der ehemalige Umweltminister und bekannte Unterstützer von NGOs Emil Salim zieht die Bezeichnung „civil society organization“ der Bezeichnung NGO vor. Dies ist vor dem Hintergrund der indonesischen Politik zu interpretieren. Dem indonesischen Staat sind manche Aktivitäten der politischen unabhängigen NGOs ein Dorn im Auge, weil sie nicht mit den Vorstellungen des Staates konform gehen. Nach außen hin soll nun durch die neue Bezeichnung ein Bild abgegeben werden, daß es keine Organisation gibt, die nicht im Interesse der Regierung arbeitet, sondern lediglich „zivile Organisationen der Gesellschaft“.

wird ein Netzwerk von Informationen aufgebaut. Außerdem werden Aids-Kranke, die z.B. von privaten Krankenhäusern nicht aufgenommen wurden, von NGOs gepflegt und betreut (vgl. Julianto 1995). Aus gesundheitspolitischer Perspektive leidet aber durch diese Tertiärprävention die begrenzte Kapazität für die Primärprävention. In der Hauptstadt Jakarta, dem Ort mit der höchsten Infektionsrate im Land, haben bekannte NGOs wie *Pelita Ilmu*, *Kusuma Buana* und *Epoch* „Hotlines“ eingerichtet (vgl. Jakarta Post vom 20.12.1995). Einige NGOs wie YCUI (*Yayasan Citra Usadha Indonesia*) unterstützen die Entwicklung eines Nationalen Aids-Präventionsprogramms (A1). Dennoch haben sie Schwierigkeiten, ideelle und finanzielle Hilfe von der Regierung für ihre Präventionsarbeit zu erhalten. (vgl. Kompas vom 23.3.1995). Dies hängt auch damit zusammen, daß die Aids-Aktivitäten der NGOs oft Tabuzonen der Gesellschaft berühren.

Dennoch ist die Regierung an der Arbeit der NGOs interessiert. Aufgrund politischer und religiöser Unabhängigkeit ist es den NGOs möglich, sich um die sogenannten „Schmuddelgruppen der Nation“ (Rosenbrock 1990:22) zu kümmern und vor allem in den Tabubereich Sexualität einzudringen. Gesundheitspolitisch wirkt sich dies günstig für die Regierung aus, da gegen die Verbreitung von HIV/Aids wichtige Arbeit geleistet wird und sie sich selbst mit ihren Strategien nicht in Kontroversen begeben muß und bei ihrer Politik des geringsten Widerstandes bleiben kann.

Nicht zuletzt dienen NGOs als Quelle für die Regierungs- und andere Gesundheitsorganisationen, indem sie Informationen, Programmaterial und Redner liefern. Häufig arbeiten sie sowohl mit lokalen als auch mit internationalen NGOs zusammen.

Bereits 1989 startete in Bali, dem Ursprungsort der HIV/Aids-Verbreitung, die erste NGO ein HIV/Aids-Präventionsprogramm, das sich auf gefährdete und betroffene Bevölkerungsgruppen konzentrierte (A1). Bis heute bilden weibliche Prostituierte neben Gigolos (männlichen Prostituierten) und Homosexuellen die Hauptzielgruppe der NGOs in Südostasien. Im Mittelpunkt der NGO-Arbeit steht die Kondompromotion. In Anbetracht der Tatsache, daß die Frauen sich in einer abhängigen und daher schwächeren Situation befinden, wird überlegt, bei den Kondomkampagnen eher die Kunden als Zielgruppe anzusprechen (Kompas vom 13.3.1995). Wie ich bereits ausgeführt habe, verhalten sich die Frauen aufgrund ihrer ökonomischen Situation fatalistisch. Zuverlässige Untersuchungen, inwieweit Männer bereit wären, ein Kondom zu benutzen, existieren allerdings noch nicht (vgl. hierzu Mann 1992:373). Die bisherigen Studien in bezug auf Kondombenutzung lassen auf ein großes Ausmaß von Risikoverhalten schließen.

2.5 Beispiele konkreter HIV/Aids-Präventionsprogramme für Prostituierte

Die YHSS (*Yayasan Hotline Service Surya*) entwickelte 1995 mit Unterstützung der EU (Europäischen Union) ein Aids-Interventionsprogramm für Prostituierte der ostjavanischen Hafenstadt Surabaya. Indem die Stiftung basierend auf der Methode

community outreach (vgl. Rosenbrock 1990) eine ethnographische Feldstudie durchführt, versucht sie die materiellen und sozialen Bedingungen, unter denen Risikosituationen stattfinden, bei den Strategien gegen HIV und Aids zu berücksichtigen. Sie folgt somit einer für den Erfolg von Aids und HIV-Bekämpfung entscheidenden Strategieregel. Auf der ersten Ebene der Prävention erhält die Zielgruppe kostenlos eine Gesundheitsberatung, Untersuchungen, *counseling* (vgl. auch Rosenbrock 1990:22) und Medikamente. Auf der zweiten Ebene der Prävention versucht die YHSS mit dem Ansatz einer „strukturgestützten Verhaltensbeeinflussung“ (Rosenbrock 1988) die Ressourcen der Frauen zu entwickeln. Nach dem Konzept „Hilfe zur Selbsthilfe“ sollen sie längerfristig eigenständig handeln, eigene angepasste Programme konzipieren und durchführen (vgl. hierzu Rosenbrock 1990:21f; 1994:234).

Für die Methode der *peer education* (vgl. ebd.) erhalten die aktiven und rhetorisch begabten Frauen ein Training und haben dann die Aufgabe ihre *peers*, das heißt ihre sozial gleichen Kolleginnen in einer einfachen und verständlichen Sprache über HIV/Aids aufzuklären. Außerdem ist für die Frauen der *peer education*-Gruppe eine Ausbildung als Administratorin einer Klinik oder als Feldarbeiterin (Studienfeld) vorgesehen. Der Vorteil der *peer education* liegt in dem größeren Vertrauen, das die Frauen ihresgleichen im Vergleich zu fremden Personen entgegenbringen (YHSS 1995). Außerdem ist Sexualität auf informaler Ebene durchaus Gesprächsthema unter Frauen, und über das größere Vertrauen können so wichtige Informationen weitergegeben und auch angenommen werden.

Im Mittelpunkt der NGO-Arbeit steht wie bereits erwähnt die Kondompromotion. Zwar sollen die Frauen in potentiell riskanten Situationen zur Selbststeuerung fähig sein, doch in Anbetracht der Tatsache der sozialen Vulnerabilität wird in jedem Viertel des Sexgewerbes ein zentraler Posten eingerichtet, der nicht nur Informationen über HIV/Aids, sondern auch ein *counseling* für andere Lebensfragen, wie Zukunftsfragen, alternative Tätigkeiten usw. anbietet.

Die Leiterin der Stiftung *Citra Usadha Indonesia* (YCUI), die 1992 von Ärzten und Anthropologen auf Bali gegründet wurde, ist Internistin und eine der ersten Aids-Aktivistinnen. Die Aids-Aktivistin antwortete folgendermaßen auf meine Frage, ob es spezifische Programme für Frauen gäbe. „*Wir führen spezifische Programme für die verschiedensten Zielgruppen durch. Hierunter fallen auch Frauen und zwar CSWs (commercial sexworkers). Aber wir versuchen auch, andere Frauen zu erreichen, haben jedoch keine spezifische Programme für die entwickelt. Wir benutzen die bereits vorhandenen Frauenorganisationen wie PKK (Program Kesejahtera Keluarga: Programm für die Wohlfahrt der Familie), Dharma Wanita und andere Organisationen. Wir arbeiten auch mit den Ministerien der Regierung zusammen,.....vor allem dem Ministerium für Familienplanung, dem BKKBN. Da die Familie noch relativ gut intakt ist, bauen wir unsere Programme auf diese Qualität auf. Wir setzen auf die*

Familie, was die Aids-Aufklärung der Kinder und Jugendlichen betrifft....Bei der Aids-Erziehung spielt die Mutter natürlich eine zentrale Rolle...." (A1).

Offenbar bilden Frauen, die nicht als Prostituierte arbeiten, nur in ihrer herkömmlichen Rolle als Ehefrau und Mutter eine Zielgruppe für Präventionsprogramme. Andere potentielle Zielgruppen, wie z.B. unverheiratete Frauen, werden nicht berücksichtigt. Hierbei knüpfen auch die NGOs an die moralisch gefärbte und familienorientierte staatliche Aids-Gesundheitspolitik an.

Auch diese NGO ist auf ausländische Donoren angewiesen wie WN (*World Neighbors*) und CUSO (*Canadian University Services Overseas*). Sie arbeitet auf nationaler und internationaler Ebene mit Universitäten zusammen. Neben der Stammebelegschaft rekrutiert sie ihre Mitarbeiter aus Freiwilligen spezifischer Interessengruppen. Ziel der YCUI ist die HIV/Aids-Prävention durch Erziehung. Die Hauptzielgruppe der NGO sind gesellschaftliche Minderheiten wie Homosexuelle, Gigolos und Transvestiten, für die sie spezifische Präventionsprogramme entwickelt hat.

Um dem Sextourismus auf Bali entgegenzuwirken, bilden Personen aus der Tourismusbranche eine weitere Zielgruppe. Im Rahmen eines Kondomprogramms werden im informellen Sektor Straßenverkäufer für die Aids-Aufklärung von Gemeinschaften oder spezifischen Zielgruppen in den Haupttouristenzentren trainiert. Die Aids-Programme richten sich aber auch an potentielle Kunden der einheimischen Sexindustrie, wie Bauarbeiter, Seemänner und Lastwagenfahrer. Schließlich übernimmt die Stiftung die Sexualaufklärung der Jugend, die sie ebenfalls als gefährdete Gruppe identifiziert. Kennzeichnend für diesen Arbeitsbereich ist die kulturbezogene Herangehensweise bei traditionellen balinesischen Jugendgruppen.

Die Präsentation der Aids-Erziehung und -Aufklärung geschieht multimedial durch Videos, Dias, öffentliche Plakate, Frage-Antwort-Sitzungen und mittels einer Radio-sendung.

3 SCHLUSSFOLGERUNG

Der wirtschaftliche Aufschwung Indonesiens als ein sogenanntes Schwellenland kommt nicht allen gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen zugute. Die größte Gruppe der „Opfer“ dieses wirtschaftlichen Aufschwungs und des damit verbundenen sozialen und kulturellen Wandels sind die Frauen. In einer von Männern dominierten Wirtschaft und Politik werden sie mit zunehmender Industrialisierung und Technologisierung aus ihren traditionellen Arbeitsplätzen im ländlichen Sektor vertrieben. Diese „Feminisierung der Armut“ ist verantwortlich für die ansteigende Prostitution in Indonesien und als Hauptgrund der HIV/Aids-Verbreitung anzusehen. Die wirtschaftlichen Bedingungen stehen daher einer Verhältnisprävention entgegen. Auf der einen Seite treiben sie die Frauen in die Prostitution, auf der anderen Seite steigt durch die Arbeitsmigration der Männer die Zahl der „Freier“.

Die Prostituierten werden in der islamisch indonesischen Gesellschaft aber nicht als „Opfer“ der Entwicklung gesehen. Vielmehr gelten sie als „Frauen ohne Moral“. Wegen ihres moralisch verwerflichen gesellschaftlichen Ansehens unternimmt die staatliche HIV/Aids-Politik keinen gezielten Anstrengungen zur Entwicklung von Präventionsprogrammen für diese Frauen. Vor dem Hintergrund des religiösen Drucks seitens der islamischen Führer (Ulamas) auf die Nationale Aids-Bekämpfungsstrategie wird die religiös-politische Haltung der Regierung verständlich. Insbesondere die Ablehnung der islamischen Front gegenüber Kondombenutzung wirkt sich hemmend auf den Handlungsspielraum der Regierung bezüglich einer Verhaltensprävention aus. Das offizielle Verbot der Prostitution verhindert auch die medizinische Prävention im Sinne einer STD-Kontrolle, da die Arbeitsgebiete der Frauen nicht registriert sind .

Im Gegensatz zum Nationalen HIV/Aids-Komitee, dessen Handlungsspielraum eingeschränkt ist, betreiben die NGOs in der gesundheitspolitischen Arena eine förderliche Präventionspolitik für die weibliche Risikogruppe der Prostituierten. Es handelt sich bei dem Ansatz dieser Akteure um eine verhältnisgestützte Verhaltensprävention ohne moralischen Zeigefinger, wobei auf die soziokulturellen Ressourcen der Frauen bezug genommen wird. Dieser Ansatz scheint mir insoweit notwendig, als eine Verhaltensänderung im Sinne einer Kondombenutzung, aufgrund der fatalistischen Haltung der Frauen, mit bedingt durch die sozioökonomische Lage, schwer zu erzielen ist. Ebenfalls verhindern die mit der niedrigen Bildung zusammenhängende Unwissenheit der Frauen und die bestehenden Mythen über Aids die Entwicklung eines Problembewußtseins und einer angemessenen Risikowahrnehmung.

Die HIV/Aids-Bekämpfung der NGOs durch eine verhältnisgestützte Verhaltensprävention (vgl. Rosenbrock 1988) ist eine Strategie des „Empowerments“ (Bemächtigung ; Befähigung) der Frauen. In erster Linie bedeutet dies, daß das Selbstbewußtsein und die Selbstbestimmung der Frauen gestärkt werden sollen. „Empowerment“ der Frauen wird global als Schlüssel zu erfolgreicher HIV/Aids-Prävention betrachtet (vgl. hierzu Mann et al. 1992:348, 373f). Die Entwicklung zum „Empowerment“ der indonesischen Prostituierten ist jedoch ein langwieriger Prozeß, der mit für diese Gruppe von Frauen kennzeichnende Passivität zu kämpfen hat. Doch mit Hilfe einer durch die NGOs angebotene Führung und Anleitung, kann dieser Ansatz eine soziale und ökonomische Verbesserung der Rolle der „Frauen ohne Moral“ bewirken. Die Veränderung der Verhältnisse hat damit auch positiven Einfluß auf die Konzeption weiterer frauenspezifischer Präventionsprogramme.

Das in der javanischen Gesellschaft stark ausgeprägte *gotong-royong* (Prinzip der gegenseitigen Hilfe) erweist sich als günstig bei der Bildung von „peer-groups“ bzw. der Durchführung von „peer education“. Die Schulung des Problembewußtseins und die Erhöhung des Wissensstandes über das Problem können längerfristig hauptsächlich von den Frauen selbst geleistet werden. Es sind die „Frauen ohne Moral“, die hier als Akteure der gesundheitspolitischen Arena identifiziert werden.

Im Gegensatz zur Prostituierten hat die javanische Mutter und Ehefrau eine angesehene und ehrenvolle Stellung in der Gesellschaft. Dennoch wird im Rahmen der HIV/Aids-Bekämpfung weder von staatlicher noch von nicht-staatlicher Seite viel für sie in Hinblick auf Präventionsprogramme unternommen. Dies gründet erstens auf dem Ansatz der nationalen HIV/Aids-Bekämpfung, die mit ihrer Strategie von einer moralischen und religiösen indonesischen Bevölkerung ausgeht. Die Verdrängung oder Verkennung der Realität, nämlich der Existenz einer hohen Prostitution, deren Kundschaft hauptsächlich Ehemänner sind, verhindert die Konzeption ehefrauen-spezifischer Präventionsprogramme. Dies ist offensichtlich auf den Einfluß der starken islamischen Front mit ihrer restriktiven Sexualmoral zurückzuführen. Es scheint wichtig zu sein, möglichst das saubere Image einer intakten und in der Tradition verankerten Familienordnung als Eckpfeiler eines islamischen Staates aufrechtzuerhalten. In dieser Strategie wird auch die ablehnende Haltung gegenüber der westlichen Kultur deutlich, die schließlich als Verursacher der Epidemie im Land betrachtet wird.

Dazu kommt, daß die staatliche HIV/Aids-Politik zwar familienorientiert ist, aber nicht frauenorientiert. Ihre Strategien visieren in erster Instanz den Mann als Zielgruppe an. Es wird nichts für eine Programmentwicklung getan, die darauf abzielt, Frauen zu bemächtigen, sich selbst zu schützen. Auch die Zugeständnisse der Regierung an die NGOs für die Kondomförderung sind letzten Endes nur eine Strategie, die Männer vor den Frauen zu schützen. Schließlich sind die Männer diejenigen, die das Kondom tragen. Der Infektionsschutz der Frau, die dem Mann sexuell untergeordnet ist, hängt bei dieser Präventionsmethode immer noch von dem Willen des Mannes ab.

Die von vielen Personen in der Gesundheitspolitik vertretene Einstellung, daß die „kulturellen“ Bedingungen in Indonesien ungünstig für eine HIV/Aids-Verbreitung seien, ist eine Verdrängung des Problems. Der Staat baut mit seiner moralischen Haltung bezüglich der HIV/Aids-Präventionspolitik auf einem sozialen Wunschbild auf, anstatt eine pragmatische und realistische Haltung anzunehmen und das aktuelle Verhalten der Bevölkerungsgruppen zu akzeptieren. Im javanischen Kontext beruht dies auch auf dem ethischen Prinzip der Konfliktvermeidung, *rukun* und dem ausgeprägten Harmoniebestreben. Hierzu gehört auch die „unoffene“ bzw. „indirekte“ Kommunikationsweise, die sich im Zusammenhang mit dem HIV/Aids-Problem in der Tabuisierung von Sexualität manifestiert. All diese Faktoren stehen einer ausreichenden Informierung der Bevölkerung entgegen und somit auch dem Entstehen eines Problembewußtseins (vgl. World Bank 1994:118). In der hierarchisch strukturierten javanischen Klassengesellschaft sind besonders Frauen der unteren Einkommensschichten mit einem niedrigen Bildungsstand hiervon betroffen. (vgl. Info Aids vom 6.12.1995).

Bei kognitiver Erfassung der Frauen des HIV-Risikos stellt das Problem der Gleichberechtigung der Geschlechter immer noch einen Hemmfaktor dar. Das „Empower-

ment“ der Mittelschichtsfrau, sich gegen die möglichen Folgen des außerehelichen Verkehr ihres Mannes zu wehren, bleibt begrenzt. Ökonomische und soziale Abhängigkeit und gesetzliche Restriktionen erschweren es Frauen, sich gegen Ehemänner zu wehren, die sie gefährden, indem sie keinen Safer Sex praktizieren. Die traditionelle Mann-Frau-Beziehung stellt eine psychologische und emotionale Hürde in bezug auf den Handlungsspielraum der Frau dar (vgl. auch Mhloyi 1992:373ff; Reid 1992:657ff). Die islamische Einstellung zur Rolle der Frau als dem zweiten Geschlecht verstärkt die untergeordnete Rolle der Frau in der Gesellschaft und wirkt hemmend auf die sexuelle Selbstbestimmung der Frau.

Ein präventiver Ansatz einiger westlich orientierter Sexualwissenschaftler auf der Ebene der Verhaltensänderung besteht darin, mittels Aufklärungsseminaren, die sexuellen Kenntnisse der Frau zu erweitern, um damit dem außerehelichen Verkehr des Mannes entgegenzuwirken. Dieser Ansatz würde in gewisser Hinsicht an eine kulturelle Ressource anknüpfen, denn die traditionelle javanische Ehefrau ist es gewohnt, sexuell im Dienste ihres Mannes zu stehen. Doch ein solches innovatives Präventionsprogramm gerät in die Tabuzone Sexualität der indonesischen Gesellschaft und wird vom Staat nicht unterstützt.

Die Sexualität ist auf informaler Ebene unter den verheirateten Frauen durchaus ein Gesprächsthema. Auch die im Vergleich zur Mann-Frau-Beziehung engere emotionale Bindung zwischen Frauen bieten günstige Bedingungen, ein frauenspezifische Präventionsprogramm von Frauen für Frauen z.B. mit Hilfe von NGOs zu entwickeln und umzusetzen. Geht man davon aus, daß javanische Frauen wenig gewohnt sind, individuell zu handeln, sind Frauenorganisationen, insbesondere die auf Dorfebene, in der Hinsicht fördernd, als sie den Frauen einen sozialen Rahmen geben, in dem sie kollektiv handeln können. Frauen sollten auf die Ressource der stark ausgeprägten javanischen Frauensolidarität aufbauen, Netzwerke gründen und Allianzen formen.

Die Illegalität von Sexualität vor der Ehe und die hiermit zusammenhängende fehlende Sexualerziehung von Mädchen stellt einen erheblichen Hemmfaktor für Aids-Aufklärungsprogramme für die Zielgruppe unverheirateter Frauen dar. Dies scheint auch mit der Statuslosigkeit dieser Frauen in Zusammenhang zu stehen. Hier muß auf die traditionelle Familienstruktur zurückgegriffen werden, in der die Frau als Erzieherin die Rolle einer Aids-Aufklärerin übernehmen könnte. Die ausgeprägte Fürsorglichkeit der javanischen Mittelschichtsfrau kann als eine positive kulturelle Ressource im Rahmen einer HIV/Aids-Präventionspolitik interpretiert werden. Voraussetzung wäre aber die Enttabuisierung von Sexualität als Gesprächsthema innerhalb der Familie. Dies hängt wiederum von dem Grad der Religiosität der Familie ab. Eine „fortschrittlichere“ aufklärende Erziehung der Mädchen sehe ich als einen wichtigen Baustein zur HIV/Aids-Bekämpfung in Indonesien.

Das Konzept des Empowerment rücken die Frauenrechtlerinnen in Verbindung des HIV/Aids-Problems verstärkt in den Vordergrund. Doch ohne die Stärkung der Frauenrechte scheint dieses Problem nicht lösbar zu sein. Für das „Empowerment“ der indonesischen Frauen im Rahmen einer HIV/Aids-Bekämpfung ist eine mentale Transformation erforderlich, die in einem größeren Umfang einer Aufklärung über überholte traditionelle Vorstellungen von Sexualität und Geschlechterrollen steht.

Aids als eine Krankheit, die die Abwehr des menschlichen Körpers außer Kraft setzt, trifft den Menschen in seinem intimsten Bereich, wo er am empfindlichsten und am „schwächsten“ ist. In der javanischen Kultur macht Aids nicht nur diese schwache Stelle im Menschen sichtbar. Die Aids-Epidemie zeigt in aller Deutlichkeit die Schwachstelle traditioneller Vorstellungen über Frauen, Geschlechtermuster und Sexualität. Hieraus wird klar, daß eine sinnvolle und wirkungsversprechende HIV/Aids-Präventionspolitik in Indonesien sowohl die sozioökonomische, als auch die historisch soziokulturelle und vor allem die religiöse Ebene der Verbreitungsproblematik von HIV/Aids berücksichtigen muß.

Die soziale Empfänglichkeit der Frauen für eine HIV-Infektion kann aber nicht allein von Frauen beseitigt werden. Es ist notwendig Allianzen zwischen Frauen und Männern aufzubauen, die auf gegenseitigem Respekt basieren.

Im Rahmen einer effektiven HIV/Aids-Präventionspolitik ist es erforderlich, daß die Emanzipation der Frauen voranschreitet, die aber auch eine Veränderung des männlichen Selbstverständnisses beinhaltet (vgl. auch Reid 1992:662). Dies steht allerdings in Konflikt mit den Interessen des aufkommenden Fundamentalismus, der die indonesische Gesellschaft derzeit unterwandert, und der versucht, die „Verwestlichung“ aufzuhalten. Hier treffen zwei unterschiedliche Strömungen aufeinander. Ob eine Emanzipation der Frauen, die in eine Aufklärung über religiös verankerte Vorstellungen zur Rolle der Geschlechter begründet ist, dem islamischen Fundamentalismus standhält, ist mehr als fraglich. Die staatliche HIV/Aids-Politik steht vor der Herausforderung, diesen Konflikt zu meistern.

4 Literaturverzeichnis

- Abidnego, H. (1995)
„Bersikap Realistis, tak usah Pesimis”, in Prisma, No. 3, 1995; S. 58-62, Jakarta.
- Aznan, S. (1992)
Fatwas and Sensibility. Indonesia Seeking Ways to Cope, in: Far Eastern Economic Review, 20.Febr., S. 29-30.
- Berninghausen, J./Kerstan, B. (1984)
Die Töchter Kartinis. Berichte und Reportagen aus dem Leben indonesischer Frauen, Berlin.
- Charles, D. (1995)
Spectre of Aids Epidemic Looms Large over Asia, Reuter-Nachricht von 21.9.1995, Bangkok, (CompuServe 16.6.1996).
- Der Koran (1985)
Übersetzung von Rudi Paret, Stuttgart.
- Djaelani, J. (1995)
Aids dan Pemberdayaan Wanita, in: Prisma, No. 3, 1995, S. 39-43, Jakarta.
- Djamilah, J. (1995)
Satu Juta Anak sudah Terinfeksi HIV, in: Bali Post, 14.5.1995, S. 6.
- Dreezens-Fuhrke, J. (1996)
Behinderung als Zeichen. Soziokultureller Umgang mit Behinderung in einer javanischen Gesellschaft zwischen Tradition und Gegenwart, Münster/Hamburg.
- Elford, J. (1992)
HIV and Aids in Asia, in: Aids scare, Vol. 4. S. 433-438.
- Emmrich, M. (1996)
Hoffnung und Horrorszenarien, in: Tagespiegel vom 9.7.1996, Berlin.
- Geertz, C. (1961)
The Javanese Family. A Study of Kinship and Socialization, New York.
- Hardjanti, K. (1994)
Discussing Aids in Indonesia, in: de Bruyn, M. (Hrsg.): Altering the Image of Aids, University Press Amsterdam.
- Hull, V. (1976)
Women in Javas Rural Middle Class: Progress or Regress?, Working Paper, Population Studies Center, Gadjah Mada University, Yogyakarta.
- Julianto, I. (1995)
Medistra Inciden, in: Jakarta Post vom 29.11.1995.
- Kantor Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat (1995)
Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat/Ketua Komisi Penanggulangan Aids, No: 05/Kep/Mento/Kesra/II/1995, tentang Program Nasional Penanggulangan HIV/Aids Pelita VI, Jakarta.

- Kantor Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat (1994)
Keputusan Presiden Republik Indonesia, No. 36, 1994 tentang Komisi Penanggulangan Aids Beserta Peraturan Pelaksanaannya, Jakarta.
- Kantor Menteri Negara Kependudukan/Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, (1995)
Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit HIV/Aids melalui Peningkatan Ketahanan Keluarga, Jakarta.
- Kasta, R. (1992)
Aids dalam Kaca Mata Agama, in: Kartini Magazine, 3-16 Februari, S. 28,118.
- Kerstan, B./Berninghausen, J. (1991)
Emanzipation wohin?. Frauen und Selbsthilfe auf Java/Indonesien, Frankfurt.
- Khoury, A.T. (1988)
Der Islam, sein Glaube, seine Lebensordnung, sein Anspruch, Freiburg.
- Koeswadji (1976)
Law and Development: The Legal Status of Women in Indonesia. Their Role and Challenge in Creating a New National Law, in: Malaya Law Review, No. 18, Singapore.
- Lubis, F. (1992)
Control of Aids as Effective and as Early Possible in Indonesia before too Late, in: Jaringan Epidemiologi Nasional/Pusat Penelitian dan Pengembangan Kependudukan dan Ketenagakerjaan - LIPI: HIV/Aids, Jakarta.
- Mackinnon, C. (1989)
Feminismus, Marxismus, Methode und der Staat, in: List, H./Studer, H. (Hrsg.), Denkverhältnisse, Frankfurt.
- Magnis-Suseno, F (1981)
Javanische Weisheit und Ethik, Studien zu einer östlichen Moral, München.
- Mann, J. et al. (Hrsg.) (1992)
Aids in the World. A Global Report, Cambridge.
- Mather, C. (1982)
Industrialization in the Tangerang Regency of West Java: Woman Workers and the Islamic Patriarchy, Working Papers, No.17, Antropologisch-Sociologisch Centrum, Universiteit Amsterdam.
- Mboi, N. (1995a)
„Soal Aids, Tanggungjawab Kita Bersama”, in: Prisma, No. 3, 1995; S. 51-57, Jakarta.
- Mboi, N. (1995b)
Women and Aids: Reflections on the Region; Ideas for Action, (CompuServe vom 16.6.1996).
- Mesila, S./Parks, V. (1995)
Guidelines for Women with HIV/Aids, Project Inform, San Francisco, (CompuServe vom 16.6.1996).

- Mhloyi, M. (1992)
Women, Aids and Reproductive Issues, in: Mann, J. et al. (Hrsg.): Aids in the World. A Global Report, Cambridge.
- Mies, M. (1983)
Subsistenzproduktion, Hausfrauisierung, Kolonisierung, in: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, No. 9/10, München, S. 115-124.
- Mulder, N. (1980)
Mysticism and Everydaylife, in: Contemporary Java, Singapore.
- N.N. (1995)
Aids Dimasukkan dalam Kurikulum Pendidikan, in: Kompas, 11.12.1995, Jakarta.
- N.N. (1996)
Aids hat ein neues Gesicht, in: Spiegel, No. 28, 1996, S. 158-160.
- N.N. (1996)
Aids Jangan lagi dicap Penyakit Akibat „Nikmat Membawa Sengsara“, in: Kompas, Januar 1996.
- N.N. (1995)
Corpses May Pass On Aids, in: Jakarta Post, 28.11.1995.
- N.N. (1995)
Dalam Penanggulangan Aids, Perhitungkan Aspek Kemanusiaan, in: Kompas, 23.3.1995, Jakarta.
- N.N. (1996)
Die Kluft wird immer größer, in Spiegel, No. 28, 1996, S. 161-162.
- N.N. (1995)
Dua Bayi Yang Dilahirkan Oleh Ibu Pengidap HIV Diawasi Ketat, in: Suara Pembaruan, 17.3.1995, S.14
- N.N. (1995)
Galakkan Kampanye Anti-Aids Tanpa Bergantung pada Pemerintah, in: Kompas, 19.9.1995.
- N.N. (1995)
Government not opposed to Condom Campaign, in: Jakarta Post, 21.11.1995.
- N.N. (1995)
Indonesia Perjuangkan Peningkatan Peranan Wanita, in: Kompas, 19.9.1995.
- N.N. (1995)
Informasi Aids ke SMA dan Perguruan Tinggi, in: Kompas, 5.4.1995, S. 3
- N.N. (1995)
Invasion aus Fernost, in: Spiegel No. 49, 1995, S. 246-248.
- N.N. (1995)
Jakarta Gets New Aids Hotline, in: Jakarta Post, 20.12.1995.

- N.N. (1995)
Jumlah Penderita HIV/Aids di Indonesia Sampai September 1995, in: Kompas, 11.10.1995, Jakarta.
- N.N. (1995)
Kampagne Kondom Seharusnya Pada Pelanggan WTS, in: Kompas, 13.3.1995, Jakarta.
- N.N. (1995)
Kanwil Suka Menyiapkan Penghibur untuk Pejabat Pusat, aus: Kompas, 21.4.1995, Jakarta.
- N.N. (1995)
Ketua MUI Sarankan Pendekatan Terpadu untuk Tanggulasi Aids, in Kompas, 30.11.1995, Jakarta.
- N.N. (1995)
Kondom Efektif Mencegah Aids, in: Kompas vom 4.12.1995, Jakarta.
- N.N. (1995)
More Students Join Anti-Aids Campaign, in: Jakarta Post, 14.8.1995.
- N.N. (1995)
Moslem ulemas Come Up with Suggestions to Curb Aids, in: Jakarta Post, 28.11.1995.
- N.N. (1995)
NGOs Told to Take Anti-Aids Drive to Prostitutes, in: Jakarta Post, 29.11.1995.
- N.N. (1995)
Pemerintah tak Promosikan Penggunaan Kondom, in: Kompas, 7.11.1995, Jakarta.
- N.N. (1995)
Penanggulangan Aids Nasional, in: Kompas 21.3.1995, S. 3.
- N.N. (1995)
Penyuluhan Aids untuk Sopir Truk Jawa-Bali, in: Kompas, 6.12.1995, Jakarta.
- N.N. (1995)
Perangi Aids sekarang juga!, aus: Yayasan Hotline Surya Service, (Hrsg.): Info Aids, 6.12.1995.
- Nakamura, H. (1983)
Divorce in Java. A Study of the Dissolution of Marriage among Javanese Muslems, Yogyakarta.
- Pangkahila, W. (1995)
Pendidikan Sex: Inti Upaya Pencegahan Aids, in: Kompas 12.3.1995, S. 11.
- Reid, E. (1992)
Gender, Knowledge and Responsibility, in: Mann, et al. (Hrsg.), Aids in the World. A Global Report, Cambridge.

- Reyes, J. (1995)
Women and Aids in the `90s, National Institut of Allergy and Infectious Diseases, Bethesda, (CompuServe vom 16.6.1996).
- Rosenbrock, R. (1988)
Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids, in: Aids-Forschung (AIFO), Bd.3, S. 163-168.
- Rosenbrock, R. (1990)
Aids-Prävention und Aufgaben der Sozialwissenschaften; in: Rosenbrock et al. (Hrsg.): Aids-Prävention, S. 15-29, Berlin.
- Rosenbrock, R. (1992)
Aids. Fragen und Lehren für Public Health. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- Rosenbrock, R. (1994)
Ein Grundriß wirksamer Aids-Prävention, Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2.Jg., H.3. S. 233-244.
- Rosenbrock, R./Salmen, A. (Hrsg.) (1990)
Aids-Prävention, Bd 1, Berlin.
- Santosa, P. H. (1988)
Participation from Below in Hierarchical Bureaucracies: The Unsolved Dilemma in Primary Health Care, in: Quarles van Ufford et al. (Hrsg.), The Hidden Crises in Development; Development Bureaucracies, S. 211-222, Tokyo, Amsterdam.
- Sciortino, R. (1994)
The Interpretation of HIV/Aids in Indonesian Newspapers, in: Bruyn, M. (Hrsg.), Altering the Image of Aids, University Press Amsterdam.
- Sciortino, R. (1995)
Care-takers of Cure, An Anthropological Study of Health Center Nurses in Rural Central Java, Yogyakarta.
- Schulte Nordholt, N.G. (1987)
From LSD to LKMD: Participation at the Village Level, in: Quarles van Ufford et al. (Hrsg.), Local Leadership and Program Implementation in Indonesia, S. 47-63, Amsterdam.
- Soediro, V. (1995)
Teenagers are Indifferent about Danger of Aids, in: Jakarta Post vom 29.11.1995.
- Sugandhi, H. (1995)
Pilihan-pilihan Menteri Mursjid, in: Kompas vom 1.12.1995, Jakarta.
- Su Wan, Y. (1982)
Indonesierinnen in Beruf und Alltag, Deutsche Stiftung für internationale Entwicklung, Bad Honnef.
- Tuschinsky, C. (1992)
Produktion, Handel und Konsumtion nicht-westlicher Medikamente in Südostasien: Malaiische Jamu in Singapore. Münster/Hamburg.

- United Press International (1996)
(CompuServe vom 16.6.1996).
- United Nations (1991).
The Aids Epidemic and its Demographic Consequences. New York.
- WHO (1992)
The Global Aids Strategy, Geneva, WHO Aids Series 1. Geneva.
- WHO (1995)
Agenda for Action, Bericht der „Fourth World Conference on Women“ in Peking, Geneva.
- World Bank (1994)
Aids in Indonesia: Trends and Options, in: Indonesia Sustaining Development Country Studies, Washington.
- Yahya, S. (1995)
Berpegang pada Trilogi Strategie Nasional, in: Prisma, No. 3, 1995, S. 46-50, Jakarta.
- Yayasan Hotline Service Surya, (Hrsg.) (1995)
Info Aids vom 6.12.1995, Surabaya.
- Yayasan Pelita Ilmu (Hrsg.) (1995a)
Pelajaran Dari Diskriminasi, in: Support, No. 8, S. 5, Jakarta.
- Yayasan Pelita Ilmu (Hrsg.) (1995b)
Strategi Nasional Penanggulangan Aids di Indonesia, Jakarta.