

Die globale HIV/AIDS-Initiative der USA – das Beispiel Tansanias

Hausarbeit

Zur Erlangung des Grades eines Magister Artium

der Philosophischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität

Münster, Westfalen

2013

vorgelegt von

Jens Klein (geb. in Ahlen, Westf.)

Erstprüfer: Prof. em. Dr. Paul Kevenhörster

Zweitprüfer: Prof.'in Dr. Christiane Frantz

Inhaltsverzeichnis

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Inhaltsverzeichnis..... | ii |
| Abbildungsverzeichnis..... | iv |
| Tabellenverzeichnis..... | iv |
| Abkürzungsverzeichnis..... | v |
| | |
| 1 Problemstellung..... | 1 |
| 1.1 Forschungsstand und Forschungslücke..... | 3 |
| 1.2 Gestaltung des Forschungsvorhabens..... | 4 |
| 1.3 Exkurs: Staat und religiöse Organisation in den USA..... | 6 |
| 1.3.1 Entwicklung des Verhältnisses Staat – religiöse Organisationen..... | 6 |
| 1.3.2 Die faith-based initiative..... | 8 |
| | |
| 2 Das PEPFAR-Programm..... | 11 |
| 2.1 Entstehung und Grundlagen..... | 11 |
| 2.2 Arbeitsbereiche und Inhalte..... | 16 |
| 2.2.1 Prävention..... | 17 |
| 2.2.2 Behandlung und Fürsorge..... | 23 |
| 2.3 Die Umsetzung in den Fokusländern..... | 26 |
| 2.3.1 Landesspezifische Umsetzung und Organisationsstruktur..... | 26 |
| 2.3.2 Die Rolle religiöser Organisation bei der Umsetzung..... | 28 |
| | |
| 3 Das Untersuchungsland Tansania..... | 31 |
| 3.1 Der Zivissektor in Tansania..... | 31 |
| 3.2 Die Rolle der Kirchen in Zivilgesellschaft und Wohlfahrtssystem..... | 33 |
| 3.3 HIV/AIDS in Tansania..... | 38 |
| | |
| 4 Grundlagen der empirischen Untersuchung..... | 43 |
| 4.1 Eine Definition religiöser Organisationen..... | 44 |
| 4.2 Analyseraster für die Programmimplementation..... | 48 |
| | |
| 5 Dimension und Bereiche des Einsatzes religiöser Organisationen..... | 51 |
| 5.1 Das PEPFAR-Programm in Tansania im Überblick..... | 51 |
| 5.2 Programmbereich sexuelle Prävention..... | 54 |
| 5.3 Diskussion der Ergebnisse..... | 57 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6 Eigenschaften der Präventionsprojekte religiöser Organisationen..... | 59 |
| 6.1 World Vision International..... | 60 |
| 6.2 Adventist Development & Relief Agency..... | 64 |
| 6.3 Salesianer Don Boscos..... | 66 |
| 6.4 The Balm in Gilead/Tanzania Interfaith Partnership..... | 68 |
| 6.5 Bewertung der Ergebnisse..... | 70 |
| | |
| 7 Entwicklungspolitische Bewertung..... | 74 |
| 7.1 Ergebnisse des PEPFAR-Präventionsprogramms..... | 74 |
| 7.2 Ausblick..... | 78 |
| | |
| Literatur- und Quellenverzeichnis..... | 80 |
| Anhang..... | 87 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1: Das Netzwerkmodell..... | 24 |
| Abbildung 2: HIV-Prävalenz bei Fünfzehn- bis Neunundvierzigjährigen in Tansania.. | 38 |
| Abbildung 3: Anzahl der Personen mit HIV/AIDS in Tansania..... | 39 |
| Abbildung 4: PEPFAR-Budgets für Tansania von 2007 bis 2011..... | 52 |
| Abbildung 5: Relative Entwicklung der PEPFAR-Budgets für Tansania von 2007 bis 2011 im Vergleich zum Basisjahr 2007..... | 52 |
| Abbildung 6: Anteil religiöser Organisationen an den vergebenen Mitteln für Tansania von 2007 bis 2011..... | 53 |
| Abbildung 7: Verteilung der an religiöse Organisationen vergebenen Mittel auf die PEPFAR-Programmbereiche in Tansania von 2007 bis 2011..... | 54 |
| Abbildung 8: PEPFAR-Präventionsbudget für Tansania von 2007 bis 2011..... | 55 |
| Abbildung 9: PEPFAR-Mittel für den Programmbereich sexuelle Prävention in Tansania von 2007 bis 2011..... | 56 |
| Abbildung 10: Modell des Ansatzes der Projekte zur Förderung von Abstinenz und Treue bei Jugendlichen..... | 59 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1: Analyseraster für Vor- und Nachteile des Einsatzes religiöser Organisationen in der HIV/AIDS-Prävention..... | 50 |
| Tabelle 2: Eigenschaften der untersuchten Präventionsprojekte..... | 71 |
| Tabelle 3: Zuordnung der PEPFAR-Komponenten zu Kategorien und Programmbereichen..... | 87 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------------|----------------------------------------------------|
| ABY..... | Abstinence and Be Faithful for Youth |
| ADRA..... | Adventist Development & Relief Agency |
| ARK..... | Abstinence and Risk Avoidance for Youth |
| BAKWATA..... | National Muslim Council of Tanzania |
| CCT..... | Protestant Christian Council of Tanzania |
| CDC..... | Centers for Disease Control and Prevention |
| CSSC..... | Christian Social Services Commission |
| FBCI..... | Office of Faith-Based and Community Initiatives |
| FBO..... | faith-based organizations |
| FDA..... | Food and Drug Administration |
| HDI..... | Human Development Index |
| IOM..... | Institute of Medicine |
| OGAC..... | Office of the U.S. Global AIDS Coordinator |
| PEPFAR..... | President's Emergency Plan for AIDS Relief |
| TACAIDS..... | Tanzania Commission for AIDS |
| TEC..... | Catholic Tanzanian Episcopal Conference |
| TIP..... | Tanzania Interfaith Partnership |
| USAID..... | United States Agency for International Development |

1 Problemstellung

Am 28. Januar 2003 kündigte der damalige US-Präsident *George W. Bush* in seiner Rede zur Lage der Nation eine neue Initiative zur Behandlung und Prävention von HIV/AIDS in den weltweit meist betroffenen Ländern an, den *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR). Für diese Initiative stellte er die Summe von 15 Milliarden US-Dollar für einen Zeitraum von fünf Jahren in Aussicht. Damit wurden die USA zum größten internationalen Geber im Bereich HIV/AIDS. Die globale HIV/AIDS-Initiative umfasste drei Hauptbereiche: die HIV-Prävention, die Behandlung von HIV/AIDS und die Fürsorge für Betroffene der HIV/AIDS-Epidemie. Als Ziele für diese drei Bereiche wurden die Prävention von sieben Millionen HIV-Neuinfektionen, die Behandlung von zwei Millionen infizierten Personen mit antiretroviralen Medikamenten sowie die Fürsorge für zehn Millionen Betroffene der HIV/AIDS-Epidemie festgelegt. Im Jahr 2008 verlängerte der Kongress das PEPFAR-Programm um weitere fünf Jahre und stockte die Mittel auf 50 Milliarden US-Dollar auf. Gleichzeitig wurden die Zielvorgaben des Programms an die neue Mittelausstattung angepasst und eine Reihe von Vorgaben für die Programmdurchführung gelockert.

Die Umsetzung der globalen HIV/AIDS-Initiative in den Partnerländern erfolgte durch lokale und internationale Partnerorganisationen. Dabei betonte das PEPFAR-Programm vor allem in der ersten Phase die gezielte Zusammenarbeit mit religiösen Organisationen, englisch *faith-based organizations* (FBO). Dieser Ansatz beruhte auf einer innenpolitischen Initiative Präsident Bushs, der *faith-based initiative*¹, die die Rolle von religiösen Organisationen im US-amerikanischen Wohlfahrtssystem stärken sollte. Allerdings stieß diese Initiative auf umfangreiche Kritik.² Die Kritiker bezweifelten die Effektivität des Ansatzes und sahen darin vor allem einen Versuch zur Mobilisierung evangelikaler Wählergruppen. Trotz der Kritik wurde die *faith-based initiative* auch auf die Entwicklungszusammenarbeit und das PEPFAR-Programm übertragen – und auch in diesem Zusammenhang kontrovers diskutiert.³ So

1 Durch die *faith-based initiative* sollten bisher nicht im US-amerikanischen Wohlfahrtssystem aktive religiöse Organisationen für die Bereitstellung von sozialen Diensten gewonnen werden. Damit verband sich die Hoffnung, durch deren engagierte Freiwilligenarbeit soziale Dienste kostengünstiger und besser bereitstellen zu können. Vgl. *Chaves* 2002, S. 288–289.

2 Kritik findet sich unter anderem bei *Salamon* 2002, S. 20, *Jeavons* 2004, S. 143 und *Wineburg* 2007, S. 1.

3 Siehe dazu *Oomman et al.* 2008 und *Center for Health and Gender Equity* 2004, S. 16.

argumentierte die US-Regierung, dass die Unterstützung lokaler religiöser Organisationen ein Mittel zur Ausweitung von Diensten in unterversorgte Gebiete sei, da diese Organisationen mit als erste auf lokale Bedürfnisse reagierten. Zudem hätten sie eine hohe normative Autorität und würden kulturell angepasste Interventionen durchführen.⁴ Insbesondere im Präventionsbereich seien religiöse Organisationen Schlüsselfiguren mit besonderer Eignung.⁵ Kritiker befürchteten dagegen, dass auf diesem Wege die Moralvorstellungen einer bestimmten Glaubensrichtung – die der evangelikalen Christen – verbreitet und beworben werden sollten.⁶ Zudem wurde bemängelt, dass die damit einhergehende Programmgestaltung anhand ideologischer Vorgaben einer Orientierung an entwicklungspolitischen Wirkungen entgegenstehe.⁷

Vor diesem Hintergrund kann also die These formuliert werden, dass die Orientierung an den Interessen der von evangelikalen Gruppen getragenen christlichen Rechten⁸ bei der Gestaltung des PEPFAR-Programms zu einer unter entwicklungspolitischen Gesichtspunkten problematischen Ausrichtung geführt hat. Diese an den Interessen der christlichen Rechten orientierte Ausrichtung äußerte sich sowohl in der inhaltlichen Gestaltung der Präventionsstrategie wie auch in der starken Betonung der Rolle religiöser Organisationen bei der geplanten Umsetzung des Programms. Wie sich diese Ausrichtung auf die Umsetzung des Programms ausgewirkt hat, wird im Rahmen dieser Arbeit empirisch untersucht. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sollen eine empirisch fundierte Bewertung der genannten Merkmale der PEPFAR-Strategie unter entwicklungspolitischen Gesichtspunkten ermöglichen. Der Stand der Forschung zu dem entsprechenden Themenfeld sowie die Forschungslücke in Bezug auf das PEPFAR-Programm werden in Kapitel 1.1 dargestellt. Den politischen Hintergrund der *faith-based initiative* beleuchtet ein Exkurs in Kapitel 1.3.

4 Vgl. *President's Emergency Plan for AIDS Relief* 2005, S. 1.

5 Vgl. *Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* 2004, S. 24, 29.

6 Vgl. *Center for Health and Gender Equity* 2004, S. 16; vgl. *Dietrich* 2007, S. 289.

7 Vgl. *Dietrich* 2007, S. 290.

8 Zu den evangelikalen Christen zählt eine Vielzahl unterschiedlicher Konfessionen in den USA. In Bezug auf die Politik werden diese Gruppen mit der christlichen Rechten assoziiert. Diese Bewegung, die eine wichtige politische Kraft in der Republikanischen Partei darstellt, setzt sich für den Erhalt traditioneller christlicher Werte in der Politik ein. Dazu zählt auch eine konservative Sexualmoral, die sich unter anderem in der Ablehnung von vorehelichem Sex und Abtreibungen äußert. (Vgl. *Williams* 2010, S. 1–8).

1.1 Forschungsstand und Forschungslücke

Je nach Blickwinkel fällt der Forschungsstand zur US-amerikanischen HIV/AIDS-Initiative und der Rolle religiöser Organisationen in der Entwicklungszusammenarbeit sehr unterschiedlich aus. Betrachtet man die deutsche politikwissenschaftliche Forschung, so ist das Thema der US-amerikanischen HIV/AIDS-Initiative quasi nicht existent – wie auch die gesamte US-amerikanische Entwicklungszusammenarbeit wenig Beachtung findet. Umfangreicher fallen dagegen die Veröffentlichungen im englischsprachigen Raum aus.

Das Thema Religion war lange Zeit ein blinder Fleck der entwicklungspolitischen Diskurse. Erst seit der Jahrtausendwende wird diesem Thema vermehrt Beachtung geschenkt.⁹ Zur Rolle religiöser Organisationen im Kontext der Entwicklungszusammenarbeit finden sich seitdem eine Reihe von Publikationen. Ein wichtiger Punkt der Analyse sind dabei komparative Vor- und Nachteile gegenüber säkularen Nichtregierungsorganisationen. Der *Global Health Council* stellte in einer Studie fest, dass religiöse Organisationen eine Reihe von Vorteilen für die HIV/AIDS-Bekämpfung mitbrächten, darunter „ihre Verwurzelung in lokalen Gemeinschaften, den Umfang und die Tiefe ihrer Infrastruktur und Netzwerke und den Respekt und das Vertrauen ihrer Gemeinschaften.“¹⁰ In einem Vergleich zwischen säkularen Nichtregierungsorganisationen und religiösen Organisationen kam Lipsky zu dem Ergebnis, dass letztere komparative Vorteile aus ihrer moralischen Reputation ziehen könnten.¹¹ Umfangreiche Veröffentlichungen zu den Zusammenhängen zwischen Religionen und Entwicklung in armen Ländern brachte das *Religions and Development Research Programme* der Universität Birmingham hervor. Zwei Fallstudien zu den Entwicklungsaktivitäten religiöser Organisation ergaben dabei, dass diese zwar eine signifikante Rolle spielten, sich die Ergebnisse ihrer Arbeit aber wenig bis gar nicht von denen säkularer Nichtregierungsorganisationen unterschieden.¹²

In Bezug auf das PEPFAR-Programm lieferten *Oomman, Bernstein* und *Rosenzweig* im Jahr 2008 einen ersten Überblick über die Rolle religiöser Organisationen bei der Programmimplementation. Anhand von Daten zur Mittelvergabe für das Jahr 2005

⁹ Vgl. *Holenstein* 2010, S. 64–67.

¹⁰ „their roots in communities, the breadth and depth of their infrastructures and networks, and the respect and trust of their communities.“ *Global Health Council* 2005, S. 11.

¹¹ Vgl. *Lipsky* 2011.

¹² Vgl. *Green et al.* 2010, S. 40–41; vgl. *Davis et al.* 2011, S. 146–148.

ermittelten die Autoren Dimension und Bereiche des Einsatzes religiöser Organisationen in den 15 Fokusländern des PEPFAR-Programms. So seien durchschnittlich 10 % der Mittel an diese Organisationen vergeben worden. Davon entfielen ungefähr 20 % auf die HIV-Prävention, und zwar nahezu ausschließlich auf Projekte zur Förderung von sexueller Abstinenz und Treue.¹³ Neben dieser Veröffentlichung mangelt es bisher insbesondere an empirischen Untersuchungen zur Rolle religiöser Organisationen bei der Umsetzung des PEPFAR-Programms, wie auch die Autoren der genannten Studie feststellten.¹⁴ Auch die von der US-Administration angeführten Vorteile der Zusammenarbeit mit religiösen Organisationen wurden für das PEPFAR-Programm bisher nicht empirisch überprüft. An dieser Stelle setzt das vorliegende Forschungsvorhaben an, indem für das Beispiel Tansanias der Einsatz religiöser Organisationen untersucht wird.

1.2 Gestaltung des Forschungsvorhabens

Das Zutreffen der eingangs formulierten These, dass die Orientierung an den Interessen evangelikaler Wähler- und Unterstützerguppen bei der Gestaltung des PEPFAR-Programms zu einer unter entwicklungspolitischen Gesichtspunkten problematischen Umsetzungsstrategie geführt hat, soll exemplarisch am Beispiel der Umsetzung in einem Partnerland überprüft werden. Tansania bietet sich aus mehreren Gründen als Untersuchungsland an. Es zählt mit zu den großen Empfängern des PEPFAR-Programms. Das Gesundheits- und Bildungssystem Tansanias wird einerseits durch eine traditionell bedeutende Rolle religiöser Organisationen und andererseits durch ein Streben des Staates nach einer stärkeren Position in diesen Sektoren charakterisiert. Während in den Nachbarländern Uganda und Kenia evangelikale Gruppen und US-Organisationen einen sehr starken Einfluss haben – wodurch diese Länder Sonderfälle darstellen –, ist dieser Einfluss in Tansania moderat. Zudem ist das Land religiös vielfältig, neben der katholischen und den verschiedenen protestantischen Konfessionen spielt auch der Islam eine wichtige Rolle. Insgesamt hat das Problem der Fokussierung auf religiöse Organisationen bei der Umsetzung des PEPFAR-Programms aufgrund der genannten Faktoren für Tansania eine hohe Relevanz.

¹³ Vgl. *Oomman et al.* 2008, S. 9–10.

¹⁴ Vgl. *Oomman et al.* 2008, S. 3.

Vor dem Hintergrund des bisherigen Forschungsstands und der in der Diskussion um den Einsatz religiöser Organisationen vorgebrachten Argumente und Kritikpunkte wurden die folgenden forschungsleitenden Fragen entwickelt:

- Welche Relevanz hat der Einsatz religiöser Organisationen bei der Implementation des PEPFAR-Programms in Tansania insgesamt und speziell im Programmbereich der Prävention?
- Welche spezifischen Merkmale zeichnen die Implementation von Präventionsprojekten durch religiöse Organisationen aus? Kann die von der US-Administration angeführte Vorteilhaftigkeit der Umsetzung durch diese Akteure empirisch bestätigt werden?
- Wie ist die dem Einfluss der christlichen Rechten geschuldete Ausrichtung des PEPFAR-Programms anhand der Ergebnisse der empirischen Untersuchung unter entwicklungspolitischen Gesichtspunkten zu bewerten?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde folgendes Vorgehen gewählt. Der in Kapitel 1.3 folgende Exkurs zum Verhältnis des US-amerikanischen Staates zu religiösen Organisationen erläutert Hintergründe und politische Prozesse, deren Kenntnis für das Verständnis der Fokussierung auf religiöse Organisationen in der PEPFAR-Strategie erforderlich ist. Kapitel 2 widmet sich dann umfassend dem PEPFAR-Programm. Dabei werden die Entstehung und die politischen Grundlagen des Programms, die Umsetzungsstrategie und die programmatischen Inhalte sowie die Implementation in den Partnerländern betrachtet. Den lokalen Kontext der Umsetzung im Untersuchungsland Tansania stellt Kapitel 3 her. Dazu werden die HIV/AIDS-Epidemie und ihre Bekämpfung sowie die Rolle religiöser Organisationen als Teil der tansanischen Zivilgesellschaft beschrieben. Nachdem die lokalen Voraussetzungen für die Umsetzung des PEPFAR-Programms in Tansania geklärt wurden, werden in Kapitel 4 die inhaltlichen und methodischen Grundlagen der empirischen Untersuchung dargestellt. Um im ersten Schritt der Analyse die Frage nach der quantitativen Relevanz des Einsatzes religiöser Organisationen zu beantworten, werden in Kapitel 5 anhand deskriptiver Statistiken die Dimension und Bereiche dieses Einsatzes dargestellt. Als zweiter Schritt der empirischen Untersuchung folgt in Kapitel 6 eine qualitative Untersuchung der Präventionsprojekte religiöser Organisationen, um die spezifischen

Merkmale ihrer Arbeit zu identifizieren. Die aus den beiden Analyseschritten gewonnenen Erkenntnisse dienen als Grundlage für die entwicklungspolitische Bewertung der Auswirkungen der evangelikalen Einflüsse auf die Gestaltung des PEPFAR Programms. Diese Bewertung bildet zusammen mit einem abschließenden Ausblick Kapitel 7.

1.3 Exkurs: Staat und religiöse Organisation in den USA

Der Einsatz religiöser Organisationen in der HIV/AIDS-Entwicklungszusammenarbeit im Rahmen des PEPFAR-Programms stellte kein isoliertes Phänomen dar. Die entsprechende Initiative fußt auf einem langjährigen politischen Prozess, der die Rolle religiöser Organisationen bei der Bereitstellung sozialer Dienstleistungen in den USA und das Verhältnis des Staates zu diesen Organisationen verändert hat. Um die Position der Bush-Regierung zum Einsatz religiöser Organisationen bei PEPFAR und deren Hintergründe zu verstehen, werden die wichtigsten Entwicklungen des Verhältnisses des US-amerikanischen Staates zu religiösen Organisationen umrissen. Die *faith-based initiative* von US-Präsident *George W. Bush* wird beschrieben und abschließend wird ein Überblick über die in den USA dazu geführte Debatte gegeben.

1.3.1 Entwicklung des Verhältnisses Staat – religiöse Organisationen

Die wichtigste Grundlage für das Verhältnis des US-amerikanischen Staates zu religiösen Organisationen stellt der erste Verfassungszusatz dar. In diesem wird festgelegt, dass der Staat weder eine nationale Religion etablieren (*establishment clause*) noch die Ausübung einer bestimmten Religion behindern (*free exercise clause*) darf. Aus diesen Grundsätzen wurde die Regel abgeleitet, dass Organisationen, die konfessionsgebundene Leistungen anbieten oder konfessionell diskriminierend handeln, vom Erhalt von Regierungsmitteln ausgeschlossen werden müssen.¹⁵ Diese Regel bedeutet allerdings keinen vollständigen Ausschluss religiöser Organisationen von staatlicher Finanzierung. Non-Profit-Organisationen mit religiösem Hintergrund wie beispielsweise die Heilsarmee stellen wichtige Akteure des amerikanischen

¹⁵ Vgl. *Clarke* 2008, S. 20.

Sozialsystems dar. Für die Bereitstellung sozialer Dienste erhält eine Vielzahl dieser Organisationen staatliche Zuschüsse, ohne dass dies zum ersten Verfassungszusatz im Widerspruch stände.¹⁶

Das Verhältnis des Staates zu religiösen Organisationen befindet sich seit den achtziger Jahren im Wandel. Ein wichtiger Zeitpunkt in diesem Wandel war die Wahl *Ronald Reagans* zum US-Präsidenten im Jahr 1981. Diese stellte einen historischen Meilenstein für den Aufstieg der christlichen Rechten in den USA dar, die sich auf evangelikale und Pfingstgemeinden stützte. Als evangelikaler Christ mobilisierte Reagan die christliche Rechte zur Unterstützung seiner Innen- und Außenpolitik. Durch die Förderung des Weißen Hauses gewann die christliche Rechte in der Folge signifikant an Stärke und Einfluss auf die US-Politik.¹⁷ Aus diesem evangelikalen Hintergrund ging auch eine Bewegung hervor, die neue Partnerschaften zwischen der Regierung und religiösen Organisationen in der Armutsbekämpfung anstrebte. Diese Bewegung, die auch als *charitable choice movement* bezeichnet wird, vertrat die Position, dass religiöse Organisationen der Schlüssel zur Lösung der US-amerikanischen Probleme mit Armut und sozialen Diensten seien. Deutlich gestärkt wurde die Bewegung durch die Verabschiedung des *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* im Rahmen der Wohlfahrtsreform der Regierung *Clinton* im Jahre 1996.¹⁸ Das Gesetz enthielt einen Zusatz, dass von den Bundesstaaten bei der Vergabe von Mitteln zur Bereitstellung sozialer Dienste die Berücksichtigung religiöser Organisationen als zulässige Vertragspartner vorschrieb. Gleichzeitig untersagte das Gesetz den Bundesstaaten, von religiösen Organisationen zu verlangen, ihre interne Führungsstruktur oder ihre Verwendung religiöser Texte und Symbole zu verändern. Damit wurden die bisherigen Grenzen für die staatliche Finanzierung religiöser Organisationen aufgeweicht.¹⁹

Einen weiteren An Schub erhielt der Wandel des Verhältnisses des Staates zu religiösen Organisationen im Jahr 2000 durch die Wahl *George W. Bushs* zum US-Präsidenten. Bereits in den ersten Tagen seiner Amtszeit kündigte *Bush* die *faith-based initiative* an,

¹⁶ Vgl. *Chaves* 2002, S. 288.

¹⁷ Vgl. *Clarke* 2008, S. 19.

¹⁸ Vgl. *Chaves* 2002, S. 287–288.

¹⁹ Vgl. *Pearson* und *Tomalin* 2008, S. 53.

eine Initiative zur Stärkung der Rolle religiöser Organisationen im Wohlfahrtssystem. Die Ziele, Inhalte und politischen Motive dieser Initiative werden im folgenden Abschnitt näher beleuchtet.

1.3.2 *Die faith-based initiative*

Bereits wenige Tage nach seiner Amtseinführung begründete Präsident *Bush* unter der Überschrift *Rallying the armies of compassion* im Januar 2001 eine Initiative zur Förderung kleiner, bisher vernachlässigter religiöser Organisationen, die auch als *faith-based initiative* bezeichnet wird. Im Rahmen dieser Initiative richtete er ein *Office of Faith-Based and Community Initiatives* (FBCI) im Weißen Haus sowie entsprechende Einrichtungen in fünf Bundesagenturen ein. Das FBCI und die entsprechenden Schwestereinrichtungen sollten Hürden für religiöse Sozialprogramme identifizieren und abstellen, die Chancengleichheit religiöser Organisationen bei der Vergabe von Bundesmitteln sicherstellen und Möglichkeiten zur Stärkung und Erweiterung der Zusammenarbeit des Staates mit religiösen Organisationen entwickeln. Weiterhin versprach *Bush* die Ausweitung und verstärkte Anwendung der *charitable choice* Regeln, um Restriktionen für religiöse Organisationen abzubauen, sowie eine Förderung privater Spenden an religiöse und gemeinnützige Organisationen. Als erste Schritte der Umsetzung der neuen Politik kündigte *Bush* mehrere Pilotprojekte im Bildungs- und Sozialbereich an. Nach diesen ersten Schritten folgte Ende 2002 die Einrichtung eines Büros für *Faith-Based Initiatives* im *Department of Agriculture* und in der *United States Agency for International Development* (USAID), um religiösen Organisationen den Zugang zu Mitteln aus Hilfsprogrammen zu erleichtern.²⁰

Durch die *faith-based initiative* wurde die Position religiöser Organisationen bei der Vergabe von Regierungsmitteln für soziale Dienste und Hilfsprojekte abermals gestärkt. Allerdings stellten Organisationen mit einem religiösen Hintergrund – wie eingangs beschrieben – zuvor bereits wichtige Akteure des US-amerikanischen Wohlfahrtssystems dar und erhielten in diesem Zusammenhang staatliche Mittel. Auch in der Entwicklungspolitik bestand eine langjährige und umfangreiche Zusammenarbeit von USAID mit religiösen Nichtregierungsorganisationen.²¹ Neu sei hingegen laut

²⁰ Vgl. *Miller* 2006, S. 19.

²¹ Vgl. *Forman* und *Stoddard* 2002, S. 241–244.

Chaves, dass die staatliche Finanzierung von religiösen Organisationen gefördert werde, die nicht primär im Sozialbereich tätig seien. Stattdessen zielten die Maßnahmen auf Organisationen wie beispielsweise Kirchengemeinden, die bisher vor allem kirchliche Dienste für ihre Mitglieder erbrachten. *Chaves* verweist darauf, dass diese Veränderung einen bemerkenswerten Wandel der Rolle von Religion im sozialen Wohlfahrtssystem begründen könne.²²

Das Echo auf *Bushs faith-based initiative* in den politikwissenschaftlichen Publikationen fiel größtenteils kritisch aus. Es wurde konstatiert, dass es keine Ausweitung des Budgets für soziale Dienste gebe, um die Einbindung der neuen Akteure zu finanzieren, sondern dass dieses auf Kosten der bisherigen Organisationen im Wohlfahrtssystem geschehe.²³ Laut *Chaves* verstärke dieser Ansatz „den Mythos, dass kleine, lokale Anstrengungen und Freiwilligenarbeit umfassende und ordentlich finanzierte Systeme sozialer Dienste ersetzen können, statt sie zu ergänzen“.²⁴ Auch *Salamon* bemängelte, dass das Bestreben der Bush-Regierung, „formale, professionalisierte Non-Profit-Organisationen durch informelle Kirchengruppen mit engagierten Freiwilligen zu ersetzen [...] ein altmodisches Bild aus dem neunzehnten Jahrhundert verstärke, wie wohltätige Organisationen arbeiten sollten, ein Bild dass durch Wettbewerbsdruck, Rechenschaftsanforderungen und technologischen Wandel zunehmend unhaltbar geworden sei.“²⁵

Neben der inhaltlichen Kritik wurden auch die Motive hinter der *faith-based initiative* in Frage gestellt. *Jeavons* sah zunehmende Beweise dafür, dass es sich „letztlich um einen Versuch [handelt], ein neues Patronagesystem zu schaffen, um die Unterstützung einiger religiöser Führer – und eventuell ihrer Herde – für diejenigen Politiker zu gewinnen, die diese Agenda vorantreiben.“²⁶ Noch drastischer drückte es *Wineburg* aus:

22 Vgl. *Chaves* 2002, S. 288–289.

23 Vgl. *Chaves* 2002, S. 293; vgl. *Wineburg* 2007, S. xi.

24 „encouraging the myth that small-scale, local efforts and volunteer labor can replace, rather than complement, comprehensive and well-funded social service systems“ (*Chaves* 2002, S. 293).

25 „replacing formal, professionalized non-profit organizations with informal church groups staffed by dedicated volunteers [...] reinforces a quaint nineteenth-century image of how charitable organizations are supposed to operate, an image that competitive pressures, accountability demands, and technological change have made increasingly untenable.“ (*Salamon* 2002, S. 20).

26 „finally just an effort to create a new patronage system to gain the support of some religious leaders – and perhaps their flocks – for those politicians pushing this agenda.“ (*Jeavons* 2004, S. 143).

„It's [the FBCIs] stated mission was to fight society's ills by 'rallying the armies of compassion' inside America's churches. Yet beneath the compassionate camouflage lay a five-star war plan to demolish government programs, mobilize and increase the size of the evangelical Christian voting block, shift government money to churches and other Christian faith-based organizations in the conservative-led culture war, and develop a smoke screen of convincing media images and baffling words to confuse detractors. There was little or nothing about effective social service delivery that formed the basis of this launching.”²⁷

Insgesamt kann es also als belegt angesehen werden, dass der von der Bush-Regierung und ihren Unterstützern vorangetriebene Einsatz religiöser Organisationen bei der Bereitstellung staatlicher Leistungen nicht vorwiegend auf die angeführten Vorteile dieser Organisationen zurückzuführen war, sondern dass damit vor allem politische Ziele außerhalb der Sozial- und Entwicklungspolitik verfolgt wurden. Eine solche Zielvermischung führt aber nicht unbedingt zu einer erfolgreichen Verwirklichung der entwicklungspolitischen Ziele, wie die Vergangenheit der US-amerikanischen Entwicklungspolitik gezeigt hat.²⁸ Daher ist eine kritische Betrachtung der Umsetzung der *faith-based initiative* im Rahmen des PEPFAR-Programms angebracht.

27 „Die erklärte Mission [des FBCI] war es, die Übel der Gesellschaft durch die ‚Sammlung der Armeen des Mitgefühls‘ in Amerikas Kirchen zu bekämpfen. Jedoch lag unter dem Tarnmantel des Mitgefühls ein Fünf-Sterne-Kriegsplan um Regierungsprogramme zu demolieren, den Wählerblock der evangelikalen Christen zu mobilisieren und zu vergrößern, Regierungsgelder im vom Konservativen angeführten Kulturkampf zu Kirchen und anderen christlichen religiösen Organisationen zu verschieben und eine Nebelwand aus überzeugenden Medienbildern und täuschenden Begriffen zur Verwirrung der Kritiker aufzubauen. Von der Grundlage für diesen Start hatte wenig, bis gar nichts mit der effektiven Bereitstellung sozialer Dienste zu tun.“ (*Wineburg* 2007, S. 1).

28 *Lancaster* argumentiert, dass die Verfolgung diplomatischer Ziele mit der US-amerikanischen Entwicklungshilfe oftmals für das Scheitern der Hilfe unter entwicklungspolitischen Gesichtspunkten Verantwortung trug. Vgl. *Lancaster* 2007, S. 105–106.

2 Das PEPFAR-Programm

2.1 Entstehung und Grundlagen

Das Engagement der US-Regierung gegen HIV/AIDS in Entwicklungsländern begann bereits in den 1980er Jahren. Die direkten Vorläufer des PEPFAR-Programms waren eine Initiative der Regierung *Clinton* im Jahr 1999 und ein von der Bush-Regierung im Jahr 2002 aufgelegtes Programm zur Verhinderung der HIV-Übertragung von Müttern an ihre Kinder.²⁹ Die Ankündigung der globalen HIV/AIDS-Initiative zur Behandlung und Prävention von HIV/AIDS in den weltweit meistbetroffenen Ländern durch den US-Präsidenten *George W. Bush* im Januar 2003 stellte dennoch in mehrfacher Hinsicht eine wesentliche Neuerung dar. Die von US-Präsident *Bush* geforderte Summe von 15 Milliarden US-Dollar bedeutete einen massiven Mittelzuwachs. Auch die Festlegung konkreter Zielvorgaben – die Prävention von sieben Millionen HIV-Neuinfektion, die Behandlung von zwei Millionen infizierten Personen mit antiretroviralen Medikamenten sowie die Fürsorge für Millionen Betroffene der HIV/AIDS-Epidemie – bereits bei der Ankündigung des Programms stellte eine Besonderheit dar. Und während die US-Administration zuvor noch eine Priorisierung der HIV-Prävention gegenüber der Behandlung gefordert hatte, wurde die Behandlung von HIV/AIDS jetzt zu einem wesentlichen Bestandteil des Programms.³⁰

Der Kongress autorisierte die Initiative im Mai 2003 mit dem Beschluss des *U.S. Leadership Against AIDS, Tuberculosis and Malaria Act of 2003*. Das Gesetz legte Äthiopien, Botsuana, Côte d'Ivoire, Kenia, Mosambik, Namibia, Nigeria, Ruanda, Sambia, Südafrika, Tansania und Uganda in Afrika südlich der Sahara sowie Guyana und Haiti als Fokusländer der Initiative fest. Auf diese Länder entfiel zusammengenommen über die Hälfte der globalen HIV/AIDS-Fälle. Der US-Präsident *Bush* fügte diesen Ländern im Juni 2004 Vietnam als fünfzehntes Fokusland hinzu.³¹

²⁹ Vgl. *Institute of Medicine* 2013, S. 35.

³⁰ Vgl. *Dietrich* 2007, S. 278–280.

³¹ Vgl. *Sepúlveda* et al. 2007, S. 64–66.

Im für die Entwicklungszusammenarbeit verantwortlichen US-Außenministerium (*Department of State*) wurde durch das Gesetz eine neue Stelle zur zentralen Überwachung und Koordination der US-Regierungsaktivitäten im Kampf gegen HIV/AIDS geschaffen – das Büro des globalen AIDS-Koordinators (*Office of the U.S. Global AIDS Coordinator*, kurz OGAC). Die Aufgabe des globalen AIDS-Koordinators ist die internationale Umsetzung der Maßnahmen zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie über die entsprechenden Exekutivorgane sowie Nichtregierungsorganisationen. Seine Pflichten umfassen die Koordination zwischen den Durchführungsorganisationen, die Abstimmung mit anderen Ländern und internationalen Organisationen sowie die direkte Bewilligung aller US-Mittel und Aktivitäten im Kampf gegen HIV/AIDS in den Fokusländern.

Das Gesetz forderte den Präsidenten auf, eine umfassende und ganzheitliche Fünfjahresstrategie für die Umsetzung des globalen Kampfes gegen HIV/AIDS zu entwickeln. Für diese Strategie machte es eine Reihe von Vorgaben, die den politischen Rahmen für die Durchführung des Programms absteckten. So wurde unter anderem vorgeschrieben, dass bei der Behandlung Infizierter und der Prävention neuer HIV-Infektionen ein besonderer Fokus auf die Bedürfnisse von Familien, Frauen, Jugendlichen und Kindern gelegt wird und dass die Strategie die Reduktion von Verhaltensrisiken als Priorität für alle Präventionsansätze vorgibt.

Neben der dargestellten Rahmensetzung machte das Gesetz zusätzlich eine Vielzahl von konkreten Vorgaben für die Gestaltung des Budgets der HIV/AIDS-Initiative. So wurden die folgenden verbindlichen Budgetvorgaben gemacht:

- 55 % der Mittel waren für die therapeutische Behandlung HIV-Infizierter zu verwenden. Von diesen Mitteln sollten 75 % für den Kauf antiretroviraler Medikamente sowie 25 % für die Durchführung der Behandlung aufgebracht werden.
- 20 % des Budgets waren für die HIV/AIDS-Prävention vorgesehen, davon mindestens ein Drittel für Programme zur Förderung der sexuellen Abstinenz vor der Ehe.
- 15 % sollten für die Palliativpflege HIV-Infizierter und AIDS-Kranker aufgewandt werden.

- Mindestens 10 % der Mittel waren zur Unterstützung von AIDS-Waisen und von besonders durch die AIDS-Epidemie gefährdeten Kindern zu verwenden. Davon sollte mindestens die Hälfte über lokale Nichtregierungsorganisationen ohne Profitorientierung bereitgestellt werden.

Am 06. Oktober 2003 wurde *Randall L. Tobias* als erster globaler AIDS-Koordinator vereidigt. Am 23. Februar 2004 legte er die vom Gesetz geforderte Fünfjahresstrategie für PEPFAR vor. Die Strategie gliederte sich in acht Abschnitte. Der erste Abschnitt stellte Ziele und Ansatzpunkte für die politische Führungsrolle der USA im globalen Kampf gegen HIV/AIDS dar. Durch die Einnahme der Führungsrolle sollte breite Unterstützung für diesen Kampf gewonnen werden. Die folgenden drei Abschnitte der Strategie behandeln die Ziele und Inhalte der drei Programmbereiche Prävention, Behandlung und Fürsorge in den Fokusländern. Die Umsetzungsstrategien werden darin detailliert beschrieben und auf konkrete Interventionen heruntergebrochen. Die nächsten zwei Abschnitte der Strategie befassen sich mit der Stärkung bilateraler HIV/AIDS-Programme außerhalb der Fokusländer sowie mit der multilateralen Zusammenarbeit. Abschließend wird im achten Abschnitt die technische Durchführung und Verwaltung des PEPFAR-Programms beschrieben.

Für die Umsetzung der drei Programmbereiche Prävention, Behandlung und Fürsorge setzte die Strategie vier übergreifende Schwerpunkte:³²

1. Die schnelle Ausweitung der Leistungen bereits existierender Programme, um der bestehenden Notsituation gerecht zu werden
2. Den Aufbau von Kapazitäten für eine langfristig nachhaltige und effektive Reaktion auf die HIV/AIDS-Epidemie
3. Die Förderung nationaler politischer Initiativen in den Fokusländern zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie und zur Abschwächung ihrer Folgen
4. Die Einführung strategischer Informationssysteme zur fortlaufenden Programmüberwachung

³² Vgl. *Sepúlveda* et al. 2007, S. 68.

Diese strategischen Schwerpunkte wurden für die einzelnen Programmbereiche jeweils in Form konkreter Maßnahmen und Handlungsansätze präzisiert. Eine ausführliche Darstellung der konkreten Präventions-, Behandlungs- und Fürsorgestrategien erfolgt in Kapitel 2.2.

Das PEPFAR-Programm wurde durch das Gesetz von 2003 zunächst bis zum Haushaltsjahr 2008 autorisiert. Mit der Verabschiedung des *Tom Lantos and Henry J. Hyde United States Global Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Reauthorization Act of 2008* beschloss der US-Kongress eine zweite Phase des PEPFAR-Programms von 2009 bis 2013 und stellte dafür 48 Milliarden US-Dollar bereit. Durch das Gesetz wurden die Ziele des Programms an die neue Mittelausstattung angepasst. Das Präventionsziel wurde auf zwölf Millionen zu verhindernde Neuinfektionen und das Fürsorgeziel auf zwölf Millionen zu versorgende Personen – davon fünf Millionen gefährdete Kinder und Waisen – angehoben. Für das Behandlungsziel wurde eine dynamische Anpassung des bestehenden Ziels von zwei Millionen zu behandelnden HIV-Infizierten festgelegt. So steigt das Ziel im Verhältnis zum Mittelzuwachs und zur Reduktion der Behandlungskosten pro Patient bezogen auf das Basisjahr 2008. Als neue Zielvorgaben kamen eine Versorgungsquote von 80 % im Bereich der Verhinderung von Mutter-Kind-Übertragungen, die Berücksichtigung von HIV-Infizierten Kindern bei der Behandlung entsprechend ihres Anteils an der Gesamtbevölkerung mit HIV sowie die Ausbildung von mindestens 140.000 neuen Arbeitskräften im Gesundheitssystem hinzu.

Neben den neuen Zielvorgaben verlangte das Gesetz auch eine überarbeitete Strategie für das PEPFAR-Programm. Diese sollte die Harmonisierung³³ mit den Strategien der Partnerländer und anderer Geber verbessern und besonderen Wert auf Initiativen zum Kapazitätsaufbau in den Partnerländern legen, um deren Anstrengungen zu unterstützen und so eine höhere Nachhaltigkeit zu erzielen. Zudem sollte die neue Strategie die

33 Als Leitlinie für die Harmonisierung dient das Konzept der *three ones*. Die *three ones* sind Schlüsselprinzipien zur Unterstützung einer koordinierten HIV/AIDS-Reaktion, die auf einer gemeinsamen Konferenz von OGAC, UNAIDS, der Weltbank und dem englischen Department for International Development im Jahr 2004 beschlossen wurden. Der Begriff *three ones* bezieht sich auf die Forderungen nach einem nationalen HIV/AIDS-Plan für alle Partner, einer nationalen Koordinierungsstelle und einem gemeinsamen Monitoring- und Evaluierungssystem. Vgl. *President's Emergency Plan for AIDS Relief* o. J.

Anstrengungen im Kampf gegen HIV/AIDS stärker in die globale Gesundheits- und Entwicklungsagenda der Vereinigten Staaten einbinden und mit dem Ziel der Stärkung der Gesundheitssysteme verknüpfen.

Bei den gesetzlichen Vorgaben für die Durchführung des PEPFAR-Programms erfolgten weitreichende Anpassungen. So wurden viele Kritikpunkte einer ersten Evaluierung des PEPFAR-Programms durch das *Institute of Medicine* (IOM) bei der erneuten PEPFAR-Autorisierung berücksichtigt. Das IOM kritisierte im Evaluierungsbericht beispielsweise die prozentualen Budgetvorgaben als kontraproduktiv, da diese die Umsetzung eines umfassenden, integrierten und evidenzbasierten Programms erschwerten.³⁴ Als Konsequenz hob der Kongress die prozentualen Mittelzuweisungen für die zweite PEPFAR-Phase größtenteils auf. Lediglich die Vorgabe, 10 % der Mittel für Waisen und besonders gefährdete Kinder zu verwenden, blieb bestehen. Zudem wurde im neuen Gesetz für die Bereiche Behandlung und Fürsorge zusammengenommen ein Mindestanteil von 50 % an den gesamten Mitteln vorgeschrieben. Im Präventionsbereich wurde statt der bisherigen prozentualen Vorgaben nur noch eine ausgeglichene Finanzierung für die verschiedenen Präventionsansätze gefordert. Für den Fall, dass weniger als die Hälfte der Präventionsmittel in einem Land für Aktivitäten zur Förderung von Verhaltensänderung ausgegeben werden, verlangte das Gesetz einen Bericht an den Kongress zur Rechtfertigung. Von dieser Einschränkung ausgenommen wurden Mittel für neuartige Präventionstechniken und -methoden.

Im Dezember 2009 präsentierte der seit dem Sommer des Jahres amtierende globale AIDS-Koordinator *Eric Goosby* die vom Kongress geforderte Überarbeitung der PEPFAR-Strategie. Die neue Strategie legte den Schwerpunkt auf die Unterstützung einer „nachhaltigen, integrierten und vom Partnerland geleiteten Reaktion auf HIV/AIDS.“³⁵ In der zweiten PEPFAR-Phase sollen fünf übergreifende Ziele verfolgt werden.³⁶

1. Den Übergang von einem Nothilfeprogramm zur Förderung nachhaltiger Programme der Partnerländer.

³⁴ Vgl. *Sepúlveda et al.* 2007, S. 11.

³⁵ „a sustainable, integrated, and country-led response to HIV/AIDS.“ (*Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* 2009b, S. 13).

³⁶ Vgl. *Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* 2009a, S. 14.

2. Die Stärkung der Fähigkeiten der Partnerregierungen, damit diese die Reaktion auf die HIV/AIDS-Epidemie und auf andere Herausforderungen des Gesundheitssystems steuern können.
3. Die Ausweitung der Prävention, Fürsorge und Behandlung.
4. Die Integration und Koordination der HIV/AIDS-Programme mit umfassenderen globalen Gesundheits- und Entwicklungsprogrammen, um die Wirkung in den Gesundheitssystemen zu maximieren.
5. Die Investition in Innovations- und Verfahrensforschung, um die Wirkungen zu bewerten, die Leistungen zu verbessern und die Ergebnisse zu maximieren.

Die überarbeitete Strategie unterschied sich in drei Punkten wesentlich von der Strategie für die erste PEPFAR-Phase. Erstens betonte sie besonders die Schlüsselrolle der Regierungen der Partnerländer, die die Reaktion auf die HIV/AIDS-Epidemie in ihren Ländern anführen sollen. Um dieses zu ermöglichen, wurde der Beratung und der technischen Unterstützung der Partnerregierungen wesentlich größere Bedeutung beigemessen. Eine zweite Neuausrichtung der Strategie liegt in einer stärkeren Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme sowie der forcierten Integration mit anderen Entwicklungsprogrammen. Und als dritte Neuerung wurde die Präventionsstrategie größeren Änderungen unterzogen, während in den Programmbereichen Behandlung und Fürsorge relativ große Kontinuität gegeben war. Die einzelnen Änderungen der Präventionsstrategie werden im Detail bei der Darstellung der Präventionsstrategie im folgenden Kapitel dargestellt.

2.2 Arbeitsbereiche und Inhalte

Das folgende Kapitel stellt die Ziele und Ansätze des PEPFAR-Programms in den drei Hauptbereichen – der Prävention, Behandlung und Fürsorge – näher dar. Der Schwerpunkt der Darstellung liegt dabei auf der Prävention, da sich insbesondere in diesem Bereich die Einflüsse der christlichen Rechten auf die inhaltliche Programmgestaltung zeigen.

2.2.1 Prävention

Der *U.S. Leadership Against AIDS, Tuberculosis and Malaria Act of 2003* gab enge Leitlinien für die Ausgestaltung des Präventionsprogramms in der ersten PEPFAR-Phase vor. Bereits in den einleitenden Feststellungen des Gesetzes wurde das ugandische ABC³⁷-Modell als erfolgreicher Ansatz zur HIV-Prävention durch Verhaltensänderung gewürdigt. Für die Ausarbeitung der Strategie wurde daher die Vorgabe gemacht, die Reduktion von Verhaltensrisiken zur Priorität bei allen Präventionsmaßnahmen zu machen. Zudem enthielt der Gesetzestext eine Auflistung der Aktivitäten, die bei der Umsetzung des Programms bevorzugt werden sollten. An erster Position wurden Programme zur Aufklärung über die Vermeidung von Infektionsrisiken durch Verhaltensänderungen sowie über Methoden zum Schutz vor Infektionen aufgeführt. Als zweite Aktivität wurde die Unterstützung von Nichtregierungsorganisationen, und zwar insbesondere religiöser Organisationen und lokaler Gemeinschaftsorganisationen, bei der Einrichtung und Umsetzung kulturell angepasster HIV/AIDS-Bildungs- und -Präventionsprogramme genannt. Als weitere Maßnahmen folgten die Förderung verantwortungsvollen Verhaltens von Männern, freiwillige Tests und Beratung, Verhinderung von Mutter-Kind-Übertragungen, Sicherstellung der Versorgung mit sicherem Blut und steriler medizinischer Ausrüstung, die Bekämpfung des Drogenmissbrauchs sowie die wirtschaftliche Unterstützung von Frauen. Für besondere Risikogruppen wie HIV-Infizierte, Mitarbeiter des Gesundheitssystems oder Prostituierte sollte die Risikoreduktion durch entsprechende Medikamente sowie Kondome unterstützt werden. Neben diesen konkreten inhaltlichen Vorgaben hatten die Budgetvorgaben des Gesetzes einen wesentlichen Einfluss auf Umfang und Gestaltung des Präventionsprogramms. So wurde der Anteil der Präventionsmittel an den Gesamtausgaben auf 20 % festgesetzt. Davon musste wiederum ein Drittel auf die Förderung der sexuellen Abstinenz vor der Ehe entfallen.

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass die Ausgestaltung des Präventionsprogramms durch die engen gesetzlichen Vorgaben bereits in weiten Teilen festgelegt wurde. Der Gestaltungsspielraum für den globalen AIDS-Koordinator sowie die einzelnen

³⁷ Uganda war lange Zeit das einzige Land Afrikas, das eine Trendwende in seiner HIV-Epidemie erreicht hatte. Dieser Erfolg wird auf Änderungen am Sexualverhalten zurückgeführt. Das ugandische AIDS-Programm hatte Botschaften zur Zurückstellung oder Verzicht auf sexuelle Aktivität, zur Treue und zur Kondomnutzung verbreitet. Dafür wurde später der Begriff ABC (**A**bstinence, **B**eing Faithful, **C**ondom Use) geprägt. (Vgl. *Slutkin et al.* 2006, S. 351–355).

Ländervertretungen, das Präventionsprogramm an lokale Gegebenheiten und Bedürfnisse anzupassen und auf Erkenntnisse zu wirksamen Präventionsmethoden zu reagieren, war nur begrenzt vorhanden. Welche Akzente der globale AIDS-Koordinator bei der Ausarbeitung der Präventionsstrategie gesetzt hat, wird im Folgenden dargestellt.

Die Fünfjahresstrategie für die erste PEPFAR-Phase machte den schnellen Aufbau umfassender Präventionsprogramme zur ersten Priorität. Existierende Präventionsaktivitäten, die vor allem von religiösen Organisationen, lokalen Gemeinschaftsorganisationen und den Gesundheitsministerien aufgebaut worden seien, sollten zügig ausgebaut werden. Dafür wurden vier prioritäre Aktionsbereiche bestimmt:

- Prävention von HIV-Infektionen durch sexuelle Abstinenz und Verhaltensänderung bei Jugendlichen
- HIV-Prävention für Risikogruppen durch HIV-Tests, zielgerichtete Betreuung und Kondomdistribution
- Verhinderung von Mutter-Kind-Übertragungen
- Prävention von HIV-Infektionen im Gesundheitssystem durch eine sichere Blutversorgung, verbesserte Verfahren und Postexpositionsprophylaxe

Von diesen Aktionsbereichen, in denen ein schneller Ausbau bestehender Maßnahmen stattfinden sollte, nahm der Erste die größte Bedeutung ein. Diese Auslegung entsprach der gesetzlichen Vorgabe, 33 % der Präventionsmittel für Abstinenzprogramme zu verwenden. Für die HIV-Prävention durch sexuelle Abstinenz und Verhaltensänderung bei Jugendlichen wurden vier Arten von Aktivitäten vorgesehen: Kompetenzorientierte HIV-Bildungsprogramme, Förderung gesunder Normen und Verhalten, Stärkung der Rolle der Eltern und anderer Betreuer sowie die Adressierung von sexuellem Zwang und Ausnutzung. Die Strategie differenzierte bei den Präventionsaktivitäten zwischen Maßnahmen zur Risikovermeidung – wie sexuelle Abstinenz – und Maßnahmen zur Risikoreduzierung – wie Kondomnutzung. Sie legte fest, dass Aktivitäten zur Risikovermeidung Vorrang vor Aktivitäten zur Risikoreduzierung haben sollten. Letztere wurden nur für besondere Risikogruppen unterstützt. Die Strategie argumentierte, dass dadurch sichergestellt werden sollte, dass die Botschaften zur

Risikovermeidung durch sexuelle Abstinenz und geändertes Verhalten nicht durch Aktivitäten zur Risikoreduktion wie Kondomdistribution abgeschwächt oder infrage gestellt würden.

Neben dem schnellen Ausbau vorhandener Präventionsaktivitäten sah die Fünfjahresstrategie als zweites Ziel für die erste Phase des PEPFAR-Programms die Schaffung einer Grundlage für langfristig effiziente und nachhaltige Präventionsprogramme vor. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde eine Reihe von Schlüsselstrategien entwickelt. Als breitenwirksame Maßnahmen sollte vor allem das ABC-Modell gefördert und die Durchführung von HIV-Tests ausgeweitet werden. Daneben wurden spezielle Interventionen für besondere Zielgruppen sowie Maßnahmen im medizinischen Bereich vorgesehen. Investitionen in die Stärkung der institutionellen Fähigkeiten der Umsetzungspartner sollten unterstützend wirken.

Die Förderung des ABC-Modells – das bei PEPFAR für sexuelle Abstinenz für Jugendliche, Treue und angemessene Kondomnutzung³⁸ steht – sollte über ein breites Spektrum an Partnern zielgruppenspezifisch angepasst und umgesetzt werden. Für die HIV-Prävention bei Jugendlichen wurde insbesondere die Förderung sexueller Abstinenz (die A-Komponente des ABC-Modells) als Maßnahme vorgesehen. An breite Bevölkerungsschichten sollten sich die unter dem Stichwort Treue zusammengefassten Maßnahmen zur Riskiovermeidung richten (B-Komponente). Darunter fallen die Förderung monogamer Ehebeziehungen und der Partnerreduktion sowie die Beeinflussung sozialer Normen in Bezug auf Promiskuität, generationsübergreifenden Geschlechtsverkehr und käuflichen Sex. Für Bevölkerungsgruppen mit besonders hohem Infektionsrisiko sollte die Kondomnutzung ermöglicht und gefördert werden (C-Komponente).

Neben der Förderung des ABC-Modells war die zweite Breitenstrategie die Ausweitung von HIV-Tests. Die Strategie zielte darauf ab, das Angebot an HIV-Tests so zu gestalten, dass eine möglichst große Nachfrage erreicht wird. Umfassende HIV-Tests wurden als wichtiger Ausgangspunkt für angepasste Präventions- wie Behandlungsaktivitäten angesehen. Zu den geplanten Maßnahmen der HIV-Test-Strategie gehörten die

³⁸ „correct and consistent use of condoms as appropriate“ (*Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* 2004, S. 31).

Ausweitung vertraulicher Test- und Beratungsangebote, die Integration und Verknüpfung der Testangebote mit anderen Gesundheitsleistungen, die umfassende Unterstützung positiv getesteter Klienten sowie die mediale Bewerbung von HIV-Tests.

Zu den besonderen Risikogruppen, die durch gezielte Interventionen erreicht werden sollten, wurden zwei Gruppen gezählt. Zum einen fielen darunter gesellschaftlich marginalisierte Gruppen, wie Prostituierte, homosexuelle Männer und injizierende Drogenkonsumenten, zum anderen mobile männliche Bevölkerungsgruppen, wie Wanderarbeiter, Fernfahrer und Soldaten. Die für diese Gruppen geplanten Maßnahmen reichten von persönlicher Beratung zu Verhaltensänderung und Risikovermeidung über die Förderung von Kondomnutzung und HIV-Tests bis zur Behandlung und Prävention von Drogenabhängigkeit. Als spezielle medizinische Maßnahme zur HIV-Prävention wurde die Vermeidung, Diagnose und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten unterstützt, da diese das Risiko einer HIV-Übertragung signifikant erhöhen.³⁹

Ergänzend zu den Zielen des schnellen Aufbaus der Präventionsmaßnahmen und der Schaffung nachhaltiger Präventionsprogramme sollten die Präventionsaktivitäten durch Initiativen im politischen und gesetzgeberischen Bereich sowie durch die Schaffung von Informationssystemen und Monitoringaktivitäten unterstützt werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Präventionsstrategie der ersten PEPFAR-Phase einen deutlichen Schwerpunkt auf die Prävention von HIV-Infektionen durch Verhaltensänderung legte. Dabei wurden insbesondere die sexuelle Abstinenz vor der Ehe und die eheliche Treue in den Vordergrund gestellt. Die unter dem Begriff der Risikoreduzierung gefasste Kondomnutzung hatte dagegen nur einen nachrangigen Stellenwert. Diese Auslegung des Präventionsprogramms wurde in den Richtlinien für die Umsetzungspartner explizit bestätigt. So wurde dort ausführlich dargelegt, dass sexuelle Abstinenz als Präventionsmaßnahme gegenüber der Kondomnutzung zu bevorzugen sei.⁴⁰ Die dargestellte Ausrichtung des Präventionsprogramms lässt sich eindeutig im Sinne eines Einflusses evangelikaler Moralvorstellungen auf die Programmgestaltung interpretieren.

³⁹ Vgl. *Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* 2004, S. 31.

⁴⁰ Vgl. *Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* o. J., S. 5–8.

Mit dem Beschluss der zweiten PEPFAR-Phase im Jahr 2008 erfuhren auch die gesetzlichen Vorgaben für die Präventionsmaßnahmen im Rahmen des PEPFAR-Programms wesentliche Änderungen. Neben der zuvor bereits dargestellten Abschaffung der restriktiven Budgetvorgaben wurde auch die inhaltliche Ausrichtung angepasst. So wurden die unterstützten Präventionsaktivitäten beispielsweise um die Beschneidung von Männern erweitert. Insgesamt blieben zwar die grundlegenden Vorgaben für die Ausgestaltung des Präventionsprogramms im Gesetzestext erhalten, jedoch wurden durch die Änderungen für die zweite Phase des PEPFAR-Programms eine größere Flexibilität bei der lokalen Durchführung und damit eine bessere Anpassung der Präventionsmaßnahmen an lokale Gegebenheiten ermöglicht.

Die Fünfjahresstrategie des globalen AIDS-Koordinators für die zweite PEPFAR-Phase sah eine Verstärkung der Präventionsanstrengungen gegenüber der ersten Phase vor, da die Prävention weiterhin die größte Herausforderung im Zusammenhang mit der HIV/AIDS-Epidemie sei.⁴¹ Die Strategie führte drei Ansätze zur Stärkung des Präventionsprogramms auf:

- die kurzfristige Erfassung des Präventionsbedarfs der Partnerländer und die entsprechende Gestaltung der jeweiligen Präventionsprogramme, um eine möglichst große Wirksamkeit zu erzielen.
- die verstärkte Investition in hochwirksame Präventionsmaßnahmen wie die Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung oder die männliche Beschneidung.
- die Identifizierung, Bewertung und Umsetzung neuer, vielversprechender Präventionsansätze.

Als vorrangiges Kurzfristziel für die zweite PEPFAR-Phase setzte die Strategie die Unterstützung der Partnerländer bei der Erfassung ihres Präventionsbedarfs. So sollten die epidemiologische Situation kartografiert und die Bevölkerungsgruppen mit den meisten Neuinfektionen erfasst werden. Anhand der gewonnenen Daten wurde anschließend eine Anpassung der Präventionsstrategien der Partnerländer an die jeweilige epidemiologische Situation vorgesehen.

⁴¹ Vgl. *Office of the U.S. Global AIDS Coordinator 2009a*, S. 15.

Die inhaltliche Ausrichtung der Präventionsstrategie für die zweite PEPFAR-Phase erfuhr gegenüber der ersten Phase wesentliche Änderungen. Um ein umfassendes Präventionsprogramm zu schaffen, setzt die neue Strategie auf den Ansatz der Kombinationsprävention – eine Kombination aus medizinischen, verhaltensbasierten und strukturellen Interventionen.⁴² Damit wurde der starke Fokus der ersten PEPFAR-Strategie auf verhaltensbasierte Präventionsmaßnahmen abgeschwächt und durch einen ausgeglicheneren Ansatz ersetzt. Zur Umsetzung dieses Ansatzes führt die Strategie für die zweite PEPFAR-Phase eine Reihe von vorrangigen Interventionen auf. Darunter befinden sich die aus der ersten PEPFAR-Phase bekannten Maßnahmen, wie Informationsprogramme zur Verhaltensänderung, die Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragungen oder HIV-Tests und Beratung. Es wurden aber auch neue Maßnahmen, wie die Beschneidung von Männern sowie gezielte Präventions- und Gesundheitsprogramme für Menschen mit HIV/AIDS, ins Portfolio aufgenommen. Bei vielen der Maßnahmen werden Verknüpfungen zu den Programmbereichen Behandlung und Fürsorge beschrieben. Diese Integration der Programmbereiche, die einer Forderung der ersten IOM-Evaluierung entspricht und Synergien zwischen den einzelnen Maßnahmen ermöglichen soll,⁴³ wurde durch die Abschaffung der prozentualen Mittelzuweisungen erleichtert.

Die Strategie von 2009 widmet sich in deutlich größerem Umfang speziellen Zielgruppen als die erste Strategie. Dadurch sollen die Triebkräfte der Epidemie in Angriff genommen sowie besondere Risikogruppen erreicht werden. Für die jeweiligen Gruppen werden spezifische Interventionen beschrieben. Beispielsweise soll für Männer, die gleichgeschlechtlichen Sex haben, der diskriminationsfreie Zugang zu Gesundheitsleistungen und HIV/AIDS-Informationen sichergestellt und die Stigmatisierung bekämpft werden. Gleiches gilt auch für Prostituierte, die zudem durch die Förderung von Alternativen zur Prostitution unterstützt werden sollen. Weitere strategische Zielgruppen sind Jugendliche, gefährdete Frauen und Mädchen, Nutzer von Injektionsdrogen, mobile Bevölkerungsgruppen, Gefängnisinsassen sowie Mitarbeiter des Gesundheitssystems.

42 Vgl. *Office of the U.S. Global AIDS Coordinator 2009a*, S. 8.

43 Vgl. *Sepúlveda et al. 2007*, S. 12.

2.2.2 *Behandlung und Fürsorge*

Für die Programmbereiche Behandlung sowie Fürsorge waren entsprechend der im *U.S. Leadership Against AIDS, Tuberculosis and Malaria Act of 2003* vorgegebenen Budgetzuteilungen 55 % respektive 25 % des Gesamtbudgets vorgesehen. Damit stellte die Behandlung von AIDS-Kranken den aus finanzieller Sicht bedeutensten Teil der ersten Phase des PEPFAR-Programms dar. Dabei fasste das Gesetz den Bereich der Behandlung recht eng als die Versorgung mit antiretroviralen Medikamenten. Weitergehende medizinische Leistungen, wie die Behandlung von Begleitinfektionen, fielen in den Budgetbereich der Fürsorge.⁴⁴ Im Vergleich zum Präventionsbereich machte das Gesetz von 2003 für die Gestaltung der Behandlungs- und Fürsorgeprogramme weniger Vorgaben zur Programmgestaltung.

Die erste Fünfjahresstrategie von 2004 operationalisierte die Umsetzung anhand der eingangs beschriebenen vier übergreifenden Schwerpunkte: schnelle Leistungsausweitung, Kapazitätsaufbau, Förderung nationaler Initiativen und Einführung strategischer Informationssysteme. Die erste Priorität im Programmbereich Behandlung stellte somit der schnelle Ausbau der Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten dar. Die Grundlage für die Umsetzung des Behandlungsprogramms stellte das Netzwerkmodell des Gesundheitssystems dar (Abbildung 1). In diesem Modell versorgen zentrale Gesundheitseinrichtungen über Einrichtungen auf regionaler Ebene die Peripherie mit technischer Unterstützung und Gütern. Die Peripherie wiederum verweist schwierige Fälle weiter an die höheren Ebenen.⁴⁵ Als ersten Schritt zur Umsetzung sah die Strategie eine Erfassung der Fähigkeiten und Schlüsseleinrichtungen in den Gesundheitsnetzwerken vor. Auf Basis der gewonnenen Daten sollte dann umgehend eine Ausweitung der Behandlungsangebote durch bereits etablierte und entsprechend kompetente Programme erfolgen. Daran anschließend sollten weitere gut vernetzte Einrichtungen durch gezielte technische Unterstützung und Ausbildung befähigt werden, ebenfalls antiretrovirale Behandlungen anbieten zu können. Unterstützung für den schnellen Ausbau der Behandlungsmöglichkeiten wurde durch eine Stärkung der Humanressourcen im Gesundheitssystem sowie verbesserte Logistiksysteme geplant.

⁴⁴ Vgl. *Sepúlveda et al.* 2007, S. 143.

⁴⁵ Vgl. *Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* 2004, S. 35.

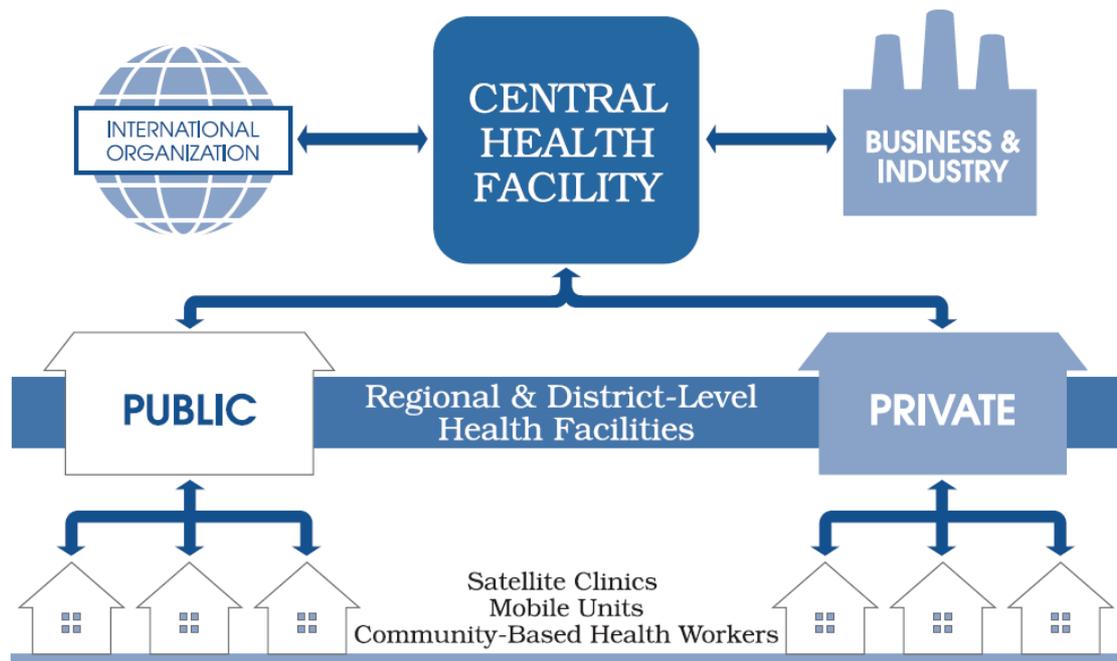


Abbildung 1: Das Netzwerkmodell

Quelle: Office of the U.S. Global AIDS Coordinator 2004, S. 35.

Der zweite Schwerpunkt der Behandlungsstrategie zielte auf den Aufbau von Kapazitäten für langfristig nachhaltige Behandlungsprogramme ab. Hierzu sollten insbesondere die Humanressourcen in den Partnerländern gestärkt werden, indem die Ausbildung der Mitarbeiter des Gesundheitssystems um Komponenten zur AIDS-Behandlung erweitert und technische Unterstützung rund um die Behandlungsprogramme geleistet wird. Weiterhin sollten einheitliche und evidenzbasierte nationale Therapierichtlinien erstellt, verbreitet und implementiert werden, die Gesundheitsinfrastruktur verbessert und neue Partner aus anderen Programmbereichen für die AIDS-Behandlung gewonnen und befähigt werden. Als mögliche neue Partner wurden insbesondere auch religiöse Organisationen gesehen, die bereits Präventions- oder Fürsorgeprogramme durchführen.

Der Programmbereich der Fürsorge gliedert sich in zwei Teilbereiche. Zum einen umfasst er die palliative Versorgung der AIDS-Kranken, zum anderen die Fürsorge für von der AIDS-Epidemie betroffene Waisen und besonders gefährdete Kinder. Unter

Palliativversorgung versteht die Strategie die grundlegende Gesundheitsversorgung für Personen mit HIV/AIDS, die emotionale und spirituelle Unterstützung sowie die Sterbebegleitung. Für die kurzfristige Ausweitung der Palliativversorgung setzte die Strategie auf technische Unterstützung bestehender Einrichtungen sowie Fortbildung der Mitarbeiter im Gesundheitssystem. Zudem sollten eine Integration der Palliativversorgung in bestehende Präventions- und Behandlungsprogramme und der Einsatz US-amerikanischer Freiwilliger zusätzliche Expansionsmöglichkeiten bieten. Für eine längerfristig nachhaltige Palliativversorgung AIDS-Krankter wurden die entsprechende Ausbildung und Verfahrensanweisungen für medizinisches Personal, die Ausweitung von Hospizangeboten sowie Partnerschaften zwischen US-amerikanischen und lokalen Organisationen zur Förderung von Exzellenzzentren vorgesehen.

Im Bereich der Fürsorge für von der AIDS-Epidemie betroffene Waisen und gefährdete Kinder verfolgte die Strategie einen familien- und gemeinschaftsorientierten Ansatz. Es sollten lokale Lösungen für die Gesundheits- und Nahrungsmittelversorgung der Kinder, die Sicherstellung des Schulbesuchs und zum Schutz vor Ausbeutung gefunden werden. Der kurzfristige Ausbau der Fürsorge sollte über eine Stärkung der Familien und eine Mobilisierung der lokalen Gemeinschaften erfolgen. Längerfristig setzte die Strategie zusätzlich auf die Befähigung lokaler religiöser Organisationen und Gemeinschaftsorganisationen, Waisen und gefährdete Kinder zu unterstützen.

Durch das Gesetz zur Autorisierung der zweiten Phase von PEPFAR änderte sich für die Bereiche Behandlung und Fürsorge vergleichsweise wenig. Neben dem Wegfall der prozentualen Budgetvorgaben wurde auch der Kritik an der ursprünglichen Regelung begegnet, dass nur Medikamente mit Zulassung durch die US-amerikanische *Food and Drug Administration* (FDA) beschafft werden durften.⁴⁶ Stattdessen verlangte das Gesetz jetzt die möglichst günstige Beschaffung der Medikamente und ließ andere Qualitätssicherungsinstanzen wie die *World Health Organization* (WHO) zu.

Auch die Strategie für die zweite Phase des Behandlungsprogramms brachte keine wesentlichen Änderungen an der inhaltlichen Ausrichtung mit sich. Als eine Neuerung sollte die geplante Ausweitung auf vier Millionen Behandlungsempfänger sich auf spezifische Zielgruppen konzentrieren, sodass vorrangig die am stärksten erkrankten Personen, schwangere Frauen und AIDS-Kranke mit Tuberkulose-Koinfektionen

⁴⁶ Vgl. *Sepúlveda* et al. 2007, S. 158–160.

versorgt würden. Daneben sollten die übergreifenden Vorgaben für die Integration der Behandlungsmaßnahmen mit anderen Programmbereichen und anderen Gesundheitsprogrammen sowie die Stärkung der Rolle der Partnerländer umgesetzt werden. Auch im Bereich der Fürsorge besteht weitestgehend Kontinuität. Schwerpunkte der neuen Strategie liegen hier auf der Integration mit anderen Gesundheits- und Entwicklungsprogrammen und der verbesserten Koordination durch die Partnerregierungen.

2.3 Die Umsetzung in den Fokusländern

Die im vorherigen Kapitel beschriebenen PEPFAR-Strategien stellen die globalen Leitlinien für die Programmumsetzung vor. Die Implementierung in den 15 Fokusländern hatte allerdings die jeweilige Situation vor Ort zu berücksichtigen. Wie die Umsetzung in den einzelnen Ländern organisiert wurde, wird im Folgenden dargestellt.

2.3.1 Landesspezifische Umsetzung und Organisationsstruktur

Die zentrale Verantwortung für das PEPFAR-Programm liegt beim globalen AIDS-Koordinator. Das Büro des globalen AIDS-Koordinators ist allerdings nur eine kleine Organisation, die sich auf Führungs- und Koordinationsaufgaben konzentriert.⁴⁷ Die eigentliche Implementierung des PEPFAR-Programms wird durch andere Organisationen übernommen, vor allem durch die entsprechenden Fachabteilungen der *United States Agency for International Development (USAID)* und der *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*.

Die Verantwortung für das PEPFAR-Programm in den einzelnen Fokusländern liegt beim jeweiligen Botschafter der USA. Zu Beginn der ersten PEPFAR-Phase wurden die Botschafter beauftragt, einen Fünfjahresplan für die Umsetzung des Programms zu entwickeln. Daran sollten jeweils die relevanten US-Regierungseinrichtungen, die Partnerregierung, der Zivilektor und andere Geber beteiligt werden, um so die Koordination zu verbessern und Ressourcen an lokale Bedürfnisse und Bedingungen anzupassen. Auf Basis der so entwickelten Fünfjahrespläne erfolgten dann die

⁴⁷ Vgl. *Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* 2004, S. 69.

Mittelzuweisungen durch den globalen AIDS-Koordinator. Neben dieser länderbezogenen Finanzierung hat es als zweite Variante auch eine zentrale Finanzierung von Projekten durch das Büro des globalen AIDS-Koordinators gegeben. Dieser Mechanismus kam beispielsweise bei der Zusammenarbeit mit international agierenden Nichtregierungsorganisationen oder länderübergreifenden Projekten zum Tragen.

Die Implementierung und Verwaltung der einzelnen Programmbestandteile im Land haben USAID und CDC übernommen. Dabei zeichnet USAID vor allem für die Programmbestandteile auf lokaler Ebene verantwortlich. Darunter fallen die ABC-Komponenten im Präventionsbereich sowie der Programmbereich der Fürsorge. Die CDC haben dagegen ihren Schwerpunkt bei der Arbeit mit dem Gesundheitsministerium des Partnerlandes und den Gesundheitseinrichtungen, mit denen die Behandlungsprogramme umgesetzt werden.⁴⁸ Die an der Umsetzung beteiligten US-Regierungsorganisationen arbeiten in einer interorganisationellen Arbeitsgruppe zusammen, die vom Botschafter geleitet wird. Die Einführung dieser organisationsübergreifenden Zusammenarbeit im Rahmen des PEPFAR-Programms stellte eine Neuerung für die US-amerikanische Entwicklungszusammenarbeit dar und dient der verbesserten Koordination sowie der Nutzung komparativer Vorteile der jeweiligen Organisationen.

Zu Beginn eines jeden Umsetzungsjahres hat die interorganisatorische Arbeitsgruppe einen gemeinsamen Einsatzplan (*Country Operational Plan*) aufgestellt. Dieser beschreibt die Umsetzung in den einzelnen Programmbereichen und führt die darunter fallenden Einzelmaßnahmen mit den entsprechenden Budgetzuweisungen und Maßnahmebeschreibungen auf. Für die Implementation der einzelnen Projekte sind größtenteils Partnerorganisationen verpflichtet worden, wie z. B. Nichtregierungsorganisationen oder staatliche Einrichtungen der Partnerländer. Diese Organisationen können die Projekte vor Ort selbst durchführen, sie können die Durchführung aber auch in Teilen oder ganz an andere Organisationen vergeben. In Fällen, in denen lokale Organisationen nicht die administrativen und organisatorischen

⁴⁸ Vgl. *Sessions* o. J., S. 4.

Fähigkeiten für eine direkte Zusammenarbeit mit der US-Regierung aufweisen, wird auf diesem Wege eine Organisation für die finanzielle und organisatorische Abwicklung zwischengeschaltet.

Eine Neuerung im Planungsprozess in der zweiten Phase des PEPFAR-Programms stellte die Verhandlung von Rahmenvereinbarungen (*Partnership Frameworks*) mit den Regierungen der Fokusbänder dar. Dieser Ansatz spiegelt den stärkeren Fokus auf die Leitungsrolle der Partnerregierungen wieder. Durch die Rahmenvereinbarungen soll eine Übereinstimmung der Ziele der US-Regierung mit den Plänen und Aktivitäten der Partnerregierung erreicht werden.

2.3.2 *Die Rolle religiöser Organisation bei der Umsetzung*

Die erste PEPFAR-Strategie hat der Zusammenarbeit mit religiösen Organisationen bei der Implementation des PEPFAR-Programms eine besondere Bedeutung beigemessen. Schon das Gesetz zur Autorisierung des PEPFAR-Programms aus dem Jahr 2003 hob die Zusammenarbeit mit religiösen Organisationen hervor. Bereits in den einleitenden Feststellungen des Gesetzes wurde der wichtige weltweite Beitrag dieser Organisationen zur HIV-Prävention und AIDS-Behandlung betont. In den Durchführungsvorgaben wurde festgelegt, dass religiöse Organisationen aufgrund ihrer Ausstattung und Erfahrung mit HIV/AIDS-Programmen integraler Bestandteil der US-amerikanischen Anstrengungen in diesem Bereich sein sollten.⁴⁹ In Bezug auf die Einbindung dieser Organisationen in die Umsetzung des PEPFAR-Programms machte das Gesetz konkrete Vorgaben. So wurde verfügt, dass die Umsetzung von Maßnahmen, gegen die eine Organisation religiöse oder moralische Einwände hat, nicht zur Voraussetzung für die Vergabe von Mitteln an die jeweilige Organisation gemacht werden dürfe.⁵⁰ Das bedeutet, dass religiöse Organisationen beispielsweise davon befreit sind, im Rahmen von Präventionsmaßnahmen über Kondome aufzuklären oder diese verfügbar zu machen, sollten sie gegen die Verwendung von Kondomen Vorbehalte haben.

⁴⁹ S. 108th Congress 2003, Stat. 714.

⁵⁰ S. 108th Congress 2003, Stat. 733.

Die Strategie des globalen AIDS-Koordinators für die erste PEPFAR-Phase nimmt an mehreren Stellen Bezug auf die Zusammenarbeit mit religiösen Führern und religiösen Organisationen. So werden religiöse Organisationen vielfach als wichtige Partner genannt. Auf politische Ebene sollten religiöse Führer für die Verbreitung korrekter Informationen, die Bekämpfung der Stigmatisierung und die Förderung von Verhaltensänderungen gewonnen werden. Im Präventionsbereich wurden religiöse Organisationen sogar als Schlüsselfiguren für die Programme gesehen:

„Religiöse und auf lokalen Gemeinschaften basierende Gruppen [...] haben exzellente Präventionsprogramme in den Bereichen der Förderung von Abstinenz, der Verhaltensänderung, der Prävention von HIV-Übertragungen von Müttern auf Kinder und der technischen Unterstützung für verbesserte medizinische Verfahren etabliert. [...] Solche Organisationen stellen die optimale Grundlage dar, um auf Basis bewährter Methoden umfassende nationale Präventionsprogramme zu entwickeln.“⁵¹

Insbesondere im Programmbereich der Abstinenzförderung wurde die besondere Eignung religiöser Organisationen betont. So seien „FBO in einer idealen Position, um Jugendlichen die Vorteile der Abstinenz vor der Ehe zu vermitteln und sie bei der Entscheidung zu unterstützen, sexuelle Aktivität zurückzustellen.“⁵² Neben der Prävention wurde auch in den anderen Programmbereichen die Rolle religiöser Organisationen als Partner herausgestellt. Im Bereich der Behandlung müssten diese aufgrund des maßgeblichen Anteils, den religiöse Organisationen an der Bereitstellung medizinischer Dienste in einigen afrikanischen Ländern hätten, eine wichtige Rolle spielen.⁵³ Und im Programmbereich Fürsorge sollte ebenfalls auf den bereits existierenden Reaktionen religiöser und gemeinschaftlicher Organisationen aufgebaut werden.⁵⁴

Einen deutlichen Wandel in Bezug auf die Zusammenarbeit mit religiösen Organisationen stellte die Strategie für die zweite PEPFAR-Phase dar. Während die Strategie für die erste Phase einen deutlichen Schwerpunkt auf diese Zusammenarbeit

51 „Faith-based and community-based groups [...] have established excellent prevention programs in the areas of abstinence promotion, behavior change, prevention of HIV infection from mother to child, and technical assistance for improved medical practices. [...] Such organizations provide the optimal foundation to build on best practices toward the development of comprehensive national prevention programs.“ (*Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* 2004, S. 24).

52 „FBOs [are] in a strong position to help young people see the benefits of abstinence until marriage and support them in choosing to postpone sexual activity.“ (*Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* 2004, S. 29).

53 Vgl. *Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* 2004, S. 36.

54 Vgl. *Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* 2004, S. 44, 50.

legte, kommt dieser in der zweiten Fünfjahresstrategie nahezu gar nicht mehr vor. Es wird lediglich einmal darauf verwiesen, dass die Arbeit des PEPFAR-Programms auf das Wissen und die Zugänge religiöser und gemeinschaftlicher Organisationen aufbaue.⁵⁵ Ansonsten steht die Zusammenarbeit mit den Regierungen der Partnerländer im Vordergrund der zweiten Strategie.

⁵⁵ Vgl. *Office of the U.S. Global AIDS Coordinator 2009b*, S. 12.

3 Das Untersuchungsland Tansania

Um den Kontext für die Umsetzung des PEPFAR-Programms in Tansania herzustellen, werden im Folgenden die lokal herrschenden Voraussetzungen beschrieben. Dabei werden drei für das Programm entscheidende Punkte betrachtet. Zunächst wird ein Überblick für den Zivissektor gegeben. Dieser stellt für die Umsetzung der US-amerikanischen Entwicklungszusammenarbeit einen wichtigen Partner dar. In Anbetracht der besonderen Fokussierung auf religiöse Organisationen bei der Umsetzung des PEPFAR-Programms wird anschließend die Rolle der Kirchen im Wohlfahrtssystem beleuchtet. In einem dritten Schritt werden dann die HIV/AIDS-Epidemie in Tansania sowie die Gegenmaßnahmen der tansanischen Regierung dargestellt.

3.1 Der Zivissektor in Tansania

Die Strukturen und Organisationsformen des Zivissektors in Tansania haben sich seit der Kolonialzeit bis heute mehrfach gewandelt und stellen in ihrer aktuellen Form eine vergleichsweise neue Erscheinung dar. Dennoch existieren in Tansania auch zivilgesellschaftliche Organisationen, die bereits während der Kolonialzeit und der sozialistischen Periode bestanden und eine bedeutende Rolle im Wohlfahrtssystem des Landes spielten und noch immer spielen. Um einen Überblick über den Zivissektor und dessen Bedeutung für Entwicklung und Wohlfahrtssystem zu gewinnen, werden die wichtigsten Entwicklungslinien im Folgenden nachgezeichnet.

Ein Präzedenzfall für die Bereitstellung von Leistungen des Wohlfahrtssystems durch Organisationen der Zivilgesellschaft wurde von der ab 1922 im damaligen Tanganyika herrschenden britischen Kolonialregierung geschaffen. Die Kolonialregierung baute auf die bereits existierenden Projekte christlicher Missionsorganisationen auf und subventionierte deren Arbeit zur Bereitstellung von Bildungs- und Gesundheitsleistungen.⁵⁶ Damit wurde diesen Organisationen eine wichtige Funktion im

⁵⁶ Vgl. *Green et al.* 2010, S. 7–8.

Kolonialstaat zuteil. Neben den christlichen Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen spielten während der Kolonialzeit vor allem ethnische Organisationen und Gewerkschaften als zivilgesellschaftliche Akteure eine wichtige Rolle.⁵⁷

Nach der Unabhängigkeit von Großbritannien im Jahr 1961 erfolgte der Umbau des Staates zu einem sozialistischen System durch Nyerere und seine *Tanganyika African Nationalist Union*. Dieses hatte maßgebliche Einschränkungen für den Zivalsektor zur Folge, da viele zivilgesellschaftliche Organisationen geschlossen wurden. Aus Angst vor ihrer desintegrativen Wirkung wurden beispielsweise alle ethnisch basierten Gewerkschaften verboten, und auch religiöse Organisationen wurden vor einer Einmischung in die Politik gewarnt.⁵⁸ Die Beteiligung der Bürger sollte über staatliche Institutionen anstelle von unabhängigen Organisationen der Zivilgesellschaft erfolgen.⁵⁹ Um die Funktionen der abgeschafften zivilgesellschaftlichen Organisationen zu ersetzen, wurden zentralistische Massenorganisationen unter der Führung der Staatspartei gegründet, die ein Monopol auf die Organisation der Bevölkerung in ihrem jeweiligen Bereich innehatten. Da es diesen Organisationen jedoch an Ressourcen sowie an Unterstützung aus der Bevölkerung mangelte, konnten Sie nicht die geforderten Aufgaben und Dienste erbringen. Daher blieben die Beteiligung und die erbrachten Leistungen im Vergleich zu unabhängigen Organisationen gering.⁶⁰

Als Reaktion auf die mangelnden Leistungen der staatlichen Stellen und die Wirtschaftskrise in den 1980er Jahren mit einem starken Rückgang der Reallöhne organisierte sich die Bevölkerung zunehmend in Wohlfahrtsorganisationen auf Basis religiöser, regionaler, ethischer oder beruflicher Zusammengehörigkeit. Der Staat ignorierte sein früheres Verbot solcher Organisationen, da sich die nationale Integration seit Beginn der Unabhängigkeit verfestigt hatte und die eigenen Defizite bei der Bereitstellung sozialer Leistungen bewusst geworden waren.⁶¹ Anfang der 1990er Jahre erkannte der tansanische Staat zudem an, dass der Zivalsektor unter den vorherrschenden Bedingungen der Strukturanpassungsprogramme eine entscheidende Rolle bei der Bereitstellung von Leistungen zu spielen haben würde.⁶² Somit waren die

⁵⁷ Vgl. Lange et al. 2000, S. 4.

⁵⁸ Vgl. Lange et al. 2000, S. 5.

⁵⁹ Vgl. Green et al. 2010, S. 9.

⁶⁰ Vgl. Lange et al. 2000, S. 5.

⁶¹ Vgl. Lange et al. 2000, S. 5–6.

⁶² Vgl. Lange et al. 2000, S. 6.

Grundlagen für die Entstehung des heutigen, formalisierten Zivissektors in Tansania geschaffen. Die starke Förderung des zivilgesellschaftlichen Sektors durch westliche Geber ab Mitte der 1990er Jahre führte zu einem explosionsartigen Wachstum zivilgesellschaftlicher Organisationen.⁶³ So vervielfältigte sich die Zahl der registrierten Nichtregierungsorganisationen in Tansania von 224 im Jahr 1993 auf über 2400 im Jahr 2000, wobei die Gesamtzahl der zivilgesellschaftlichen Organisationen mit 8400 noch wesentlich höher lag.⁶⁴ 2009 betrug die Zahl der offiziell registrierten Nichtregierungsorganisationen schließlich 3.263.⁶⁵

Als Folge der externen Förderung des Sektors basiert nur ein geringer Teil der zivilgesellschaftlichen Organisationen auf der Unterstützung durch eine eigene Mitgliederbasis, während der Großteil vollständig von Gebermitteln abhängig ist. Zudem zeichneten sich viele der Organisationen durch „*top-down approaches*“⁶⁶ aus, mit mangelnder Partizipation der Bevölkerung sowie einer „nicht ausgefüllten Lücke zwischen Mission und Aktivitäten“⁶⁷. Der heute existierende, formalisierte Zivissektor Tansanias ist also zu weiten Teilen ein künstlich geschaffener Bereich, der nicht aus lokalen Bedürfnissen der Bevölkerung hervorgegangen ist. Allerdings gibt es neben diesem durch externe Geber künstlich neu geschaffenen Teil des Zivissektors auch einen indigenen Bereich. Zu diesem zählen eine Vielzahl von Einrichtungen und Organisationen der Kirchen und Gemeinden. Letztere sollen im Folgenden näher betrachtet werden.

3.2 Die Rolle der Kirchen in Zivilgesellschaft und Wohlfahrtssystem

Nahezu die gesamte Bevölkerung Tansanias bezeichnet sich als religiös. Dabei stellen das Christentum und der Islam die maßgeblichen religiösen Traditionen dar. Traditionelle Glaubensformen spielen weiterhin eine bedeutende Rolle in Tansania. Ihre Ausübung hat sich jedoch mit den Praktiken der jeweiligen Hauptreligion vermischt, sodass der traditionelle Glaube kaum noch als eigenständige Religion in Erscheinung

⁶³ Vgl. *Green et al.* 2010, S. 13.

⁶⁴ Vgl. *Lange et al.* 2000, S. 6; vgl. *Leurs et al.* 2011, S. 20–21.

⁶⁵ Vgl. *Leurs et al.* 2011, S. 26.

⁶⁶ *Lange et al.* 2000, S. 18.

⁶⁷ „unpopulated void between mission and activity“ (*Green et al.* 2010, S. 16).

tritt.⁶⁸ Die größte christliche Glaubensrichtung ist der Katholizismus, gefolgt von protestantischen Kirchen wie den Lutheranern, der anglikanischen Kirche, verschiedenen Freikirchen und neuerdings auch der Pfingstbewegung.⁶⁹

Bereits während der Kolonialzeit war die christliche Kirche ein bedeutender Akteur des Wohlfahrtssystems in Tansania. Die britische Kolonialregierung setzte zur Bereitstellung von Bildungs- und Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung auf die Beauftragung christlicher Missionsorganisationen.⁷⁰ Denn im Gegensatz zum Kolonialstaat hatte die Kirche durch das ausgedehnte Netzwerk von Missionen, Diözesen und Gemeinden die Fähigkeit, weitreichende Sozialleistungen anzubieten. Die kirchlichen Einrichtungen stellten den Großteil der medizinischen Dienstleistungen im Land bereit. So wurden Ende 1961 insgesamt 287 Krankenhäuser, Apotheken und Kliniken in Tansania von christlichen Missionen betrieben, wohingegen nur 73 staatliche Einrichtungen existierten.⁷¹

Die Unabhängigkeit Tansanias und der folgende Wandel zu einem sozialistischen System stellten eine Herausforderung für die Rolle der Kirche in Tansania dar. Die Verbindungen zwischen den Kirchen und der Regierung wurden durch den Rückzug der Kolonialregierung hinfällig und mussten neu definiert werden.⁷² Und auch die Bedeutung der Kirchen für das Wohlfahrtssystem wurde durch die Verstaatlichung von Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen infrage gestellt.⁷³ Als Reaktion auf die veränderte Situation ersetzte die Kirche ihr bisheriges Wohlfahrtsmodell durch einen breiteren, entwicklungsorientierten Ansatz, der in Übereinstimmung mit den Zielen der neuen Regierung zum sozialen Wandel und zur Entwicklung stand.⁷⁴ Durch die explizite Ausrichtung der Kirchen an den Regierungszielen und die Unterstützung für die *Ujamaa*-Politik⁷⁵ wurde die Verbindung zwischen den Kirchen und dem tansanischen

68 Vgl. *Leurs et al.* 2011, S. 5–6.

69 Vgl. *Leurs et al.* 2011, S. 2.

70 Vgl. *Green et al.* 2010, S. 7–8.

71 Vgl. *Jennings* 2008, S. 98.

72 Vgl. *Jennings* 2008, S. 105.

73 Vgl. *Leurs et al.* 2011, S. 18.

74 Vgl. *Jennings* 2008, S. 98–99.

75 *Ujamaa* sah als sozialistischer Entwicklungsansatz die Förderung der exportorientierten Landwirtschaft vor, wobei traditionelle Organisationsformen der kollektiven Selbsthilfe genutzt werden sollten. Als von oben verordneter Prozess mit der zwangsweisen Umsiedlung der Bevölkerung in Zentraldörfer blieb die Unterstützung der Bevölkerung jedoch gering und der ökonomische Erfolg letztlich aus. Vgl. *Merten* 2002, S. 139–147.

Staat zunehmend vertieft. Während die Kirche im Kolonialstaat nach Einschätzung von *Jennings* noch Funktionen der Zivilgesellschaft wahrnahm, hatte sie sich nun zu einer Institution mit starker Bindung an den Staat gewandelt.⁷⁶

In den 1960er und 70er Jahren waren die Kirchen die größten nicht staatlichen Organisationen, die in der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung arbeiteten. Sie betrieben eine Vielzahl von kleinen Projekten, steuerten Mittel internationaler Organisationen für die lokale Entwicklung und waren an Planungskomitees der Regierung beteiligt.⁷⁷ Nachdem sich der Anteil der Kirchen am Bildungs- und Gesundheitswesen durch die Verstaatlichungen der *Ujamaa*-Periode zunächst verringert hatte, forderte die Regierung unter dem Eindruck der Wirtschaftskrise die Kirchen 1986 auf, wieder eine größere Rolle bei der Bereitstellung von Bildungs- und Gesundheitsleistungen zu spielen.⁷⁸ Seitdem spielen auch muslimische Organisationen eine stärkere Rolle, indem sie Gesundheitseinrichtungen betreiben und weitere Entwicklungsaktivitäten unternehmen.⁷⁹ Nach der Unabhängigkeit hatten sich die muslimischen Organisationen dagegen zunächst auf die Beseitigung der Benachteiligung von Muslimen im von christlichen Organisationen dominierten Bildungsbereich konzentriert.⁸⁰

Zu Beginn der neunziger Jahre waren die vorherrschenden zivilgesellschaftlichen Akteure in fast allen Distrikten Tansanias christliche Missionsorganisationen, so das Ergebnis einer Studie von *Kiondo* zum Beitrag religiöser Organisation zur Entwicklung Tansanias aus dem Jahr 1993.⁸¹ Muslimische Organisationen nahmen aber in Distrikten mit starker muslimischer Bevölkerung zu. Diese versuchten oftmals, durch die Bereitstellung von Wohlfahrtseinrichtungen neue Gläubige zu gewinnen. Als weitere zivilgesellschaftliche Akteure existierten in allen Distrikten örtliche Kooperativen (die oftmals mit religiösen Gemeinden in Verbindung stünden), während lokale Nichtregierungsorganisationen fast nur im Hauptstadtdistrikt zu finden seien.⁸²

⁷⁶ Vgl. *Jennings* 2008, S. 111.

⁷⁷ Vgl. *Jennings* 2008, S. 99–101.

⁷⁸ Vgl. *Lange et al.* 2000, S. 6.

⁷⁹ Vgl. *Lange et al.* 2000, S. 10.

⁸⁰ Vgl. *Leurs et al.* 2011, S. 2.

⁸¹ Vgl. *Kiondo* 1995, zitiert nach der Zusammenfassung der Studie in *Leurs et al.* 2011.

⁸² Vgl. *Leurs et al.* 2011, S. 24-25, 83-90.

Die Zahlen eines offiziellen NGO-Verzeichnisses von Tansania aus dem Jahr 1995, die in einer Studie von *Lange* dargestellt werden, zeichnen ein ähnliches Bild. Sie weisen religiöse Organisationen als zweithäufigsten Organisationstyp nach den Treuhandgesellschaften aus.⁸³ Diese beiden Organisationstypen seien zentrale Akteure im Bildungssystem, wobei der Beitrag der christlichen Organisationen weiterhin deutlich höher sei als der muslimischer. Im Gegensatz zu den von ausländischen Gebern abhängigen Nichtregierungsorganisationen seien die religiösen Organisationen in der Lage, sich neben ausländischer Unterstützung auch durch Beiträge ihrer Mitglieder zu finanzieren.⁸⁴

Die katholische Kirche in Tansania wird durch die 1957 gegründete *Catholic Tanzanian Episcopal Conference* (TEC) vertreten. Die protestantischen Kirchen sind im seit 1934 als Dachorganisation bestehenden *Protestant Christian Council of Tanzania* (CCT) organisiert. Die offizielle, staatlich unterstützte Dachorganisation der Muslime in Tansania ist der *National Muslim Council of Tanzania* (BAKWATA). Sie wurde als Ersatz für die 1968 von der Regierung verbotene *East African Muslim Welfare Society* gegründet. BAKWATA wird unter anderem wegen ihrer engen Verbindungen zum Staat nicht von allen Muslimen in Tansania als legitime Vertretung akzeptiert.⁸⁵ Daher gibt es mit dem *Supreme Council of Islamic Organizations* (Baraza Kuu) noch eine konkurrierende Dachorganisation.⁸⁶

Die Bedeutung der religiösen Organisationen für das Wohlfahrtswesen besteht bis heute unverändert fort. Dabei sind die christlichen Gemeinden und die Moscheen die wichtigsten Akteure in Bezug auf Entwicklungsaktivitäten, wobei der Fokus vor allem in den Bereichen Bildung und Gesundheit liegt, aber auch bei der Wasserversorgung und der Versorgung von Waisenkindern und AIDS-Kranken. Nach Zahlen der *Christian Social Services Commission* (CSSC) betreiben christliche Kirchen zusammen 89 Krankenhäuser, 75 Gesundheitszentren und 680 Apotheken.⁸⁷ Der größte Anbieter von Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen sei die katholische Kirche, gefolgt von Lutheranern und Anglikanern. Die zahlenmäßig ebenfalls häufig vertretenen

⁸³ Vgl. *Lange et al.* 2000, S. 7.

⁸⁴ Vgl. *Lange et al.* 2000, S. 9–11.

⁸⁵ Vgl. *Green et al.* 2010, S. 13.

⁸⁶ Vgl. *Leurs et al.* 2011, S. 16.

⁸⁷ Vgl. *Leurs et al.* 2011, S. 28.

Pfingstkirchen seien dagegen stärker auf die Evangelisierung ausgerichtet.⁸⁸ Als neuerer Trend ist unter anderem ein stärkeres Engagement der religiösen Organisationen für politische Gerechtigkeit und Demokratie zu beobachten.⁸⁹ Der Beginn dieses Trends lässt sich bereits in der Unterstützung der Kirche für die aufkommende Demokratiebewegung der 1980er Jahre verorten.⁹⁰ Außerdem sei aufgrund der internationalen Finanzierung eine Verschiebung des Fokus vieler religiöser Organisationen von der direkten Erbringung sozialer Dienste hin zu Interessenvertretung sowie neuerdings vor allem zu HIV/AIDS-Projekten zu beobachten.⁹¹

Die christlichen Dachorganisationen haben jeweils eigene Organe für die Entwicklungsarbeit gebildet. Auf katholischer Seite wurde 1971 von der TEC mit *Caritas Tanzania* eine Organisation geschaffen, die für die nationale Koordinierung und die Abwicklung der Finanzierung der Entwicklungsprojekte der katholischen Kirche verantwortlich ist.⁹² Von 1963 bis 2000 verfügte der CCT ebenfalls über zwei Einrichtungen zur Koordinierung der Entwicklungsstrategie und zur Betreuung von Entwicklungsprojekten. Die direkte Umsetzung von Projekten durch den CCT wurde im Jahr 2000 eingestellt, aber die Mitglieder des CCT werden in insgesamt sieben Programmbereichen durch nationale Programmdirektoren in ihrer Arbeit beraten und unterstützt.⁹³ Auf staatliche Veranlassung hin bildeten TEC und CCT 1992 gemeinsam die *Christian Social Services Commission*, welche die Bereitstellung von Bildungs- und Gesundheitsleistungen koordinieren und deren staatliche Finanzierung verhandeln soll. Die muslimische Dachorganisation BAKWATA verfügt über keine speziellen Entwicklungsorgane. Sie stellt aber ebenfalls Bildungs- und Gesundheitsleistungen bereit und beteiligt sich an verschiedenen Entwicklungsprogrammen, allerdings in deutlich kleinerem Ausmaß als die Organisationen der christlichen Kirchen.⁹⁴

⁸⁸ Vgl. Leurs et al. 2011, S. 27–28.

⁸⁹ Vgl. Leurs et al. 2011, S. 23.

⁹⁰ Vgl. Jennings 2008, S. 111–112.

⁹¹ Vgl. Leurs et al. 2011, S. 35; vgl. Green et al. 2010, S. 33.

⁹² Vgl. Leurs et al. 2011, S. 64.

⁹³ Vgl. Jennings 2008, S. 102–104.

⁹⁴ Vgl. Leurs et al. 2011, S. 28.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass religiöse Organisationen die wichtigsten zivilgesellschaftlichen Akteure des tansanischen Wohlfahrtssystems darstellen. Anders als viele auf einer externen Förderung basierende Nichtregierungsorganisationen sind sie zudem flächendeckend im Land vertreten und lange verwurzelt.

3.3 HIV/AIDS in Tansania

Die HIV/AIDS-Epidemie in Tansania entwickelt sich seit den 1980er Jahren. Nachdem 1983 der erste AIDS-Fall diagnostiziert wurde, stieg die HIV-Prävalenz⁹⁵ bei Erwachsenen (Fünfzehn- bis Neunundvierzigjährige) bis zum Ende des Jahrzehnts bereits auf 5 % an. Ihr Maximum erreichte die HIV-Prävalenz mit 8,4 % im Jahr 1996, um danach wieder leicht zu fallen. Die fallende HIV-Prävalenz lag allerdings nicht in absolut fallenden Zahlen an HIV-Fällen begründet, sondern wurde durch die insgesamt wachsende Bevölkerung verursacht.⁹⁶

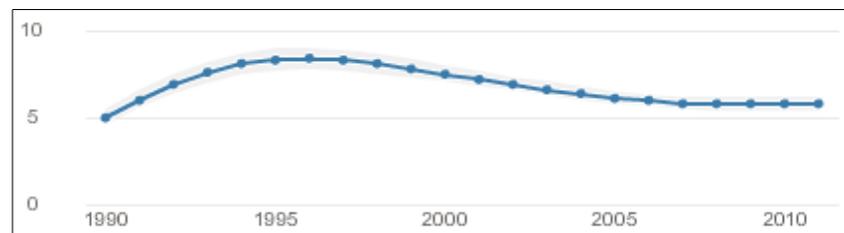


Abbildung 2: HIV-Prävalenz bei Fünfzehn- bis Neunundvierzigjährigen in Tansania.
Quelle: UNAIDS o. J.

Vor Beginn der großen internationalen Interventionen im Kampf gegen HIV/AIDS – neben PEPFAR fallen darunter auch der *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* sowie das *World Bank Multi-Country AIDS Program for Africa* – betrug die HIV-Prävalenz bei Erwachsenen 7,2 %. Die HIV-Inzidenz⁹⁷ als Maßzahl für die HIV-Neuinfektionen lag bei 0,64. In absoluten Zahlen ausgedrückt gab es in Tansania im

⁹⁵ Die Prävalenz beschreibt das Verhältnis der Infizierten zur entsprechenden Gesamtbevölkerung.

⁹⁶ Vgl. UNAIDS o. J.

⁹⁷ Die Inzidenz beschreibt das Verhältnis der in einem Jahr neu erkrankten Personen zu der entsprechenden zu Beginn des Jahres noch nicht erkrankten Gesamtbevölkerung.

Jahr 2001 1,4 Millionen Personen mit HIV, davon 150.000 Kinder unter 15 Jahren. Die AIDS-Epidemie zeichnete im Jahr 2001 für 110.000 Todesfälle verantwortlich, sowie für insgesamt 840.000 Waisen zwischen null und siebzehn Jahren.⁹⁸

Gegenüber der Situation im Jahr 2001 fielen im Jahr 2009 sowohl die HIV-Prävalenz mit 5,6 % wie auch die Anzahl der AIDS-Toten mit 86.000 geringer aus. Die Zahl der Personen mit HIV blieb mit 1,4 Millionen allerdings konstant, während die Anzahl an AIDS-Waisen bis 2009 deutlich auf 1,3 Millionen angestiegen ist. Damit bleibt HIV/AIDS trotz der massiven internationalen Unterstützung weiterhin ein großes Problem in Tansania, das noch über Jahre bestehen wird.

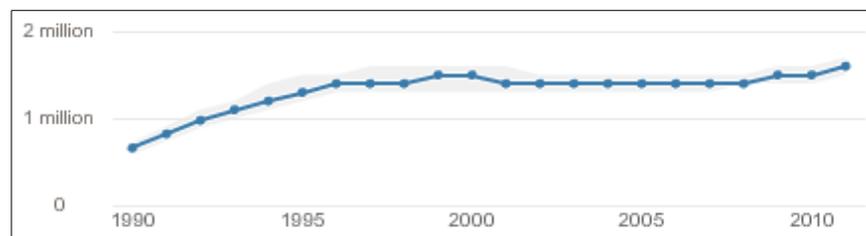


Abbildung 3: Anzahl der Personen mit HIV/AIDS in Tansania
Quelle: UNAIDS o. J.

Die Auswirkungen der HIV/AIDS-Epidemie auf die Entwicklung Tansanias sind nicht eindeutig zu bestimmen. Tansania gehört zu den Ländern mit einem geringen Entwicklungsstand im *Human Development Index* (HDI). Im Zeitraum von 1990 bis 2010 stieg der Wert HDI-Wert Tansanias von 0,351 auf 0,461, wobei der Großteil des Anstiegs auf den Zeitraum ab dem Jahr 2000 entfiel. Die Lebenserwartung bei Geburt ging von 1990 bis 2000 zunächst sogar von 50,6 Jahren auf 50,4 Jahre leicht zurück. Bis zum Jahr 2005 konnte dann eine Steigerung um drei Jahre erzielt werden, die bis 2010 um weitere vier Jahre auf eine Lebenserwartung von 57,4 Jahren ausgebaut wurde.⁹⁹

Der negativen Auswirkungen, die die AIDS-Epidemie zunächst auf die Lebenserwartung hatte, sind relativ eindeutig. Trotzdem schneide Tansania hier deutlich besser ab als andere afrikanische Länder.¹⁰⁰ Schwieriger sind dagegen die wirtschaftlichen Effekte der Epidemie zu bestimmen. So hätten empirische Studien zunächst wenig Anzeichen für Auswirkungen auf der makroökonomischen Ebene

⁹⁸ Vgl. UNAIDS 2010, S. 181–186.

⁹⁹ Vgl. *United Nations Development Programme* 2011a, S. 133; vgl. *United Nations Development Programme* 2011b, S. 2.

¹⁰⁰ Vgl. Isaksen et al. 2002, S. 7.

ergeben. Spätere Studien verschiedener afrikanischer Länder zeigten jedoch eine deutliche Reduktion des Wirtschaftswachstums pro Kopf durch die AIDS-Epidemie.¹⁰¹ Im Fall Tansanias schwäche die Epidemie beispielsweise die Arbeitskräftebasis im wichtigen Agrarsektor, der für über 50 % des Bruttoinlandsprodukts verantwortlich sei.¹⁰²

Eindeutiger zu bestimmen sind die sozioökonomischen Effekte auf der Ebene des einzelnen Haushalts. Mwakalobo beschreibt die Auswirkungen einer AIDS-Erkrankung auf Haushalte in den ländlichen Regionen Tansanias wie folgt: Die Arbeitsleistung der erkrankten Person gehe schrittweise zurück, während andere Mitglieder des Haushalts einen zunehmenden Anteil ihrer Arbeitsleistung für die Versorgung des Kranken aufwenden müssten. Darunter leide die Produktivität bei der Nahrungsmittelerzeugung und Einkommensgenerierung. So gerate der Haushalt in einen Teufelskreis aus zunehmender Abhängigkeit, schlechter Ernährung und abnehmender Gesundheit.¹⁰³ Als Bewältigungsstrategien werde der Konsum reduziert – woraus eine Verschlechterung der Ernährungssituation resultiere – und der Verlust an Arbeitskraft durch Einbeziehung der Kinder ausgeglichen, was regelmäßig zum Schulabbruch führe.¹⁰⁴

In den von AIDS betroffenen Haushalten sind Kinder besonders gefährdet. Ihre Bildungschancen verschlechtern sich durch die zunehmende Arbeitsbelastung und häufig auch durch den Schulabbruch. Zudem leiden sie häufiger an Unterernährung als Kinder in anderen Haushalten. In besonderem Maße wirkten sich diese Nachteile für Waisenkinder aus. Die traditionellen Unterstützungssysteme, bei denen Waisenkinder in der erweiterten Familie versorgt werden, stünden aufgrund der großen Belastung durch die AIDS-Epidemie vor dem Zusammenbruch.¹⁰⁵

Die Reaktion der Regierung Tansanias auf die AIDS-Epidemie erfolgte zum Ende der 1980er Jahre. 1988 wurde das nationale HIV/AIDS-Kontrollprogramm (*National HIV/AIDS Control Program*, kurz NACP) unter Aufsicht des Gesundheitsministeriums gegründet, um die Verbreitung von HIV/AIDS zu bekämpfen.¹⁰⁶ Der Präsident Tansanias erklärte 1999 in seiner nationalen Politik zu HIV/AIDS die AIDS-Epidemie

¹⁰¹ Vgl. *Isaksen et al.* 2002, S. 76.

¹⁰² Vgl. *Mwakalobo* 2007, S. 52.

¹⁰³ Vgl. *Mwakalobo* 2007, S. 53.

¹⁰⁴ Vgl. *Isaksen et al.* 2002, S. 12.

¹⁰⁵ Vgl. *Mwakalobo* 2007, S. 53; vgl. *Isaksen et al.* 2002, S. 15–17.

¹⁰⁶ Vgl. *Mwakalobo* 2007, S. 63.

zur nationalen Katastrophe und machte ihre Bekämpfung zu einer der wichtigsten Prioritäten der Entwicklungsagenda. Um diese Bekämpfung in allen Sektoren zu befördern, kündigte der Präsident die Gründung der *Tanzania Commission for AIDS* (TACAIDS) an. Diese autonome und ressortübergreifende Behörde sollte alle Interventionen bezüglich der AIDS-Epidemie koordinieren und den effizienten Einsatz aller Beteiligten sicherstellen.¹⁰⁷ Die bedeutende Rolle der HIV/AIDS-Bekämpfung in der tansanischen Entwicklungsagenda wird durch die Beachtung in allen wichtigen Entwicklungsstrategien der Regierung, wie beispielsweise dem Strategiepapier zur Armutsreduzierung (*Poverty Reduction Strategy Paper*, kurz PRSP), widergespiegelt.¹⁰⁸ Das maßgebliche Regelwerk für die Ausgestaltung der nationalen Reaktion auf die HIV/AIDS-Epidemie ist der nationale multisektorale Strategierahmen zu HIV und AIDS (*National Multisectoral Strategic Framework on HIV and AIDS*). Dieses Regelwerk erschien zunächst im Jahr 2003 und wurde im Jahr 2007 aktualisiert. Es dient als Leitfaden für die Interventionen und Aktivitäten aller Akteure im Land. In diesem Strategierahmen wurden die Ziele und Ansätze unter vier thematischen Bereichen Prävention, Fürsorge und Behandlung, Verringerung der sozioökonomischen Folgen sowie Querschnittsthemen operationalisiert. Die tansanischen Ansätze zur Prävention von HIV-Infektionen werden im Folgenden näher beschrieben.

Die nationale HIV/AIDS-Politik nannte die Prävention von HIV-Infektionen als erstes Ziel und führte drei Wege auf, dieses Ziel zu erreichen. Neben der Verbesserung der Sicherheit von Bluttransfusionen und der frühen und effektiven Behandlung von Geschlechtskrankheiten wurde vor allem die Förderung sicherer Sexualpraktiken hervorgehoben. Da der Großteil der Infektionen sexuell übertragen werde, komme der Prävention sexueller Übertragungen eine Schlüsselrolle zu. Dafür sollte öffentliches Bewusstsein geschaffen und Präventionsansätze wie Treue, Abstinenz, die Anwendung von Kondomen und die Teilnahme an freiwilligen Tests ausgearbeitet werden. Im multisektoralen Strategierahmen werden die Präventionsziele in neun Interventionsbereichen operationalisiert. Ein Feld von besonderer Bedeutung ist dabei die HIV-Prävention bei Jugendlichen. Mit dieser wird die Hoffnung verbunden, dass die

¹⁰⁷ Vgl. *Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS)* 2012.

¹⁰⁸ Vgl. *Mwakalobo* 2007, S. 63.

bisher nicht infizierte, junge Generation sich durch umfassendes Wissen und entsprechende Verhaltensmaßnahmen – wie Abstinenz, Treue und Kondomnutzung – schützen kann und somit von HIV-Infektionen verschont bleibt.

4 Grundlagen der empirischen Untersuchung

Der empirische Teil der Arbeit untersucht für den Zeitraum von 2007 bis 2011 die Dimension und Gestaltung der Projektimplementation durch religiöse Organisationen in Tansania. Um die entsprechenden Organisationen für die Untersuchung nachvollziehbar identifizieren zu können, ist eine Arbeitsdefinition für religiöse Organisationen erforderlich. Eine solche Definition wird in Kapitel 4.1 entwickelt. Der erste Schritt der Analyse besteht aus einer quantitativen Untersuchung des PEPFAR-Programms in Tansania mit besonderem Fokus auf die Programmimplementation durch religiöse Organisationen. Die so ermittelte Dimension des Einsatzes religiöser Organisationen dient der Einordnung der Relevanz dieses Einsatzes für das PEPFAR-Programm. Die Ergebnisse werden mit den Methoden der deskriptiven Statistik in Kapitel 5 dargestellt. Die Datenbasis für diese Untersuchung stellen die PEPFAR-Landeseinsatzpläne (*Country Operational Plans*) für Tansania der Jahre 2007 bis 2011 dar. Diese Pläne enthalten detaillierte Informationen zu den geplanten Budgets und Mittelvergaben an die Durchführungsorganisationen. Neben dem Gesamtbudget wird auch dessen Verteilung auf insgesamt 19 mögliche Programmkomponenten aufgeschlüsselt. Zu jeder einzelnen Programmkomponente werden die geplanten Einzelmaßnahmen und zugehörigen Durchführungspartner inklusive der zugewiesenen Projektmittel genannt. Da für einige Maßnahmen in den Einsatzplänen noch kein Durchführungspartner ausgewiesen ist und in diesen Fällen die Angabe der zugewiesenen Mittel fehlt, deckt sich die Summe der Mittel für Einzelmaßnahmen nicht immer mit dem geplanten Gesamtbudget einer Komponente. Um in der Auswertung den jeweiligen Bezug herstellen zu können, wird der Begriff Budget immer für die gesamte Plansumme einer Programmkomponente verwendet, während der Begriff der verwendeten Mittel sich auf die Zuweisungen an Durchführungspartner bezieht. Eine Übersicht über die 19 Komponenten des PEPFAR-Programms, deren Gliederung zu Kategorien sowie die Einordnung in die drei übergreifenden Programmbereiche Behandlung, Prävention und Fürsorge findet sich im Anhang dieser Arbeit (Tabelle 3).

Die Auswertung der Landeseinsatzpläne auf der Ebene der einzelnen Durchführungsorganisationen bezieht sich auf die direkten Vertragspartner des PEPFAR-Programms, die als *Prime Partner* bezeichnet werden. Diese direkten

Vertragspartner können Mittel zur Durchführung einiger oder aller Projektbestandteile an andere Organisationen weitergeben, die dann als *Sub-Partner* aufgeführt werden. In welchem Umfang das im Untersuchungszeitraum geschehen ist, kann anhand der Landeseinsatzpläne nicht quantifiziert werden. Zwar listen die Pläne die bei einer Maßnahme zum Einsatz kommenden *Sub-Partner* auf, jedoch ohne den Betrag der an die jeweiligen *Sub-Partner* weitergegebenen Mittel zu nennen.

Im zweiten Schritt der empirischen Analyse werden die qualitativen Merkmale der Projektimplementation durch die zuvor identifizierten religiösen Organisationen im Programmbereich der sexuellen Prävention untersucht. Die Untersuchung richtet sich auf die Merkmale, die komparative Vor- oder Nachteile gegenüber einer Projektimplementation durch säkulare Organisationen begründen können. Um ein Analyseraster für diese Merkmale zu erhalten, wurden die Argumente der PEPFAR-Strategie für den Einsatz religiöser Organisationen sowie Ergebnisse entsprechender Forschungsvorhaben ausgewertet. Kapitel 4.2 stellt die Ergebnisse dieser Auswertung und das daraus entwickelte Analyseraster vor.

Quellenmaterial für die Untersuchung der Merkmale der Projektimplementation stellen ebenfalls die Landeseinsatzpläne dar. Diese enthalten jährlich fortgeführte Projektbeschreibungen der Durchführungspartner, die einen Überblick über die Projektumsetzung geben. Neben der Auswertung der Projektbeschreibungen werden ergänzend auch die Ergebnisse verfügbarer Evaluationen sowie weiteres Sekundärmaterial hinzugezogen. Ziel ist es, insgesamt eine möglichst verlässliche Bewertung der jeweiligen Merkmale der Projektimplementation zu ermöglichen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden in Kapitel 6 vorgestellt.

4.1 Eine Definition religiöser Organisationen

Das Vorhaben, eine Arbeitsdefinition für religiöse Organisationen im Kontext des PEPFAR-Programms zu entwickeln, stellt sich als keineswegs trivial heraus. Denn im Rahmen der *faith-based initiative* des amerikanischen Präsidenten Bush wurde religiösen Organisationen (*faith-based organizations*) zwar eine wichtige Rolle zugeschrieben – was genau unter diesen *faith-based organizations* zu verstehen sei und nach welchen Kriterien diese bestimmt werden, war jedoch keineswegs eindeutig. So

kritisierten *Jeavons* wie auch *Sider* und *Unruh*, dass es dem Begriff *faith-based* an einer klaren Definition mangle. Durch seine Mehrdeutigkeit und die unterschiedlichen Verständnisse erscheine der Begriff daher als wenig geeignet für eine differenzierte Debatte oder wissenschaftliche Forschung.¹⁰⁹ Auch die dem PEPFAR-Programm zugrunde liegenden Gesetze sowie die entsprechenden Umsetzungsstrategien des globalen AIDS-Koordinators verwenden den Begriff der *faith-based organization* zwar regelmäßig, definieren diesen aber nicht. Die früheste im Rahmen der Recherche zu dieser Arbeit gefundene Definition im Kontext des PEPFAR-Programms stammt aus dem Bericht zu einer Konsultation über die Rolle religiöser Organisationen aus dem Jahr 2012. Demnach sei eine FBO:

„an organization that is influenced by stated religious or spiritual beliefs in its mission, history, and/or work.“¹¹⁰

Der praktische Nutzen der Definition für diese Arbeit bleibt allerdings gering. Das Kriterium der Beeinflussung durch einen erklärten religiösen oder spirituellen Glauben in der Mission, Geschichte oder Arbeit einer Organisation ist analytisch vergleichsweise unscharf. Zudem ist es arbeitsökonomisch schlecht anzuwenden, da es sich auf ein wenig abgegrenztes Untersuchungsfeld bezieht. Aufgrund dieser Einschränkungen wird im Folgenden eine eigene Definition für religiöse Organisationen – als Entsprechung zum englischsprachigen Begriff der *faith-based organizations* – im Kontext dieser Arbeit entwickelt. Dabei wird ein systematisches und tendenziell ausführliches Vorgehen gewählt, um dem Problem der Beliebigkeit und der Auslegbarkeit des Begriffs der *faith-based organization* zu entgehen.

Um das Feld der zu untersuchenden Organisationen einzugrenzen, bietet sich der Begriff der Dritte-Sektor-Organisationen an. Eine Organisation des dritten Sektors zeichnet sich nach einer Definition von *Salamon* und *Anheimer* durch die folgenden fünf Faktoren aus:

1. Sie ist formal organisiert, das heißt, sie ist in einem gewissen Maße institutionalisiert.

¹⁰⁹ Vgl. *Jeavons* 2004, S. 140; vgl. *Sider* und *Unruh* 2004, S. 110.

¹¹⁰ „Eine Organisation, die von erklärten religiösen oder spirituellen Überzeugungen in ihrer Mission, Geschichte und/oder Arbeit beeinflusst wird.“ (*U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief* 2012, S. 13).

2. Sie ist eine private Organisation, also nicht vom Staat abhängig oder von diesem gesteuert.
3. Sie schüttet erzielte Gewinne nicht an ihre Eigentümer oder Geschäftsführung aus, sondern verwendet diese zur Erreichung ihrer Mission.
4. Sie ist selbstbestimmt, das heißt, sie kann über ihre Aktivitäten eigenverantwortlich entscheiden.
5. Sie ist im weiteren Sinne freiwillig, es müssen also in irgendeiner Form freiwillige Beiträge zur Organisation geleistet werden.

Um als Teil des Dritten Sektors zu gelten, muss eine Organisation alle fünf Kriterien erfüllen, auch wenn diese unterschiedlich stark ausgeprägt sein können.¹¹¹ Die Definition von *Salamon* und *Anheimer* für Organisationen des Dritten Sektors erweist sich zur Eingrenzung des Forschungsfeldes als zweckmäßig, da sie eine eindeutige Abgrenzung zu privatwirtschaftlichen Durchführungsorganisationen auf der einen Seite und staatlichen Einrichtungen auf der anderen erlaubt. Dennoch ist die Definition – anders als viele NGO-Definitionen¹¹² – breit genug gefasst, um nicht nur einen Teilbereich der verbleibenden, sehr diversen Organisationen zu umfassen.

Zur Definition der Religiosität einer Organisation wird ein Ansatz aus einer Arbeit von *Berger* übernommen. Die Autorin greift als Kriterium zur Identifikation religiöser Nichtregierungsorganisationen auf deren Selbstdarstellung (*identity*) und Leitbild (*mission*) zurück. Religiöse Nichtregierungsorganisationen seien demnach:

¹¹¹ Vgl. *Salamon* und *Anheier* 1992, S. 135–136.

¹¹² Einen Überblick bietet *Lewis* und *Kanji* 2009.

„formale Organisationen, deren Selbstdarstellung und Leitbild bewusst aus den Lehren einer oder mehrerer religiöser oder spiritueller Traditionen abgeleitet sind und die auf einer nicht kommerziellen, unabhängigen und freiwilligen Basis arbeiten, um kollektiv geäußerte Vorstellungen über das Allgemeinwohl auf nationaler oder internationaler Ebene zu bewerben und umzusetzen.“¹¹³

Ein Religionsbezug in der Selbstdarstellung und dem Leitbild einer Organisation stellt ein für diese Arbeit zweckmäßiges und anwendbares Kriterium zur Identifikation religiöser Organisationen dar. Berger verweist zwar auf das Problem, dass einige Organisationen ihre religiöse Identität aufgrund der Befürchtung negativer Konsequenzen bewusst nicht preisgeben.¹¹⁴ Dieses Problem wird von komplexeren Definitionsansätzen umgangen,¹¹⁵ die aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden. Zudem wird dem genannten Problem in Bezug auf das gezielt mit religiösen Organisationen zusammenarbeitende PEPFAR-Programm eine geringe Relevanz beigemessen. Somit können religiöse Organisationen im Kontext dieser Arbeit wie folgt definiert werden:

Religiöse Organisationen sind Organisationen des dritten Sektors, deren Selbstdarstellung und Leitbild einen bewussten Bezug zu den Lehren einer oder mehrerer religiöser oder spiritueller Traditionen herstellen.

Anhand dieser Arbeitsdefinition lässt sich eine auf nachvollziehbaren Kriterien basierte Auswahl der religiösen Umsetzungspartner des PEPFAR-Programms vornehmen. Es sei darauf verwiesen, dass die auf dieser Definition basierende Einordnung zum Teil von der in den PEPFAR-Einsatzplänen enthaltenen Klassifizierung der Organisationen als FBO oder NGO abweicht. Da diese Klassifizierung aber nicht auf einsehbaren oder offensichtlich nachvollziehbaren Kriterien basiert, kann der Grund dieser abweichenden Einschätzung nicht näher ermittelt werden.

113 „formal organizations whose identity and mission are self-consciously derived from the teachings of one or more religious or spiritual traditions and which operates [sic!] on a nonprofit, independent, voluntary basis to promote and realize collectively articulated ideas about the public good at the national or international level.“ (Berger 2003, S. 16).

114 Vgl. Berger 2003, S. 17.

115 Dazu grundlegend Jeavons 1993.

4.2 Analyseraster für die Programmimplementation

Um bei der Untersuchung der Präventionsprojekte religiöser Organisationen relevante Unterschiede gegenüber säkularen Durchführungsorganisationen identifizieren zu können, wird im Folgenden eine Übersicht der möglichen Vor- und Nachteile religiöser Organisationen entwickelt. Als Grundlage wurde die Argumentation der PEPFAR-Strategiedokumente sowie Sekundärliteratur zum Themenfeld ausgewertet. Die dabei ermittelten Positiv- und Negativfaktoren des Einsatzes religiöser Organisationen dienen als Analyseraster, um die entsprechenden Präventionsprojekte in Tansania auf das Vorhandensein und die Auswirkungen dieser Faktoren zu überprüfen.

Ein positiver Faktor für die Arbeit religiöser Organisationen sei ihre Verwurzelung in den lokalen Gemeinschaften. Durch die vielfältigen Berührungspunkte und die Funktion als spirituelle und materielle Stütze für Bedürftige werde religiösen Organisationen mit Respekt und Vertrauen begegnet.¹¹⁶ Diese Stellung bietet eine gute Grundlage für eine wirkungsvolle Zusammenarbeit mit den entsprechenden Gemeinschaften. Weiterhin wird vielfach auch die moralische Autorität religiöser Organisationen als Pluspunkt hervorgehoben.¹¹⁷ Als wertebasierte Organisationen verleihe ihnen ihre Urteilskraft über Fragen des persönlichen Verhaltens und der Moralität gesellschaftlichen Einfluss.¹¹⁸ Allerdings kann die einflussreiche Stellung auch zu einem negativen Faktor werden. So hätten insbesondere zu Beginn der HIV-Epidemie religiöse Organisationen durch ihre wertende und sozial konservative Einstellung zu Stille und Verschwiegenheit im Umgang mit HIV beigetragen. Zudem seien HIV-positive Personen als Sünder stigmatisiert worden.¹¹⁹ Stigmatisierung und Diskriminierung von Personen mit HIV/AIDS stellen ein Hindernis für erfolgreiche HIV-Prävention dar.¹²⁰

Vorteile für die Arbeit religiöser Organisationen würden auch aus ihren lange etablierten Strukturen in vielen Entwicklungsländern erwachsen. Ihre ausgedehnten Strukturen erstreckten sich oft auch in ländliche und besonders arme Regionen, so dass sie bedürftige Bevölkerungsgruppen besser als andere Organisationen erreichen könnten.¹²¹ Aufgrund der Unterstützung durch ihre internationalen Netzwerke seien viele religiöse

¹¹⁶ Vgl. *Global Health Council* 2005, S. 11; vgl. *Parker et al.* 2005, S. 13.

¹¹⁷ Vgl. *Lipsky* 2011; vgl. *Clarke* 2006, S. 845–846; vgl. *Parker et al.* 2005, S. 13.

¹¹⁸ Vgl. *Parker et al.* 2005, S. 13.

¹¹⁹ Vgl. *Parker et al.* 2005, S. 12–13.

¹²⁰ Vgl. *Parker et al.* 2005, S. 4, 7.

¹²¹ Vgl. *Global Health Council* 2005, S. 11; bezogen auf Tanzania *Lange et al.* 2000, S. 23–24.

Organisationen zudem unabhängiger von der Finanzierung durch entwicklungspolitische Geber.¹²² Dieser Vorteil kann einer verbesserten Nachhaltigkeit im Sinne des Fortbestandes von Projekten nach Ende der externen Finanzierung zugutekommen.

Eine im Zusammenhang mit dem Einsatz religiöser Organisationen in staatlichen Entwicklungsprogrammen immer wieder geäußerte Befürchtung ist, dass die geforderte Trennung zwischen der Bereitstellung von Leistungen und der Missionierung in der Praxis verwischt werde.¹²³ Weiterhin wird speziell für die HIV/AIDS-Prävention das Risiko einer eingeschränkten Programmausrichtung hingewiesen, bei der beispielsweise die Aufklärung über Kondome unterlassen wird. Dieses Risiko wird durch die entsprechenden Ausnahmeregelungen für religiöse Organisationen in der PEPFAR-Gesetzgebung verstärkt.

Viele der in der Literatur identifizierten möglichen Vor- und Nachteile religiöser Organisationen beziehen sich aufgrund des sehr diversen Akteursfeldes nur auf einen Teil dieser Akteure. Um diese Unterschiede zu berücksichtigen, können Typologien angewandt werden, wie sie beispielsweise Clarke für religiöse Organisationen im Kontext der internationalen Entwicklung entwickelt hat.¹²⁴ Aufgrund der geringen Fallzahl der zu untersuchenden Projekte wird auf eine weitergehende Differenzierung der Vor- und Nachteile nach verschiedenen Arten religiöser Organisationen verzichtet. Stattdessen wird in der Darstellung der jeweiligen Einzelfälle auf eventuell nicht zutreffende Faktoren eingegangen.

Das aus den genannten Ergebnissen entwickelte Analyseraster wird in Tabelle 1 dargestellt. Die Projekte religiöser Organisationen im Programmbereich der sexuellen Prävention werden in Kapitel 6 auf das Zutreffen der einzelnen Faktoren überprüft. Anschließend kann dann für diesen Programmbereich bewertet werden, ob die von der US-Administration angeführte Vorteilhaftigkeit der Programmimplementation durch religiöse Organisationen sich empirisch bestätigen lässt.

¹²² Vgl. *Clarke* 2006, S. 845–846; ein Beispiel für Tansania beschreibt *Green et al.* 2010, S. 37.

¹²³ Vgl. *Clarke* 2008, S. 20.

¹²⁴ Clarkes Typologie teilt religiöse Organisationen in fünf Kategorien ein: Religiöse Repräsentationsorganisationen, religiöse Wohlfahrts- und Entwicklungsorganisationen, gesellschaftlich-politische Organisationen, missionarische Organisationen sowie radikale, illegale oder terroristische religiöse Organisationen. In einem zweiten Schritt unterscheidet Clarke zwischen vier Arten, wie religiöse Organisationen den Glauben für ihre Aktivitäten einsetzen: Passiv, aktiv, anwerbend oder exklusiv. Vgl. *Clarke* 2008, S. 25–33.

| | Merkmal trifft zu | Merkmal trifft nicht zu / keine Bewertung möglich |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------|
| Positive Faktoren | | |
| Besonderer Einfluss durch moralische Autorität und Verwurzelung in lokalen Gemeinschaften | | |
| Große Reichweite durch Nutzung lange etablierter und weit verzweigter Strukturen | | |
| Nachhaltigkeit durch finanzielle Unabhängigkeit von staatlicher Entwicklungsfinanzierung | | |
| Negative Faktoren | | |
| Stigmatisierung HIV-positiver Personen | | |
| Eingeschränkte Programmausrichtung in der HIV-Prävention | | |
| Mögliche Überschneidung zwischen Projektleistungen und Missionierungsaktivitäten | | |
| (+): Positiver Faktor trifft auf das Projekt zu (-): Negativer Faktor trifft auf das Projekt zu 0: Faktor trifft nicht zu/keine Bewertung möglich | | |

Tabelle 1: Analyseraster für Vor- und Nachteile des Einsatzes religiöser Organisationen in der HIV/AIDS-Prävention

5 Dimension und Bereiche des Einsatzes religiöser Organisationen

Im Folgenden werden anhand deskriptiver Statistik die Dimension und Bereiche der Projektimplementation durch religiöse Organisationen dargestellt. In Kapitel 5.1 wird zunächst ein kurzer Überblick über Entwicklung und Struktur des PEPFAR-Budgets für Tansania der Jahre 2007 bis 2011 gegeben. Dabei werden die Anteile der einzelnen Programmbereiche sowie die wichtigsten Entwicklungslinien dargestellt. Besonderes Augenmerk wird dann auf die Programmimplementation durch religiöse Organisationen gelegt. In Kapitel 5.2 erfolgt eine detaillierte Analyse für den Programmbereich der HIV-Prävention. Von besonderem Interesse sind dabei die Programmkomponenten, die unter die Kategorie sexuelle Prävention fallen. Die Projekte dieser Programmkategorie, die von religiösen Organisationen implementiert werden, stellen die Grundlage für die in Kapitel 6 folgende inhaltliche Untersuchung der Projektimplementation dar. Die Ergebnisse der quantitativen Analyse werden in Kapitel 5.3 diskutiert.

5.1 Das PEPFAR-Programm in Tansania im Überblick

Die PEPFAR Einsatzpläne weisen für die Jahre 2007 bis 2011 ein Gesamtbudget von 1,54 Milliarden US-Dollar aus. Die jährlichen Budgets haben im betrachteten Zeitraum eine deutliche Steigerung erfahren, von 205 Millionen US-Dollar im Jahr 2007 auf 357 Millionen US-Dollar im Jahr 2011 (Abbildung 4). Zusammengenommen entfielen 36 % des Gesamtbudgets auf den Programmbereich Behandlung, 27 % auf Prävention, 20 % auf Fürsorge und 17 % auf sonstige Aktivitäten. Während die Aufteilung der Mittel auf die Programmbereiche in den ersten beiden Jahren annähernd konstant war, haben sich ab 2008 deutliche Veränderungen ergeben (Abbildung 5). Der Anteil der Mittel, der auf die HIV/AIDS-Behandlung entfiel, ging zurück, während die anderen Bereiche zulegten. Am stärksten fiel der Zuwachs bei den Präventionsausgaben aus.

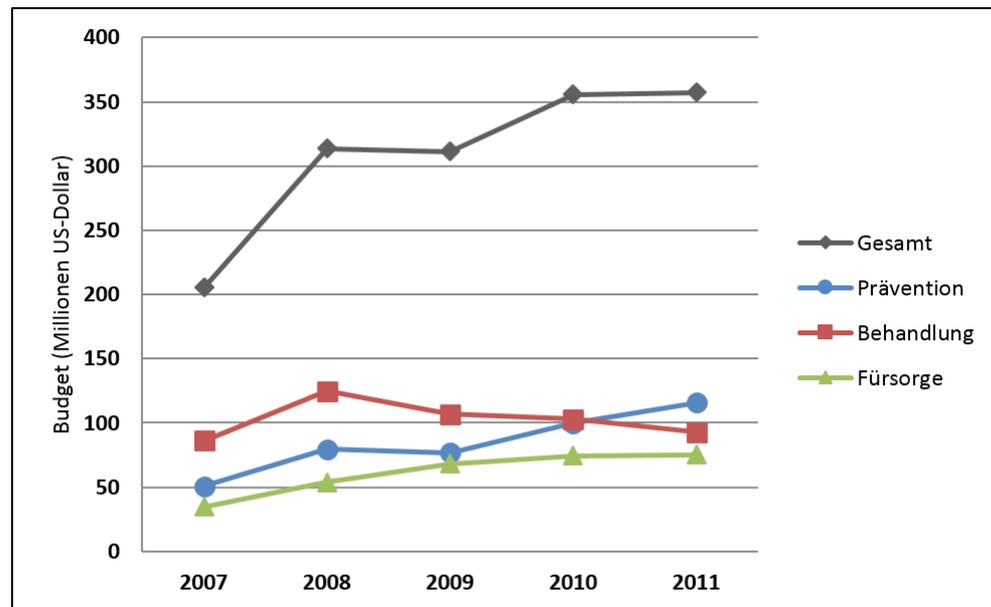


Abbildung 4: PEPFAR-Budgets für Tansania von 2007 bis 2011

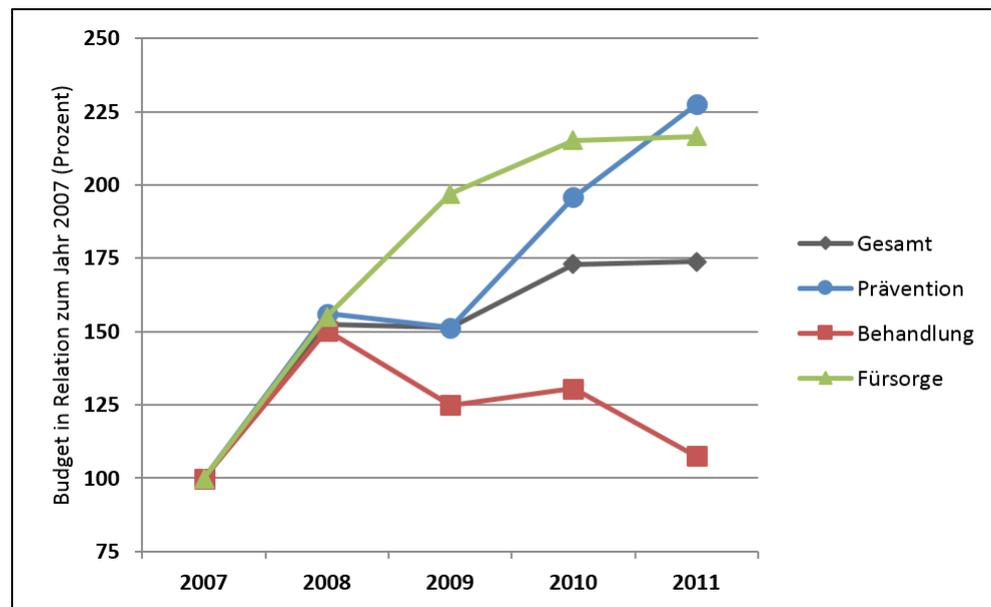


Abbildung 5: Relative Entwicklung der PEPFAR-Budgets für Tansania von 2007 bis 2011 im Vergleich zum Basisjahr 2007

Bei der Untersuchung der PEPFAR Einsatzpläne der Jahre 2007 bis 2011 wurden insgesamt 13 religiöse Organisationen identifiziert, die als direkte Durchführungspartner für PEPFAR tätig waren. Auf diese 13 Organisationen entfiel ein Anteil von 9,8 % der insgesamt vergebenen Mittel für die Jahre 2007 bis 2011.

Betrachtet man die Entwicklung von 2007 bis 2011 (Abbildung 6), so lag der Anteil religiöser Organisationen in den ersten drei Jahren zwischen 10,2 % und 10,7 %. In den beiden Folgejahren wurde mit 9,1 % und 9,0 % der Mittel ein etwas geringerer Anteil an diese Organisationen vergeben. Betrachtet man die einzelnen Programmbereiche, so fiel der Anteil religiöser Organisationen mit 13,5 % im Bereich der Behandlung am höchsten aus. Im Bereich der Fürsorge erhielten religiöse Organisationen 12,5 % der Mittel, während es im Präventionsbereich nur 7,3 % waren. In den Bereichen Behandlung und Prävention ist zudem ein deutlich rückläufiger Trend des Mittelanteils religiöser Organisationen erkennbar.

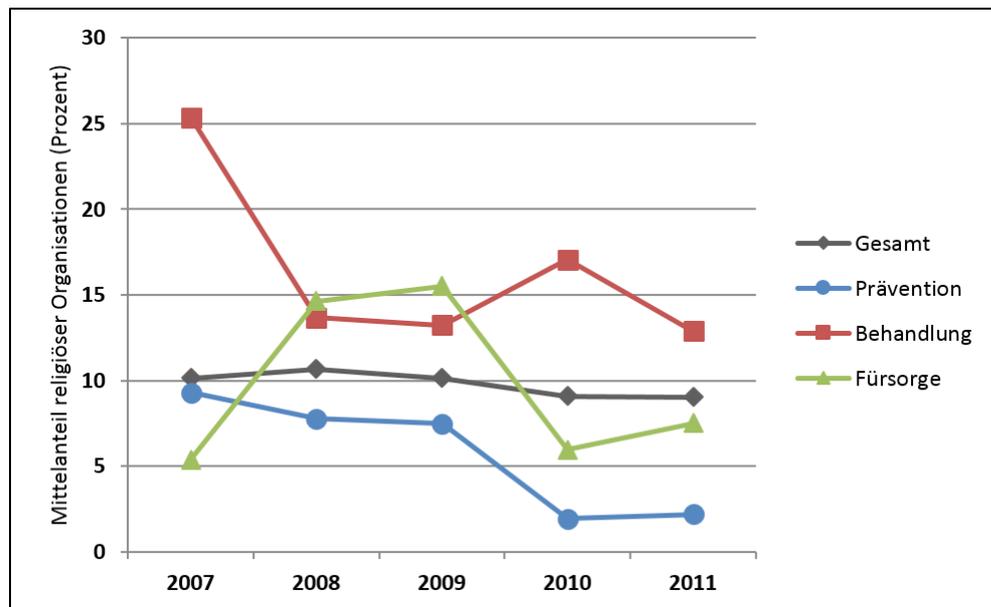


Abbildung 6: Anteil religiöser Organisationen an den vergebenen Mitteln für Tansania von 2007 bis 2011

Von den an religiöse Organisationen vergebenen Mitteln entfielen etwas über die Hälfte auf den Bereich der Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten, etwas mehr als ein Viertel auf die Fürsorge und ein Fünftel auf die Prävention (Abbildung 7).

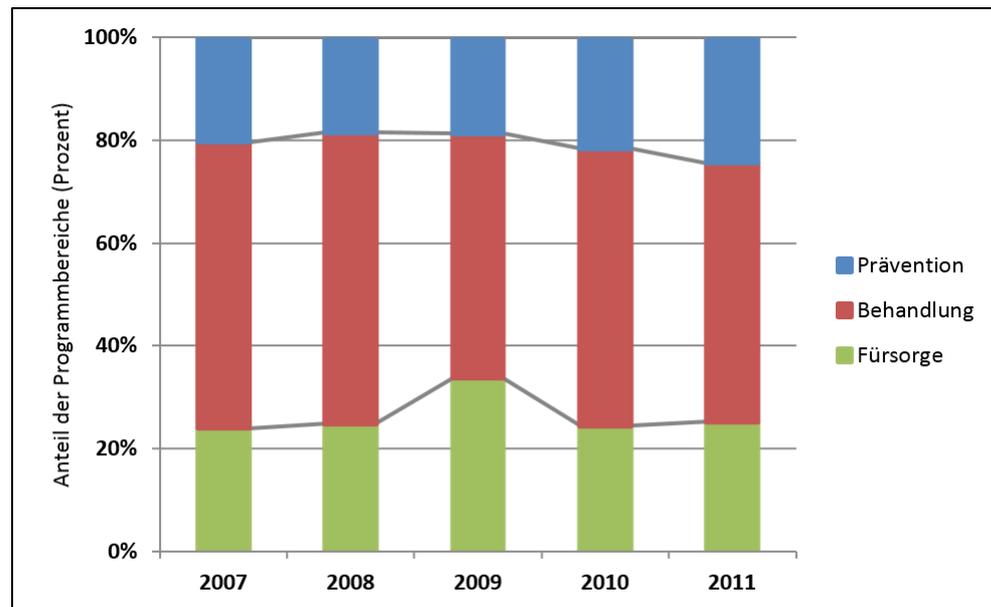


Abbildung 7: Verteilung der an religiöse Organisationen vergebenen Mittel auf die PEPFAR-Programmbereiche in Tansania von 2007 bis 2011

Auf der Betrachtungsebene der einzelnen religiösen Organisationen sticht vor allem die US-amerikanische Hilfsorganisation *Catholic Relief Services* heraus, die im Untersuchungszeitraum 61 % der Mittel auf sich vereinte. *Catholic Relief Services* hat medizinische Projekte über einer Vielzahl lokaler Einrichtungen des tansanischen Gesundheitssystems implementiert. Dabei ist der Großteil der Mittel auf die HIV/AIDS-Behandlung entfallen, weitere Maßnahmen waren die Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung und Projekte im Fürsorgebereich. Im HIV/AIDS-Behandlungsprogramm sowie den medizinischen Komponenten des Präventionsprogramms sind neben *Catholic Relief Services* vor allem drei tansanische Organisationen als direkte PEPFAR-Partner tätig gewesen, darunter zwei zentrale Einrichtungen des Gesundheitssystems. Im Bereich der HIV-Prävention durch Verhaltensänderung befinden sich unter den religiösen PEPFAR-Partnern hingegen sowohl internationale Hilfsorganisationen wie auch lokale tansanische Organisationen.

5.2 Programmbereich sexuelle Prävention

Das PEPFAR-Präventionsprogramm ist in drei Bereiche unterteilt: HIV-Tests und Beratung, die Prävention sexuell übertragener HIV-Infektionen durch Verhaltensänderung sowie die HIV-Prävention durch biomedizinische Maßnahmen. Im

Zeitraum von 2007 bis 2011 sind insgesamt 18 % der Mittel auf HIV-Tests und Beratung entfallen, auf sexuelle Prävention 36 % und auf biomedizinische Prävention 46 %. Da der starke Budgetzuwachs für das Präventionsprogramm vor allem auf den Bereich der biomedizinischen Prävention entfallen ist, hat deren Anteil im Zeitverlauf stark zugenommen, während der Anteil der sexuellen Prävention trotz absolutem Mittelzuwachs leicht rückläufig war. Das Budget für HIV-Tests ist trotz der Zuwächse des gesamten Präventionsbudgets konstant geblieben (Abbildung 8).

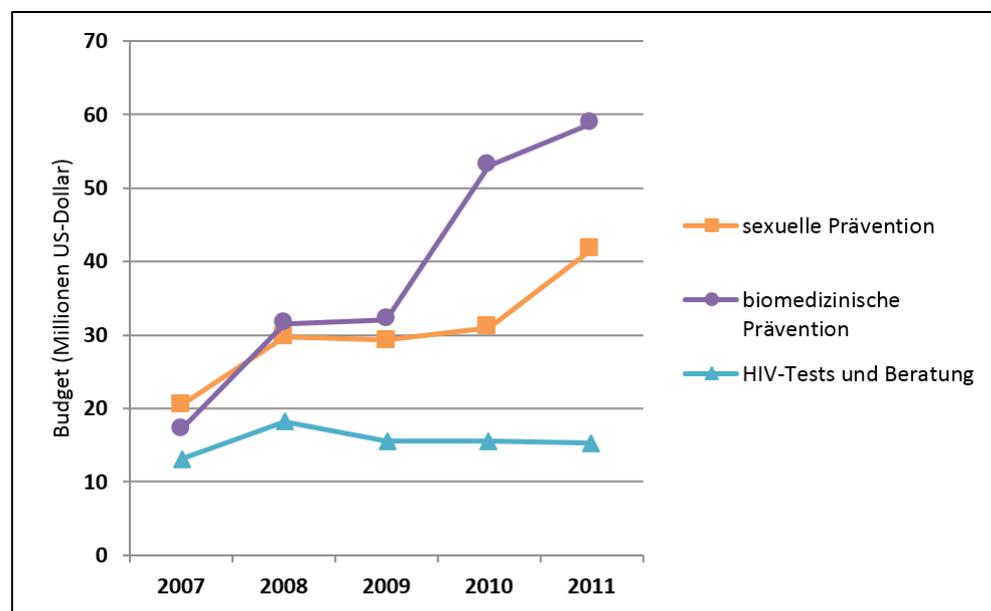


Abbildung 8: PEPFAR-Präventionsbudget für Tansania von 2007 bis 2011

Der Bereich der sexuellen Prävention unterteilt sich in zwei Komponenten, die Komponente zur Förderung von sexueller Abstinenz und Treue sowie die Komponente Kondome und sonstige Prävention. Insgesamt nahm die erste Komponente im Untersuchungszeitraum etwas mehr als die Hälfte der Mittel in Anspruch, allerdings mit einem leicht rückläufigen Trend. Religiöse Organisationen hatten im betrachteten Zeitraum insgesamt einen Anteil von 5,5 % an den Mitteln für sexuelle Prävention. Dieser Anteil unterlag allerdings einem stark rückläufigen Trend, von 13,1 % im Jahr 2007 auf nur noch 2,9 % im Jahr 2011 (Abbildung 9).

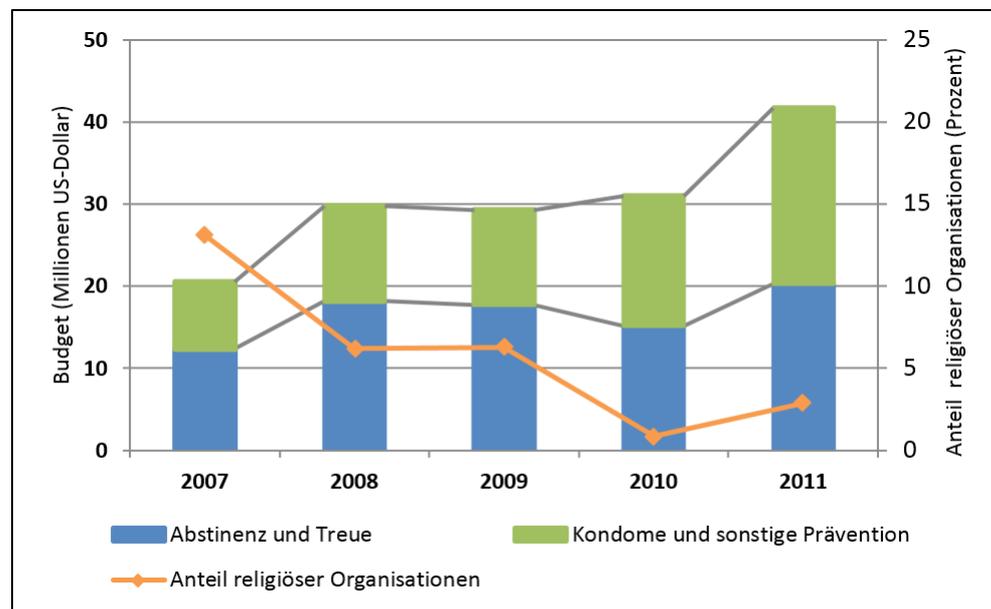


Abbildung 9: PEPFAR-Mittel für den Programmbereich sexuelle Prävention in Tansania von 2007 bis 2011

Insgesamt sind fünf religiöse Organisationen als direkte PEPFAR-Durchführungspartner im Bereich der sexuellen Prävention tätig gewesen. Darunter befanden sich mit *World Vision International*, der *Adventist Development & Relief Agency*, den *Salesianern Don Boscós* sowie *Balm in Gilead* vier internationale Organisationen. Dazu kommt mit der *Tanzania Interfaith Partnership* eine lokale tansanische Initiative. Bis zum Jahr 2009 führten die religiösen Organisationen ausschließlich Maßnahmen zur Förderung von sexueller Abstinenz und Treue durch. Erst ab 2010 erhielten die beiden letztgenannten Organisationen auch Mittel für die Komponente Kondome und andere Prävention. Die Eigenschaften der Programmimplementation durch die genannten Organisationen werden in Kapitel 6 untersucht. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der bisherigen Analyse diskutiert.

5.3 Diskussion der Ergebnisse

Die quantitative Auswertung der PEPFAR-Einsatzpläne hat eine Reihe von interessanten Ergebnissen hervorgebracht. Zunächst konnte gezeigt werden, dass die Zusammenarbeit mit religiösen Organisationen zwar kein maßgebliches Merkmal des PEPFAR-Programms in Tansania darstellte, mit einem Anteil von ungefähr 10 % der im Untersuchungszeitraum vergebenen Mittel aber insgesamt durchaus relevant erscheint. Schließlich entspricht dieser Anteil einer Summe von knapp 133 Millionen US-Dollar.

Unter den fünf größten religiösen Empfängerorganisationen waren zwei zentrale tansanische Gesundheitseinrichtungen und eine kirchliche Organisation aus Dar es Salaam, die sich auf die Behandlung und Fürsorge für AIDS-Kranke spezialisiert hat. Die mit einem Mittelanteil von über 60 % bedeutendste religiöse Durchführungsorganisation stellte die US-amerikanische Hilfsorganisation *Catholic Relief Services* dar, die größtenteils medizinische Komponenten des PEPFAR-Programms implementierte. Mit *The Balm in Gilead* befand sich unter den fünf größten religiösen Empfängerorganisationen zudem eine Organisation aus dem Bereich der sexuellen Prävention. Differenziert man bei der Bewertung der Relevanz des Einsatzes religiöser Organisationen nach Programmbereichen, so ist diese am ehesten für die Bereiche Behandlung und Fürsorge gegeben. Dieses Ergebnis lässt sich auf die traditionell wichtige Rolle kirchlicher Einrichtungen im Gesundheitssystem Tansanias zurückführen. Allerdings war *Catholic Relief Services* bereits vor dem PEPFAR-Programm und der *faith-based initiative* einer der wichtigsten Umsetzungspartner der US-amerikanischen Entwicklungszusammenarbeit.¹²⁵ Somit lässt sich der Einsatz dieser Organisation nicht als Beleg für eine besondere Ausrichtung auf eine Programmumsetzung durch religiöse Organisationen im Rahmen der *faith-based initiative* interpretieren. Obwohl die PEPFAR-Strategie insbesondere für die HIV-Prävention die Zusammenarbeit mit religiösen Organisationen betonte, fiel der Anteil dieser Organisationen in den Programmbereichen Behandlung und Fürsorge fast doppelt so hoch aus wie im Präventionsbereich.

¹²⁵ Vgl. *Forman und Stoddard* 2002, S. 241–244.

Die detaillierte Analyse des Präventionsbereichs erbrachte weitere wichtige Erkenntnisse. Der von der PEPFAR-Strategie für die zweite Programmphase vorgegebene Fokus auf die HIV-Prävention schlug sich in überproportional hohen Budgetzuwachsen für diesen Programmbereich in der zweiten Hälfte des Untersuchungszeitraums nieder. Davon profitierte vor allem die Durchführung biomedizinischer Präventionsmaßnahmen, während der Budgetzuwachs für Projekte zur Prävention sexuell übertragener HIV-Infektionen durch Verhaltensänderung geringer ausfiel. Für diesen Bereich wurde in der ersten PEPFAR-Strategie die Eignung religiöser Organisationen besonders betont. Im Jahr 2007 lag der Anteil religiöser Organisationen im Bereich der sexuellen Prävention noch über dem Durchschnitt für das gesamte PEPFAR-Programm. Hieraus ließe sich eine Bestätigung für die besondere Relevanz religiöser Organisationen für diesen Programmbereich ableiten. Allerdings sind die Mittel für die Implementation von Maßnahmen zur Verhinderung sexuell übertragener HIV-Infektionen durch religiöse Organisationen in den Folgejahren stark zurückgegangen. Das lässt den Schluss zu, dass die speziell für diese Programmkomponente in der ersten PEPFAR-Phase hervorgehobene besondere Eignung religiöser Organisationen infrage gestellt wurde. Der absolute Rückgang der Mittel für diese Organisationen trotz stark steigender Präventionsbudgets legt den Schluss nahe, dass sich die in der ersten PEPFAR-Strategie dargestellte Vorteilhaftigkeit dieser Organisationen bei der Umsetzung nicht bestätigt hat.

Eine mögliche Schwäche der Auswertungen und der daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen ergibt sich aus den fehlenden Daten zur Weitergabe von Mitteln an *Sub-Partner*. Es ist denkbar, dass sich das beschriebene Bild bei Einbeziehung der Ebene der *Sub-Partner* anders darstellt. Ohne die Veröffentlichung detaillierterer Finanzierungsdaten durch das PEPFAR-Programm lässt sich dieser Punkt jedoch nicht klären.

6 Eigenschaften der Präventionsprojekte religiöser Organisationen

Im vorliegenden Kapitel erfolgt die Untersuchung der zuvor identifizierten Projekte religiöser Organisationen im Programmbereich sexuelle Prävention. Anhand des in Kapitel 4.2 erarbeiteten Analyserasters werden die Projekte auf das Zutreffen der möglichen Postiv- und Negativfaktoren überprüft.

Bei der Untersuchung der Einsatzpläne für Tansania wurden vier Präventionsprojekte religiöser Organisationen identifiziert. Drei davon fallen unter den Titel Abstinenz und Treue für Jugendliche (*Abstinence and Be Faithful for Youth, ABY*), während das Vierte auf eine breitere Zielgruppe ausgerichtet ist. Die drei ABY-Projekte wurden von international tätigen Organisationen durchgeführt und wurden zentral über den globalen AIDS-Koordinator in Washington vergeben. Abbildung 10 bietet einen schematischen Überblick über die Ansätze dieser drei Projekte.

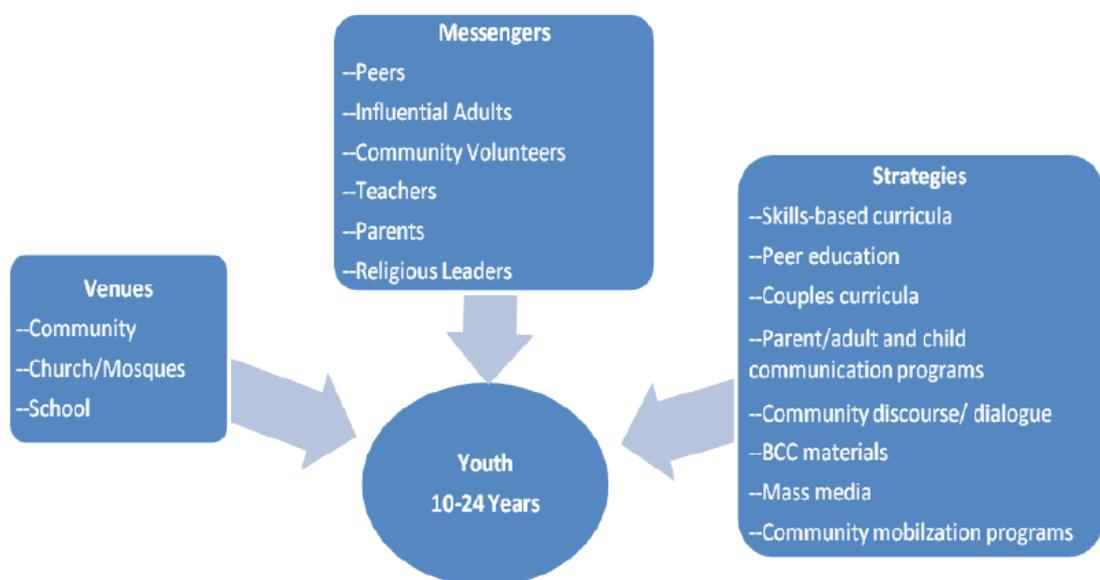


Abbildung 10: Modell des Ansatzes der Projekte zur Förderung von Abstinenz und Treue bei Jugendlichen

Quelle: *The Global Health Technical Assistance Project 2009, S. 7.*

Die durchführenden Organisationen waren *World Vision International*, *Adventist Development & Relief Agency* sowie die *Salesianer Don Boscos*. Aufgrund der Ähnlichkeit der drei Projekte wird nur das erste ausführlich beschrieben, anschließend beschränkt sich die Darstellung auf einen kurzen Überblick und die relevanten Unterschiede. Das vierte Projekt wurde von *Balm in Gilead*, einer US-Organisation mit Niederlassung in Tansania, in Zusammenarbeit mit der *Tanzania Interfaith Partnership* durchgeführt. Die *Tanzania Interfaith Partnership* stellt einen Zusammenschluss der religiösen Dachorganisationen Tansanias dar. Im Gegensatz zu den ersten drei Projekten fiel dieses Projekt unter die Verantwortung des lokalen PEPFAR-Länderteams Tansanias. Die Beschreibung der einzelnen Projekte basiert auf den Darstellungen in den PEPFAR Einsatzplänen. Für die Bewertung der Positiv- und Negativfaktoren des Einsatzes religiöser Organisationen wurde auch Sekundärmaterial herangezogen, soweit dieses verfügbar war.

6.1 World Vision International

Das von *World Vision* durchgeführte Präventionsprojekt mit dem Titel *Abstinence and Risk Avoidance for Youth* (ARK) wurde 2006 in Tansania gestartet und für eine Dauer von fünf Jahren angelegt. Das Ziel des Projektes war es, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 10 bis 24 Jahren positive Normen zu fördern, die das Risiko einer HIV-Infektion vermindern – darunter wurden primär sexuelle Abstinenz vor der Ehe sowie monogame (Ehe)beziehungen verstanden. Um dieses Ziel zu erreichen, setzte das Projekt an drei Punkten an: der Arbeit mit Jugendlichen, der Beeinflussung des Umfeldes und der Einbindung von Regierungsstrukturen.

Die Arbeit mit Jugendlichen sollte diese dazu befähigen, die unter der Überschrift „sexuelle Abstinenz und eheliche Treue“ gefassten Verhaltensweisen zu praktizieren. Dazu wurden sogenannte *peer educators*¹²⁶ ausgebildet, also Jugendliche, die ihr soziales Umfeld informieren und die entsprechenden Normen bewerben sollen. Dieses geschah in Jugendgruppen, in denen die Jugendlichen zwischenmenschliche Kommunikation, Lebenskompetenzen und *World Visions* Entwicklungsansatz

¹²⁶ Der Begriff des *peer educator* bezeichnet eine Person, die Bildungs- und Aufklärungsarbeit für Personen der gleichen sozialen Gruppe oder des gleichen Alters leistet. Da es keinen entsprechenden Begriff im Deutschen gibt, wird hier der englische Begriff verwendet.

(*transformational development*)¹²⁷ vermittelt bekamen. Unterstützt wurde die Vermittlung der Informationen und Normen durch einen für das Projekt entwickelten Lehrplan und entsprechende Informationsmaterialien. Neben den Jugendgruppen sollten Schüler zusätzlich durch die Zusammenarbeit des Präventionsprojektes mit Schulen und Lehrern erreicht werden. Für Jugendliche und junge Erwachsene, die nicht mehr zur Schule gehen, wurden neben den Jugendgruppen auch Theaterveranstaltungen vorgesehen. Eine Schnittstelle zu HIV-Tests und Beratung sollte durch Verweise der Jugendlichen und jungen Erwachsenen an andere Projekte sowie durch gemeinsame Veranstaltungen mit anderen Organisationen geschaffen werden.

Um ein unterstützendes Umfeld für sexuelle Abstinenz und Treue der Jugendlichen zu schaffen, arbeitete das Projekt mit Familien, lokalen Gemeinschaftsorganisationen und religiösen Gemeinden und Organisationen zusammen. Für Eltern und Erwachsene sah das Projekt die Bildung von Gruppen vor, in denen diese über Sexualität, HIV-Prävention, das ARK-Projekt und *transformational development* informiert wurden. Die Führungspersonen lokaler Gemeinschaften und Kirchengemeinden sollten für die Verbreitung von Botschaften zu Abstinenz und Treue in ihren Netzwerken gewonnen werden. Sie sollten dann Dialogveranstaltungen zwischen Jugendlichen und Erwachsenen unterstützen und die Projekthalte beispielsweise in Predigten oder kirchliche Jugendcamps integrieren. Um die Botschaften des Projektes zu unterstützen, wurde die Einbindung entsprechender Inhalte in das Programm lokaler Radiostationen geplant.

Als dritten Ansatzpunkt sah der Projektplan die Zusammenarbeit mit tansanischen Behörden auf den verschiedenen Ebenen vor, um deren Unterstützung für das Projekt sicherzustellen. Die entsprechenden Vertreter sollten in Planungsprozesse einbezogen und in Bezug auf die Projekthalte fortgebildet werden.

Im Einsatzplan für das Jahr 2009 wurden eine Reihe von Änderungen an den Inhalten und Vorgehensweisen des Projektes beschrieben. Diese sollten der neuen PEPFAR Präventionsstrategie Rechnung tragen und neue Erkenntnisse und Empfehlungen aus Evaluierungsaktivitäten umsetzen. Auf inhaltlicher Ebene sollte mehr Betonung auf die Präventionswirkung einer verzögerten sexuellen Aktivität – als Alternative zur

¹²⁷ *Transformational Development* ist der Entwicklungsansatz *World Visions*, der die Prinzipien, Ziele und Gestaltung der Entwicklungszusammenarbeit der Organisation vorgibt.

Abstinenz vor der Ehe – sowie auf die Förderung der sogenannten B-Komponenten des ABC-Modells gelegt werden. Zudem sollten zusätzliche Inhalte zu Themen wie gesunden Geschlechternormen, mehrfachen gleichzeitigen Partnerschaften sowie käuflichem und generationsübergreifendem Geschlechtsverkehr integriert werden. Für ältere männliche Jugendliche sowie männliche Erwachsene wurde jetzt insbesondere die Risikoreduktion (im Unterschied zur Risikovermeidung) vorgesehen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung des Projekts auf das Zutreffen der möglichen Positiv- und Negativfaktoren der Programmimplementierung durch religiöse Organisationen dargestellt. Im Bezug auf den Negativfaktor einer eingeschränkten Programmausrichtung lassen sich mehrere Kritikpunkte ausmachen. So fokussierte sich das Programm auf sexuelle Abstinenz vor der Ehe und eheliche Treue. Alternative Ansätze zur HIV-Prävention wurden dagegen vernachlässigt. Der Lehrplan des Programms wies auf Kondome ausschließlich als Schutzmöglichkeit für Ehepaare hin, bei denen ein Partner HIV-positiv ist.¹²⁸ Auch Alternativen zur HIV-Prävention durch Abstinenz und Treue – wie eine verzögerte sexuelle Aktivität oder eine Reduktion der Sexualpartner – wurden vom Projekt zunächst nicht einbezogen.¹²⁹ Einigen dieser Kritikpunkte wurde durch die inhaltliche Neuausrichtung im Einsatzplan des Jahres 2009 begegnet. Allerdings ist dabei fraglich, wie wirkungsvoll solche Änderungen in der Schlussphase eines Projektes noch umgesetzt werden können.

Ein weiterer Negativfaktor lässt sich in Bezug auf die mögliche Vermischung zwischen Programmleistungen und Missionierungsaktivitäten ausmachen. In der Selbstdarstellung gibt *World Vision International* an, keine Missionierung durchzuführen.¹³⁰ Allerdings umfasst das Präventionsprojekt auch *World Visions* Entwicklungsansatz *transformational development*. Als eine gewünschte Wirkung dieses Ansatzes wird unter anderem eine „wiederhergestellte Beziehung zu Gott“ genannt:

¹²⁸ Vgl. Lopez und Speizer 2009, S. 13.

¹²⁹ Vgl. Lopez und Speizer 2009, S. 12.

¹³⁰ Vgl. *World Vision International* 2010.

„Transformational development programs employ processes and actions that ... invite a restored relationship with God“.¹³¹

Eine solche Zielsetzung lässt sich durchaus im Sinne einer Missionierungstätigkeit interpretieren. Zudem verweisen mehrere Autoren darauf, dass der Übertritt zum evangelikalen Christentum ein wichtiges Ziel der Entwicklungsaktivitäten *World Visions* sei.¹³² Insgesamt ist es daher als wahrscheinlich anzusehen, dass die geforderte strikte Trennung zwischen Programmleistungen und Missionierung in der Praxis nicht immer eingehalten wurde.

Die Auswirkungen des Projektes auf eine mögliche Stigmatisierung von Personen mit HIV/AIDS können aufgrund der vorhandenen Informationen nicht umfassend eingeschätzt werden. Als Kritikpunkt fällt auf, dass keine Einbeziehung von Personen mit HIV/AIDS in das Projekt vorgesehen war. Eine solche Einbeziehung ist ein häufiger Ansatz, um einer Stigmatisierung entgegenzuwirken.¹³³ Positiv ist zu bewerten, dass ein breites Spektrum an Akteuren in das Projekt eingebunden und über HIV/AIDS informiert wurde. Ein Fokus lag dabei auf den Führungspersonen religiöser und lokaler Gemeinschaften. Diese Personen können als Meinungsführer besonderen Einfluss auf Stigmatisierung und Diskriminierung von Personen mit HIV/AIDS nehmen. Insgesamt scheint daher eine neutrale Bewertung des Projektes in Hinblick auf stigmatisierende Wirkungen angemessen.

Als externe Entwicklungsorganisation verfügt *World Vision* nicht über ein weitverzweigtes Netzwerk von Einrichtungen in Tansania, wie es beispielsweise bei der katholischen Kirche der Fall ist. *World Vision* konnte für die Umsetzung des Präventionsprojekts aber zum Teil auf die eigenen *Area Development Programs* zurückgreifen. Diese bestehen in Tansania seit Beginn der 1980er Jahre.¹³⁴ Damit stellt *World Vision* einen in Tansania etablierten Akteur dar, der mit lokalen Gegebenheiten vertraut ist und bereits mit lokalen Gemeinschaften zusammenarbeitet. Diese Merkmale lassen sich als positive, aber nicht maßgebliche Faktoren für den Einfluss auf lokale Gemeinschaften werten. Ein besonderer gesellschaftlicher Einfluss durch moralische Autorität ist dagegen unwahrscheinlich, da *World Vision* als externer Akteur keine feste

131 „Transformational development Programme verwenden Prozesse und Handlungen, die ... zu einer wiederhergestellten Beziehung zu Gott einladen“. (*World Vision International* 2002, S. 2).

132 Vgl. *Hearn* 2002, S. 34; vgl. *Clarke* 2006, S. 846; vgl. *Clarke* 2008, S. 37.

133 Vgl. *Parker et al.* 2005, S. 20.

134 Vgl. *Kelsall und Mercer* 2003, S. 296.

Verbindung zu gesellschaftlichen Institutionen in Tansania aufweist. Insgesamt ist der Faktor des besonderen Einflusses daher als nicht zutreffend zu bewerten. In Bezug auf die Abhängigkeit des Projektes von der Geberfinanzierung lassen sich einige Pluspunkte ausmachen. Die Verküpfung mit dem von *World Vision* betriebenen *Area Development Program* und die im Vergleich zu anderen Nichtregierungsorganisationen starke Finanzierungsbasis *World Visions* durch eigenens Spendenaufkommen können zu einem Fortbestand der Projektleistungen nach Ende der PEPFAR-Finanzierung und damit zur Nachhaltigkeit des Projekts beitragen.

6.2 Adventist Development & Relief Agency

Das Projekt unter dem Titel *Abstinence and Behavioral Change for the Youth* der *Adventist Development & Relief Agency* (ADRA) ähnelt im grundsätzlichen Aufbau dem zuvor besprochenen *World Vision* Projekt. Daher wird nur ein kurzer Abriss der Projektbeschreibung gegeben und dabei vor allem auf die Unterschiede zu *World Vision* geachtet.

Das von 2006 bis 2010 durchgeführte Projekt arbeitete mit *peer educators*, Eltern und lokalen Führungspersonen, um Jugendlichen Wissen und Fähigkeiten zur HIV-Prävention durch Abstinenz und Treue zu vermitteln. Für die Umsetzung wurde eine Vielzahl von lokalen religiösen Organisationen und Gemeinschaftsorganisationen gewonnen. Unterstützt wurden die Maßnahmen durch Printmaterialien und Medienprogramme. Die Inhalte des Programms umfassten die Themen Abstinenz, Treue und Partnerreduktion, gingen im Unterschied zu *World Vision* aber von Anfang an auch auf kritische Punkte wie erzwungenen oder käuflichen Sex mit Jugendlichen ein. Zudem kooperierte das Projekt mit anderen Organisationen im Präventionsprogramm, um für sexuell aktive Jugendliche eine Verbindung zu Diensten wie HIV-Tests und Beratung sowie Kondomverteilung herzustellen. Zur Umsetzung der neuen Präventionsstrategie ab 2009 wurde vor allem die Intensität der Bildungsarbeit verstärkt. Zudem sollten Dialogprozesse über partizipatorische Theaterveranstaltungen in lokalen Gemeinschaften angestoßen werden. Darin sollten Risikoverhalten und -faktoren wie

mehrfache Partnerschaften, käuflicher Sex, geringe und inkonsistente Kondomnutzung, generationsübergreifender Geschlechtsverkehr und Geschlechterungleichheiten thematisiert werden.

Im Folgenden werden die bei der Auswertung der PEPFAR Einsatzpläne und der Sekundärquellen gefundenen Informationen zu möglichen Positiv- und Negativfaktoren des Projekts dargestellt und bewertet. In Bezug auf mögliche Stigmatisierungswirkungen sind zwei Merkmale des Projekts zu beachten. Zum einen sah das Projekt die Einbeziehung lokaler Führungspersonen und Meinungsführer vor. Zum anderen wurde die Einbindung von HIV-positiven Personen als gezieltes Mittel gegen eine Stigmatisierung geplant. Somit wurde einer Stigmatisierung von Personen mit HIV/AIDS aktiv entgegengewirkt.

Für den Umfang des Präventionsprogramms ergibt sich ein ambivalentes Bild. Der für das Projekt entwickelte Lehrplan enthielt keinerlei Informationen über Kondome als Präventionsmaßnahme, sondern fokussierte sich ausschließlich auf die Ablehnung von vor- und außerehelichem Geschlechtsverkehr aufgrund religiöser Überzeugungen. Auch über Alternativen wie eine Reduktion der Sexualpartner oder ein Herausschieben des sexuellen Debuts wurde im Lehrplan nicht aufgeklärt.¹³⁵ Allerdings sah der Projektplan für sexuell aktive Jugendliche explizit den Verweis zu Projekten vor, die eine Kondomnutzung fördern. Für bestimmte Interventionen, wie Dialogprozesse mit lokalen Gemeinschaften, wurden zudem in den Lehrplänen fehlende Themen wie Partnerreduktion und Kondomnutzung vorgesehen. Diese Maßnahmen können einen Ausgleich für die Einschränkungen bei der Aufklärungsarbeit dargestellt haben. Somit lässt sich für den Negativfaktor einer eingeschränkten Programmausrichtung insgesamt eine neutrale Bewertung vergeben.

ADRA ist die humanitäre Hilfsorganisation der Kirche der *Siebenten-Tags-Adventisten* (*Seventh-Day Adventist Church*). Die Organisation verweist auf eine strikte Trennung zwischen Missionierung und Hilfsleistungen. Die Anwerbung neuer Gläubiger sei kein Ziel der Hilfsarbeit, sondern werde anderen Teilen der Kirche überlassen.¹³⁶ Da in den

¹³⁵ Vgl. Lopez und Speizer 2009, S. 11–24.

¹³⁶ Vgl. Marshall 2008.

untersuchten Quellen und Sekundärmaterialien keine Hinweise auf eine mögliche Überschneidung zwischen Projektleistungen und Missionierung zu finden sind, kann davon ausgegangen werden, dass die vorgeschriebene Trennung eingehalten wurde.

Die Kirche der *Siebenten-Tags-Adventisten* verfügt in allen drei Projektregionen in Tansania über Kirchen sowie Gesundheits- und Bildungseinrichtungen. Damit kann das Projekt auf etablierte lokale Strukturen zurückgreifen. Je nach Projektregion sind zwischen ein und fünf Prozent der Bevölkerung Mitglieder der *Siebenten-Tags-Adventisten*.¹³⁷ Die Verbindung der Hilfsorganisation zu den lokalen Kirchen stellte einen wichtigen Faktor dar, um lokale Unterstützung für das Projekt zu gewinnen.¹³⁸ Die Umsetzung im Umfeld der lokalen Kirchen dürfte daher vom Einfluss profitiert haben, den die Kirche aus ihrer moralischen Autorität und ihrer lokalen Verwurzelung gewinnt. Eine verlässliche Quantifizierung dieses Positivfaktors ist aber ohne umfangreicheres Evaluationsmaterial oder Untersuchungen vor Ort nur schwer möglich.

Inwiefern über die lokalen Strukturen eine besonders große Reichweite des Projekts realisiert werden konnte, lässt sich anhand des vorhandenen Quellenmaterials ebenfalls nur schwer bewerten. Die Kirche der *Siebenten-Tags-Adventisten* ist zwar in allen Projektregionen vertreten, inwieweit diese Vertretung jedoch flächendeckend ist, lässt sich nicht ohne Weiteres feststellen. In Bezug auf eigene Projekte der *Adventist Development & Relief Agency* außerhalb der Finanzierung durch PEPFAR bietet das vorhandene Quellenmaterial keine Informationen. Daher sind Anzeichen für eine höhere Nachhaltigkeit als bei vergleichbaren Projekten säkularer Entwicklungsorganisationen nicht gegeben.

6.3 Salesianer Don Boscos

Das *Life Choices Program* der Mission der *Salesianer Don Boscos* zählt wie die beiden vorausgehend beschriebenen Projekte zu den zentral vom globalen AIDS-Koordinator vergebenen Projekten im Themenbereich Abstinenz und Treue für Jugendliche. Die Mission der *Salesianer* betreibt elf Einrichtungen wie Schulen, Ausbildungszentren und Priesterseminare in Tansania. Über diese Einrichtungen wurde das Präventionsprojekt

¹³⁷ Vgl. *General Conference of Seventh-day Adventists* 2012a; vgl. *General Conference of Seventh-day Adventists* 2012b; vgl. *General Conference of Seventh-day Adventists* 2012c.

¹³⁸ Vgl. *Speizer und Lopez* 2007, S. 14.

umgesetzt, das sich an Jugendliche im Alter von zehn bis neunzehn Jahren richtete. Das Projekt vermittelte Wissen und Fähigkeiten zur sexuellen Abstinenz und je nach Zielgruppe auch zur ehelichen Treue. Dabei konzentrierte sich das Projekt vor allem auf Schulen, in deren Umfeld die Zielgruppen durch *peer educators* erreicht werden und anhand eines vom Projekt entwickelten Lehrplans geschult werden sollten. Ergänzt wurden die Maßnahmen durch Großveranstaltungen für Jugendliche und entsprechende Medienprogramme. Der vom Projekt verwendete Lehrplan musste zu Beginn der zweiten Hälfte der Projektlaufzeit ersetzt werden, nachdem USAID die Genauigkeit und Effektivität des ursprünglichen Lehrplans infrage gestellt hatte.¹³⁹

Die Erkenntnisse aus der Untersuchung auf das Zutreffen der Positiv- und Negativfaktoren werden im Folgenden dargestellt. In Bezug auf den Negativfaktor Stigmatisierung kann die Einbindung Betroffener der HIV/AIDS-Epidemie in die Bildungsarbeit positiv gewertet werden. Darüber hinaus liegen keine weiteren Hinweise zur Bewertung dieses Faktors vor. Zu Missionierungstätigkeiten in Verbindung mit dem Projekt liefern die Projektbeschreibungen keine Hinweise. Der Schwerpunkt der Arbeit der *Salesianer* liegt auf der Bildung, allerdings nennen sie auch die Verbreitung des Evangeliums als Ziel ihrer Arbeit. Die Selbstdarstellung der Organisation enthält keine Richtlinie oder Aussage zu Missionierungstätigkeiten. Anhand des vorhandenen Quellenmaterials ist somit eine verlässliche Bewertung in Bezug auf eine Überschneidung zwischen Projektleistungen und möglichen Missionierungstätigkeiten nicht möglich. Kritisch ist der Punkt der eingeschränkten Programmausrichtung zu betrachten. So zielte das Projekt je nach Alter der Zielgruppe nur auf Abstinenz oder auf Abstinenz und Treue als Präventionsmethoden ab. Alternativen wie ein verzögertes sexuelles Debüt oder die Nutzung von Kondomen wurden außen vor gelassen. Auch bei den Maßnahmen für besondere Risikogruppen bestanden diese Lücken. Ein Verweis dieser Risikogruppen an andere Projekte oder Angebote wurde nicht vorgesehen. Daher ist die inhaltliche Ausrichtung der Präventionsmaßnahmen als sehr eingeschränkt zu bewerten.

Die drei möglichen Positivfaktoren der Programmimplementation durch religiöse Organisationen treffen alle auf das Projekt der *Salesianer* zu. Allerdings sind diese Vorteile nur schwach ausgeprägt und aufgrund der knappen Quellenlage ist die

¹³⁹ Vgl. *President's Emergency Plan for AIDS Relief* 2009, S. 201.

Bewertung zudem mit einer vergleichsweise großen Unsicherheit behaftet. Vorteilhaft für den Einfluss des Projektes können die bereits etablierten Strukturen und die dadurch vorhandenen Kontakte zu den lokalen Gemeinschaften gewertet werden. Der Projektplan des Jahres 2007 bestätigt diese Einschätzung zumindest anekdotisch.¹⁴⁰ Die Eigenschaft als katholische Ordensgemeinschaft dürfte der moralischen Autorität gegenüber katholischen Bevölkerungsgruppen zuträglich gewesen sein. Der Reichweite des Projektes kam die Verteilung der Einrichtungen der *Salesianer* auf mehrere auch ländliche Regionen zugute. Die fest etablierten Strukturen und internationalen Finanzierungsnetzwerke der *Salesianer* sollten den Fortbestand der Projektleistungen nach Ende der Finanzierung durch das PEPFAR-Programm ermöglichen, was eine wichtige Voraussetzung für die Nachhaltigkeit des Projektes darstellt.

6.4 The Balm in Gilead/Tanzania Interfaith Partnership

Die *Tanzania Interfaith Partnership* (TIP) ist eine gemeinsame Initiative der drei religiösen Dachverbände *Protestant Christian Council of Tanzania*, *Catholic Tanzanian Episcopal Conference* und *National Muslim Council of Tanzania*. Diese Initiative entstand aus einem ab 2004 von der US-amerikanischen Organisation *The Balm in Gilead* im Rahmen des PEPFAR-Programms durchgeführten Projekt, das die drei Verbände in ihrer Reaktion auf die HIV/AIDS-Epidemie unterstützen sollte. *The Balm in Gilead* ist eine US-amerikanische Nichtregierungsorganisation, die afroamerikanische und afrikanische Kirchengemeinden für Gesundheitsaufklärung und HIV-Prävention gewinnen will. Ab dem Jahr 2011 wurde die *Tanzania Interfaith Partnership* selbst als direkter Durchführungspartner des PEPFAR-Programms tätig, *The Balm in Gilead* leistete ab diesem Zeitpunkt noch technische Unterstützung.

Ein Ziel des Projektes und der daraus hervorgegangenen intrareligiösen Initiative ist die Nutzung der Strukturen der jeweiligen Glaubensrichtungen für die HIV-Prävention. Die dazu durchgeführten Projektaktivitäten im Untersuchungszeitraum umfassten die entsprechende Ausbildung religiöser Führungspersonen, die Durchführung von Aufklärungsprogrammen, die Einrichtung von HIV-Test- und Beratungsdiensten, die Durchführung einer Medienkampagne und den Aufbau von Kompetenz- und Informationszentren zur HIV-Prävention in den Strukturen der religiösen Dachverbände.

¹⁴⁰ Vgl. *President's Emergency Plan for AIDS Relief* 2007, S. 193.

Als Zielgruppen der Präventionsmaßnahmen wurden sowohl Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 10-24 Jahren angesprochen wie auch ältere Erwachsene und Familien. Die Inhalte, die sich an Jugendliche und junge Erwachsene richteten, umfassten vor allem sexuelle Abstinenz als Präventionsmethode. Ein entsprechender religiös orientierter Lehrplan, den *The Balm in Gilead* zuvor für die Arbeit mit christlichen Gemeinden in den USA entwickelt hatte, wurde für das Projekt übersetzt und an die lokalen kulturellen Voraussetzungen sowie die Verwendung in unterschiedlichen Religionsrichtungen angepasst. In der Folge sollten alle lokalen Gemeinden von den Dachverbänden verpflichtet werden, das achtwöchige Unterrichtsprogramm des Lehrplans mindestens einmal jährlich zu unterrichten. Neben der HIV-Prävention sollte den Jugendlichen und jungen Erwachsenen auch Wissen zu reproduktiver Gesundheit, Genderfragen, Rechten und sozialen Normen vermittelt und der Stigmatisierung HIV-positiver Personen entgegen gewirkt werden. Für ältere Erwachsene bot das Programm verschiedene Beratungsleistungen an. Diese umfassten die Themenfelder HIV/AIDS, Treue und Partnerreduktion, sexuelle Gewalt, Stigmatisierung sowie Eltern-Kind-Kommunikation.

Abschließend folgt die Bewertung der Positiv- und Negativfaktoren des Projektes. Sämtliche Positivfaktoren der Programmimplementation durch religiöse Organisationen sind deutlich ausgeprägt und die Bewertung ist als relativ gesichert anzusehen. Ein besonderer Vorteil für die Umsetzung war, dass das Projekt auf umfassende Weise die vorhandenen Organisationsstrukturen der wichtigsten Religionsrichtungen in Tansania integrieren und nutzen konnte. Diese flächendeckenden und lange etablierten Strukturen ermöglichten dem Projekt eine landesweite Reichweite. Bestätigt wurde dieser Vorteil durch den Evaluierungsbericht eines Pilotprojektes, der das Erreichen ländlicher, bisher unterversorgter Gebiete durch die kirchlichen Strukturen als Vorteil hervorhob.¹⁴¹

Da die wichtigsten religiösen Autoritäten Tansanias über die Dachverbände in das Projekt eingebunden waren, kann auch der Faktor des gesellschaftlichen Einflusses durch moralische Autorität als zutreffend bewertet werden. Die für die Umsetzung des Projektes genutzten Strukturen wie Kirchengemeinden und Bildungseinrichtungen sind in den lokalen Gemeinschaften lange etabliert und fest verankert. Der daraus erwachsene Einfluss auf die entsprechenden Gemeinschaften sollte daher positiv zu den

141 Vgl. *The Balm In Gilead Tanzania* o. J., S. 6.

Projektwirkungen beitragen. Als Beispiel für diesen Einfluss hob der genannte Evaluierungsbericht insbesondere die erfolgreiche Mobilisierung für HIV-Tests durch lokale religiöse Führungspersonen hervor.¹⁴²

Die aus dem Projekt hervorgegangene *Tanzania Interfaith Partnership* wurde bis zum Projektende fest etabliert und organisatorisch gestärkt, sodass diese in der Folge als eigenständiger Partner des PEPFAR-Programms tätig werden konnte. Zudem sollten die Dachverbände unter anderem durch ihre fest etablierten Finanzierungsressourcen für Entwicklungsprojekte die langfristige Unterstützung der Projektziele sicherstellen können. Somit lässt sich der Vorteil für die Nachhaltigkeit des Projekts ebenfalls als zutreffend bewerten.

Von den drei möglichen Negativfaktoren der Programmimplementation trifft nur einer auf das Projekt zu. Gegen eine Überschneidung von Projektleistungen und Missionierungstätigkeiten sprechen sowohl der intrareligiöse Aufbau des Projekts wie auch die vor allem auf die jeweiligen Anhänger zielende Umsetzung der Einzelmaßnahmen. Einer Stigmatisierung HIV-positiver Personen wird durch das Projekt aktiv durch Bildungsmaßnahmen für religiöse Führungspersonen entgegengewirkt. Nur der Negativfaktor der eingeschränkten Programmausrichtung in der HIV-Prävention trifft zu. Die Projektbeschreibung spricht in diesem Zusammenhang von „Präventionsmethoden, die zu traditionellen religiösen Werten passen.“¹⁴³ Dadurch fehlte jeglicher Bezug zur Kondomnutzung als Präventionsmethode. Auch andere Alternativen zur für Jugendliche favorisierten Prävention durch sexuelle Abstinenz bis zur Ehe – wie die zeitliche Zurückstellung des sexuellen Debuts, die Reduktion der Sexualpartner oder Alternativen zu penetrativem Geschlechtsverkehr – wurden bei der Aufklärungsarbeit für Jugendliche vernachlässigt.

6.5 Bewertung der Ergebnisse

Bevor im Folgenden die Bewertung der Ergebnisse erfolgt, soll noch einmal der Hinweis vorangestellt werden, dass nicht die allgemeine Qualität der Projektdurchführung Gegenstand der Untersuchung war. In Bezug auf diese dürfte sich

¹⁴² Vgl. *The Balm In Gilead Tanzania* o. J., S. 5.

¹⁴³ „prevention methods that fit within traditional, faith-based values.“ (*President's Emergency Plan for AIDS Relief* 2008, S. 284).

auch hier die Erkenntnis vorangegangener Studien bestätigen, dass die Ergebnisse von Entwicklungsprojekten vor allem von der Professionalität der Arbeit der Durchführungsorganisation und nicht von ihrer religiösen Orientierung abhängen. Dennoch konnten im Rahmen dieser Untersuchung spezifische, mit dem Einsatz religiöser Organisationen in Verbindung stehende Faktoren nachgewiesen werden, die sich auf die Projektergebnisse auswirken. Tabelle 2 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen.

| | World Vision | ADRA | Salesianer | Balm in Gilead/TIP |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|------------|--------------------|
| Positive Faktoren | | | | |
| Besonderer Einfluss | 0 | (+) | (+) | (+) |
| Große Reichweite | 0 | 0 | (+) | (+) |
| Nachhaltigkeit | (+) | 0 | (+) | (+) |
| Negative Faktoren | | | | |
| Stigmatisierung | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Eingeschränkte Programmausrichtung | (-) | 0 | (-) | (-) |
| Überschneidung zur Missionierung | (-) | 0 | 0 | 0 |
| (+): positiver Faktor trifft auf das Projekt zu (-): negativer Faktor trifft auf das Projekt zu 0: Faktor trifft nicht zu/keine Bewertung möglich | | | | |

Tabelle 2: Eigenschaften der untersuchten Präventionsprojekte

Es ist zu berücksichtigen, dass sich die Bewertung der Projekte wesentlich auf die Betrachtung der Projektpläne stützt. Die tatsächliche Umsetzung vor Ort kann von der Darstellung in den Projektplänen abweichen. Durch die Einbeziehung von Sekundärliteratur und Evaluationsergebnissen konnte der Blickwinkel allerdings zumindest in Teilen erweitert werden. Weiterhin ist in Bezug auf die möglichen Vor- und Nachteile der Projektimplementation festzuhalten, dass diese zwar theoretisch logisch herleitbar sind, ihr empirischer Nachweis aber ungleich komplizierter ist. Die

Bewertung stützte sich daher im Wesentlichen darauf, ob die der theoretischen Herleitung nach erforderlichen Bedingungen für die Projekte zutrafen. Ob daraus tatsächlich die entsprechenden Wirkungen für ein Projekt hervorgegangen sind, ließe sich nur durch entsprechende Evaluationen vor Ort klären.

Bei den zentral vom globalen AIDS-Koordinator finanzierten Projekten wurden die Positivfaktoren der Projektimplementation durch religiöse Organisationen nur zum Teil festgestellt. Zudem waren diese allesamt nur schwach ausgeprägt. Deutlich relevanter waren die Vorteile beim vierten, über die Länderstrukturen finanzierten Projekt, das zudem alle der untersuchten Positivmerkmale aufweist. Somit zeigt dieses Projekt exemplarisch, dass die für die Projektimplementation durch religiöse Organisationen angeführten Vorteile tatsächlich zum Tragen kommen können. Es hat sich allerdings auch gezeigt, dass eine Differenzierung verschiedener religiöser Organisationen sinnvoll erscheint. So trafen die Positivfaktoren eher bei den in Tansania etablierten kirchlichen Organisationen zu, die nicht primär in der Entwicklungszusammenarbeit tätig sind. Bei den beiden internationalen Hilfsorganisationen *World Vision* und *Adventist Development & Relief Agency* fielen die Vorteile so gering aus, dass ein wesentlicher Beitrag zum Projekterfolg unwahrscheinlich ist.

Den festgestellten Vorteilen der Projektimplementation durch religiöse Organisationen standen auch Nachteile gegenüber. Während eine Stigmatisierung HIV-positiver Personen kein Problem darstellte und eine Überschneidung zwischen Projektleistungen und Missionierungstätigkeiten nur in einem Fall problematisch erschien, traf der Negativfaktor der eingeschränkten Präventionsarbeit auf drei der vier Projekte zu. Bei der Aufklärungsarbeit mit Jugendlichen verzichteten alle Projekte darauf, über Kondome als Präventionsmethode zu informieren. Das Projekt der *Adventist Development & Relief Agency* konnte diesen Mangel zumindest durch die Kooperation mit anderen Organisationen ausgleichen.

Eine solche eingeschränkte Ausrichtung der Präventionsarbeit wurde durch die entsprechenden PEPFAR-Richtlinien unterstützt.¹⁴⁴ Daher ist zunächst unklar, ob diese Ausrichtung der Durchführung durch religiöse Organisationen anzulasten ist. Zwei Argumente sprechen dafür. Zum einen haben säkulare Organisationen im Rahmen der

¹⁴⁴ Vgl. *Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* o. J., S. 5.

gleichen Richtlinien umfassendere Präventionsprojekte gestaltet.¹⁴⁵ Auch das Beispiel des Präventionsprojekts der *Adventist Development & Relief Agency* hat gezeigt, dass in religiös orientierten Projekten zumindest Kompromisslösungen möglich sind. Zum Anderen wurde die eingeschränkte Präventionsarbeit in einer Studie von Green auch bei nicht durch PEPFAR finanzierten Projekten religiöser Organisationen festgestellt.¹⁴⁶ Daher kann angenommen werden, dass diese Einschränkung der Projektausrichtung in der Durchführung durch religiöse Organisationen begründet liegt.

Insgesamt kann eine allgemeine Vorteilhaftigkeit der Projektimplementation durch religiöse Organisationen – wie sie von der PEPFAR-Administration dargestellt wurde – angesichts der empirischen Ergebnisse nicht bestätigt werden. Allerdings zeigt zumindest eines der untersuchten Projekte exemplarisch, dass die Vorteile durchaus zutreffen können. Hier scheint allerdings eine weitergehende Differenzierung verschiedener Typen religiöser Organisationen erforderlich. Zudem ist festzuhalten, dass den Vorteilen auch ein gewichtiger Nachteil bei der Projektdurchführung gegenüberstand, namentlich die Einschränkung der Präventionsarbeit auf Maßnahmen, die kompatibel zu den jeweiligen religiösen Moralvorstellungen sind. Da sich die möglichen Vorteile eher auf die Rahmenbedingungen als auf die eigentliche Leistungserbringung bezogen, ist fraglich, ob diese einen solchen Nachteil aufwiegen können.

¹⁴⁵ Als Beispiele können die zentral über den Globalen AIDS-Koordinator finanzierten Projekte des *American Red Cross* und der *International Youth Foundation* in Tansania sowie das über die tansanischen Landesstrukturen finanzierte Projekt von *Family Health International* genannt werden.
¹⁴⁶ Vgl. Green et al. 2010, S. 40–41.

7 Entwicklungspolitische Bewertung

In den vorangegangenen Kapiteln wurde empirisch untersucht, wie sich die strategische Ausrichtung auf eine Projektimplementation durch religiöse Organisationen – als Merkmal einer Orientierung an den Interessen der christlichen Rechten – auf die Umsetzung des PEPFAR-Programms in Tansania ausgewirkt hat. In Kapitel 2 konnte bereits gezeigt werden, dass die inhaltliche Gestaltung der Präventionsstrategie in wesentlichen Punkten von den Moralvorstellungen der christlichen Rechten beeinflusst wurde. Abschließend soll auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse eine Bewertung der Programmmerkmale, die auf die evangelikalen Einflüsse zurückzuführen sind, unter entwicklungspolitischen Gesichtspunkten erfolgen.

7.1 Ergebnisse des PEPFAR-Präventionsprogramms

Idealerweise sollte eine entwicklungspolitische Bewertung eines Programms sich an den erzielten Wirkungen orientieren. Dazu sind die dem theoretischen Wirkungsmodell nach erzielten direkten und indirekten Ergebnisse (*outcomes* und *impact*) zu erfassen und dem Programm plausibel zuzuordnen. Entwirft man ein solches grundlegendes Wirkungsmodell des PEPFAR-Präventionsprogramms, können als direkte Ergebnisse verbesserte Schutzmöglichkeiten der Zielgruppe vor HIV-Infektionen verstanden werden. Daraus folgt als indirektes Ergebnis die Nutzung der Schutzmöglichkeiten (beispielsweise in Form von Kondomnutzung, geändertem Verhalten oder Medikamenteneinsatz), woraus als aggregierte Wirkung letztendlich eine Reduktion der HIV-Infektionen hervorgeht. Im Folgenden werden eine Reihe von Indikatoren für Tansania betrachtet, in denen sich mögliche Erfolge des PEPFAR-Programms zeigen sollten.

Die HIV-Inzidenz als Maßzahl für die neuen HIV-Infektionen lag im gesamten Zeitraum von 2001 bis 2011 unverändert bei 0,6.¹⁴⁷ Im Jahr 2011 infizierten sich 150.000 Personen mit dem HI-Virus, gegenüber 140.000 Personen im Jahr 2001.¹⁴⁸ Insgesamt haben sich die Präventionsanstrengungen im betrachteten Zeitraum also nicht in einer

¹⁴⁷ Vgl. *UNAIDS* o. J.

¹⁴⁸ Vgl. *UNAIDS* 2012, S. A17.

Verringerung der HIV-Infektionen in Tansania niedergeschlagen. Auf dieser hoch aggregierten Wirkungsebene kann daher kein Erfolg des Präventionsprogramms konstatiert werden.

Betrachtet man eine Reihe von Indikatoren mit Bezug zu den direkteren Ergebnissen des Präventionsprogramms, ergibt sich ein positiveres Bild. Als Indikatoren dienen Daten zum Wissen und Verhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die für das HIV-Infektionsrisiko relevant sind. Diese Daten wurden regelmäßig von der tansanischen Statistikbehörde erhoben. Die Darstellung stützt sich auf die Erhebungen der Jahre 2004/05, 2007/08 und 2010.¹⁴⁹ So ist der Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15-24 Jahre), die über umfassendes Wissen zu HIV/AIDS verfügen, von 2004 bis 2010 leicht gestiegen. Er lag 2010 aber noch immer unter 50 %, sodass weiterhin großer Aufklärungsbedarf besteht. Auffällig ist zudem, dass das Wissen über die schützende Wirkung von Kondomen im genannten Zeitraum leicht zurückgegangen ist. Auch bei den Verhaltensindikatoren zeichnen sich einige positive Veränderungen ab. Für männliche Jugendliche kann ein Trend zu einer späteren sexuellen Aktivität festgestellt werden. Bei weiblichen Jugendlichen ist es allerdings nicht zu einer entsprechenden Veränderung gekommen. Ähnlich stellt sich das Bild in Bezug auf vorehelichen Geschlechtsverkehr dar. Bei weiblichen Personen haben sich keine Veränderungen gezeigt, während sich der Anteil der männlichen Personen, die vorehelichen Geschlechtsverkehr hatten, von 2004 bis 2010 mehr als halbiert hat. Die Kondomnutzung beim vorehelichen Geschlechtsverkehr hat bei beiden Geschlechtern zugenommen. Insgesamt lassen sich für die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zumindest teilweise positive Veränderungen im Sinne eines geringeren Risikoverhaltens festhalten. Diese Ergebnisse können für einzelne Erfolge des PEPFAR-Programms auf dieser Wirkungsebene sprechen.

Möchte man anhand der dargestellten Daten zu einer Bewertung der Präventionsstrategie des PEPFAR-Programms kommen, so kann nicht von einem Erfolg im Sinne reduzierter HIV-Infektionen gesprochen werden. Allerdings zeigen sich in Bezug auf das Risikoverhalten und den Wissensstand der jungen Bevölkerung einige positive Veränderungen, auch wenn einzelne Punkte wie das rückläufige Wissen über die präventive Wirkung der Kondomnutzung kritisch zu betrachten sind. Der

¹⁴⁹ S. *National Bureau of Statistics Tanzania* und *ORC Macro 2005*; s. *Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS)* et al. 2008; s. *National Bureau of Statistics Tanzania* und *ICF Macro 2011*.

Bewertungsversuch steht jedoch vor dem Problem, dass ohne systematische Evaluationen eine plausible Zuordnung der festgestellten Veränderungen zu einzelnen Maßnahmen oder auch ganzen Programmen schwer möglich ist. Noch weniger kann auf Basis der aggregierten Daten eine Bewertung einzelner Merkmale der Programmgestaltung vorgenommen werden. Daher müssen hierfür neben den genannten Indikatoren andere Maßstäbe hinzugezogen werden, um zumindest theoretisch plausible Wirkungszusammenhänge herzustellen.

Zwei Argumente sprechen dafür, dass die Gründe für fehlende Präventionserfolge in der Ausrichtung der Präventionsstrategie der ersten Phase des PEPFAR-Programms zu suchen sind. Dabei sind jene Merkmale, die auf den evangelikalen Einfluss bei der Programmgestaltung zurückgeführt werden können, besonders kritisch zu betrachten. Der erste Kritikpunkt bezieht sich auf die inhaltliche Ausrichtung der Präventionsstrategie. Die vor allem auf sexuelle Abstinenz abzielende Präventionsarbeit mit Jugendlichen und die Beschränkung der Kondomnutzung auf besondere Risikogruppen entsprechen nicht dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur erfolgreichen Gestaltung von HIV-Präventionsmaßnahmen. Dieser legt zwar die Wirksamkeit umfassender Ansätze zur HIV-Prävention durch Verhaltensänderung nahe, eine Bevorzugung einzelner Verhaltensänderungen könne hingegen nicht durch wissenschaftliche Erkenntnisse gerechtfertigt werden.¹⁵⁰ Die beim PEPFAR-Programm vorgenommene Priorisierung mit einer Bevorzugung von Abstinenz und Treue gegenüber der Kondomnutzung widerspricht nicht nur dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur HIV-Prävention, sie steht auch im Widerspruch zu den Vorgaben der tansanischen Regierung für Präventionsprogramme sowie dem als erfolgreiches Vorbild angeführten Präventionsansatz Ugandas.¹⁵¹ Somit lässt sich die Gestaltung des Präventionsprogramms gemäß den Moralvorstellungen der christlichen Rechten als plausibler Erklärungsfaktor für die unzureichende Wirksamkeit des Programms bei der HIV-Prävention festhalten.

Der zweite Kritikpunkt betrifft den Fokus auf religiöse Organisationen im Präventionsprogramm der ersten PEPFAR-Phase. Die Umsetzung durch diese Organisationen sollte besonders vorteilhaft für die Präventionsmaßnahmen sein. Die

¹⁵⁰ Vgl. *Speizer et al.* 2003, S. 345; vgl. *UNAIDS* 2012, S. 18.

¹⁵¹ Zu den tansanischen Vorgaben vgl. *Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS)* 2007, S. 65–66; zu Uganda vgl. *Slutkin et al.* 2006 sowie *Cohen* 2004, S. 133.

empirische Untersuchung der entsprechenden Projekte in Tansania konnte die angeführten Vorteile zwar zum Teil bestätigen, hat aber auch einen wesentlichen Nachteil identifiziert. So war die bereits im ersten Punkt kritisierte, eingeschränkte Ausrichtung der Präventionsarbeit bei den untersuchten Projekten religiöser Umsetzungsorganisationen besonders ausgeprägt. An anderer Stelle wurde bereits aufgezeigt, dass die Fokussierung auf religiöse Organisationen zur Auswahl von Umsetzungspartnern ohne Erfahrung in Bezug auf HIV/AIDS-Programmierung geführt hat.¹⁵² Diese Tatsache ist im Lichte der Forschungsergebnisse kritisch zu bewerten, denn die möglichen Vorteile der Projektimplementation durch religiöse Organisationen können keinesfalls die Nachteile einer unprofessionellen Umsetzung ausgleichen.

Relativiert wird die Kritik an der Fokussierung auf religiöse Organisationen im Fall Tansanias dadurch, dass diese als direkte PEPFAR-Partner im Präventionsbereich insgesamt betrachtet nur eine geringe Relevanz hatten. Sie wurden vor allem zentral über den globalen AIDS-Koordinator aus Washington finanziert, während durch die Landesstrukturen nur ein einzelnes Projekt über religiöse Organisationen abgewickelt wurde. Ein Grund dafür könnte sein, dass sich die entwicklungspolitisch problematische Fokussierung auf religiöse Organisationen leichter in den zentralen Strukturen in Washington als in den etablierten Länderstrukturen durchsetzen ließ. Aufgrund der geringen Relevanz ist die Fokussierung auf religiöse Organisationen bei der Projektumsetzung nur begrenzt als Erklärungsfaktor für ausbleibende Präventionserfolge dienlich.

Zusammenfassend kann die eingangs formulierte These, dass die Orientierung an den Interessen der von evangelikalen Gruppen getragenen christlichen Rechten bei der Gestaltung des PEPFAR-Programms zu einer unter entwicklungspolitischen Gesichtspunkten problematischen Ausrichtung geführt hat, prinzipiell bestätigt werden. Diese Feststellung gilt vor allem für die inhaltliche Ausrichtung des Präventionsprogramms und mit Einschränkungen auch für die Fokussierung auf religiöse Organisationen. Letztere darf allerdings nicht nur im Zusammenhang mit den evangelikalen Einflüssen auf das PEPFAR-Programm betrachtet werden. So rechtfertigt die wichtige Rolle religiöser Organisationen im Wohlfahrts- und Gesundheitssystem Tansanias in den Programmbereichen Behandlung und Fürsorge durchaus eine

¹⁵² Vgl. *Dietrich* 2007, S. 289.

verstärkte Zusammenarbeit mit den entsprechenden Organisationen. In diesen Bereichen spielt auch die bei der HIV-Prävention bestehende Konfliktlinie zwischen einer religiös konservativen Sexualmoral und einer effektiven Gestaltung der Präventionsansätze keine Rolle.

7.2 Ausblick

Ein Gesamtbild des Einflusses der christlichen Rechten auf die US-amerikanische Entwicklungspolitik und das PEPFAR-Programm sollte den Blickwinkel nicht nur auf die entwicklungspolitisch problematischen Ergebnisse beschränken. Denn es ist zu berücksichtigen, dass die Unterstützung durch evangelikale Gruppen im rechten Flügel der Republikanischen Partei einer der Gründe für die Dynamisierung der US-amerikanischen Entwicklungszusammenarbeit war.¹⁵³ Mit dieser neuen Unterstützungsbasis wurde auch die Hoffnung verbunden, dass sich die US-amerikanische Entwicklungszusammenarbeit sich aus dem Dualismus von außenpolitischen und entwicklungspolitischen Interessen befreien könne, der lange Zeit notwendig war, um ausreichende politische Unterstützung zu mobilisieren.¹⁵⁴ Tatsächlich spielten außenpolitische Motive für das Zustandekommen des PEPFAR-Programms keine bedeutende Rolle. Aber anstelle außenpolitischer Erwägungen übte die innenpolitische Agenda der christlichen Rechten jetzt einen wesentlichen Einfluss auf die inhaltliche Programmgestaltung aus, was nach den Maßstäben einer humanitär motivierten Entwicklungspolitik zu problematischen Ergebnissen geführt. Somit fällt die Beurteilung der evangelikalen Einflüsse ambivalent aus.

Ein bedeutender Faktor für die Fortsetzung des PEPFAR-Programms wird die zukünftige Positionierung der christlichen Rechten sein. Nachdem das PEPFAR-Programm durch den US-Kongress im Jahr 2008 um eine zweite Phase bis 2013 verlängert und deutlich aufgestockt worden war, erfolgte durch die Wahl *Barack Obamas* zum US-Präsidenten ein Regierungswechsel in den USA. Die neue Administration nahm wesentliche Änderungen an der Strategie des PEPFAR-

¹⁵³ Vgl. *Kevenhörster* 2006, S. 34.

¹⁵⁴ Vgl. *Lancaster* 2007, S. 108.

Programms vor, sodass die durch den Einfluss der christlichen Rechten geprägten, entwicklungspolitisch kritisch zu betrachtenden Merkmale des Programms entschärft wurden.

Bisher wurde das PEPFAR-Programm im Kongress durch eine breite, parteiübergreifende Koalition getragen. Vor dem Hintergrund der US-amerikanischen Haushaltslage dürfte bei der im aktuellen Jahr anstehenden Reautorisierung des Programms weiterhin eine breite politische Unterstützung zur Aufrechterhaltung des Budgetniveaus vonnöten sein. Da die unter der Regierung Obama erfolgte Neuausrichtung der Präventionsstrategie weit weniger kompatibel mit den Moralvorstellungen der christlichen Rechten ist, bleibt abzuwarten, ob die entsprechenden Gruppen ihre Unterstützung für das Programm aufrechterhalten und somit eine dauerhafte Basis für ein verstärktes entwicklungspolitisches Engagement der USA bilden.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- 108th Congress (2003): United States Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Act of 2003. Public Law 108-25.
- Berger, Julia (2003): Religious Nongovernmental Organizations: An Exploratory Analysis. In: *Voluntas: International Journal of Voluntary & Nonprofit Organizations* 14 (1), S. 15–39.
- Center for Health and Gender Equity (2004): Debunking the Myths In The U.S. Global AIDS Strategy. An Evidence-Based Analysis. Takoma Park, MD. Online verfügbar unter http://www.genderhealth.org/files/uploads/pepfar_watch/publications/fiveyearstratanalysismar2004.pdf.
- Chaves, Mark (2002): Religious Congregations. In: Lester M. Salamon (Hg.): *The state of nonprofit America*. Washington, DC: Brookings Institution Press, S. 275–298.
- Clarke, Gerard (2006): Faith matters: faith-based organisations, civil society and international development. In: *Journal of International Development* 18 (6), S. 835–848.
- Clarke, Gerard (2008): Faith-Based Organizations and International Development: An Overview. In: Gerard Clarke und Michael Jennings (Hg.): *Development, civil society and faith-based organizations. Bridging the sacred and the secular*. Basingstoke: Palgrave Macmillan (International Political Economy Series), S. 17–45.
- Cohen, Susan (2004): Beyond slogans. Lessons from Uganda's experience with ABC and HIV/AIDS. In: *Reproductive health matters* 12 (23), S. 132–135.
- Davis, Comfort; Jegede, Ayodele; Leurs, Robert; Sunmola, Adegbeniga; Ukiwo, Ukoha (2011): Comparing religious and secular NGOs in Nigeria. Are faith-based organizations distinctive? Birmingham (Religions and development working paper, 56).
- Dietrich, John W. (2007): The Politics of PEPFAR: The President's Emergency Plan for AIDS Relief. In: *Ethics & International Affairs* 21 (3), S. 277–292.
- Forman, Shepard; Stoddard, Abby (2002): International Assistance. In: Lester M. Salamon (Hg.): *The state of nonprofit America*. Washington, DC: Brookings Institution Press, S. 240–274.
- General Conference of Seventh-day Adventists (2012a): Mara Conference - Adventist Organizational Directory. Silver Spring, MD. Online verfügbar unter <http://www.adventistdirectory.org/ViewAdmField.aspx?AdmFieldID=MARC>, zuletzt aktualisiert am 21.12.2012, zuletzt geprüft am 08.02.2013.

- General Conference of Seventh-day Adventists* (2012b): North-East Tanzania Conference - Adventist Organizational Directory. Silver Spring, MD. Online verfügbar unter <http://www.adventistdirectory.org/ViewAdmField.aspx?AdmFieldID=NETC>, zuletzt aktualisiert am 12.11.2012, zuletzt geprüft am 08.02.2013.
- General Conference of Seventh-day Adventists* (2012c): South Nyanza Conference - Adventist Organizational Directory. Silver Spring, MD. Online verfügbar unter <http://www.adventistdirectory.org/ViewAdmField.aspx?AdmFieldID=SNYC>, zuletzt aktualisiert am 21.12.2012, zuletzt geprüft am 08.02.2013.
- Global Health Council* (Hg.) (2005): Faith in Action. Examining the Role of Faith-Based Organizations in Addressing HIV/AIDS. Washington, DC; White River Junction, VT.
- Green, Maia; Mercer, Claire; Mesaki, Simeon* (2010): The development activities, values and performance of non-governmental and faith-based organizations in Magu and Newala districts, Tanzania. Birmingham (Religions and development working paper, 49).
- Hearn, Julie* (2002): The 'Invisible' NGO: US Evangelical Missions in Kenya. In: *Journal of Religion in Africa* 32 (1).
- Holenstein, Anne-Marie* (2010): Religionen - Potential oder Gefahr? Religion und Spiritualität in Theorie und Praxis der Entwicklungszusammenarbeit. Wien, Zürich, Berlin, Münster: Lit.
- Institute of Medicine* (2013): Evaluation of PEPFAR. (Prepublication Copy). Washington, DC: National Academies Press.
- Isaksen, Jan; Songstad, Nils Gunnar; Spissøy, Arild* (2002): Socio-economic effects of HIV/AIDS in African countries. Chr. Michelsen Institute. Bergen (CMI Reports, 10).
- Jeavons, Thomas H.* (1993): Identifying Characteristics of "Religious" Organizations: An Exploratory Proposal. New Haven, CT (PONPO Working Paper, 193).
- Jeavons, Thomas H.* (2004): Religious and Faith-Based Organizations: Do We Know One when We See One? In: *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 33 (1), S. 140–145.
- Jennings, Michael* (2008): The spirit of Brotherhood: Christianity and Ujamaa in Tanzania. In: Gerard Clarke und Michael Jennings (Hg.): Development, civil society and faith-based organizations. Bridging the sacred and the secular. Basingstoke: Palgrave Macmillan (International Political Economy Series), S. 94–116.
- Kelsall, Tim; Mercer, Claire* (2003): Empowering People? World Vision & 'Transformatory Development' in Tanzania. In: *Review of African Political Economy* 30 (96), S. 293–304.
- Kevenhörster, Paul* (2006): Das Millennium-Projekt. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (14), S. 31–38.

- Kiondo*, Andrew (1995): When the state withdraws. Local development, politics and liberalisation in Tanzania. In: Peter Gibbon (Hg.): *Liberalised Development in Tanzania. Studies on Accumulation Processes and Local Institutions*. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet, S. 109–176.
- Lancaster*, Carol (2007): *Foreign aid. Diplomacy, development, domestic politics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lange*, Siri; *Wallevik*, Hege; *Kiondo*, Andrew (2000): *Civil Society in Tanzania*. Chr. Michelsen Institute. Bergen (CMI Reports, 6).
- Leurs*, Robert; *Tumaini-Mungu*, Peter; *Mvungi*, Abu (2011): Mapping the development activities of faith-based organizations in Tanzania. Birmingham (Religions and development working paper, 58).
- Lewis*, David; *Kanji*, Nazneen (2009): *Non-governmental organizations and development*. London: Routledge (Routledge perspectives on development).
- Lipsky*, Alyson B. (2011): Evaluating the strength of faith: Potential comparative advantages of faith-based organizations providing health services in sub-Saharan Africa. In: *Public Administration and Development* 31 (1), S. 25–36.
- Lopez*, Carla; *Speizer*, Ilene (2009): *Curricula Review of Emergency Plan Centrally-Funded HIV Prevention Programs for Youth*. MEASURE Evaluation. Chapel Hill, NC.
- Marshall*, Katherine (2008): *Practitioners, Faith Inspired Organizations, and Global Development Work. A Discussion with Mark Webster, Vice President for Programs, ADRA (Adventist Development and Relief Agency International)*. Berkley Center for Religion, Peace & World Affairs, Georgetown University. Washington, DC. Online verfügbar unter <http://berkeleycenter.georgetown.edu/interviews/a-discussion-with-mark-webster-vice-president-for-programs-adra-adventist-development-and-relief-agency-international>, zuletzt geprüft am 10.02.2013.
- Merten*, Peter (2002): *Das Feuer von Siai. Selbsthilfe und Entwicklungshilfe in Tansania*. Berlin: Reimer.
- Miller*, Paul R. (2006): US faith-based development organizations. Challenged with the spoils of success? In: *Perspectives*, S. 19–21.
- Mwakalobo*, Adam B. S. (2007): Implications of HIV/AIDS for Rural Livelihoods in Tanzania: The Example of Rungwe District. In: *African Studies Review* 50 (3), S. 51–73.
- National Bureau of Statistics Tanzania; ICF Macro* (2011): *Tanzania Demographic and Health Survey 2010*. Dar es Salaam. Online verfügbar unter http://www.tacaids.go.tz/component/docman/doc_download/55-demographic-and-health-survey-2010.html.
- National Bureau of Statistics Tanzania; ORC Macro* (2005): *Tanzania Demographic and Health Survey 2004-2005*. Dar es Salaam. Online verfügbar unter <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR173/FR173-TZ04-05.pdf>.

- Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* (o. J.): ABC Guidance #1. For United States Government In-Country Staff and Implementing Partners Applying the ABC Approach To Preventing Sexually-Transmitted HIV Infections Within The President's Emergency Plan for AIDS Relief. Online verfügbar unter <http://www.state.gov/documents/organization/57241.pdf>.
- Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* (2004): The President's Emergency Plan for AIDS Relief. U.S. Five-Year Global HIV/AIDS Strategy. Office of the U.S. Global AIDS Coordinator. Washington, DC.
- Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* (2009a): The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief Five-Year Strategy. Annex: PEPFAR and Prevention, Care, and Treatment. Online verfügbar unter <http://www.pepfar.gov/documents/organization/133434.pdf>.
- Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* (2009b): The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief Five-Year Strategy. Online verfügbar unter <http://www.pepfar.gov/documents/organization/133035.pdf>.
- Oomman, Nandini; Bernstein, Michael; Rosenzweig, Steven* (2008): The numbers behind the stories. PEPFAR Funding for fiscal years 2004 to 2006. Washington, DC.
- Parker; Warren; Birdsall, Karen* (2005): HIV/AIDS, Stigma and Faith-based Organisations. A review. DFID; Futures Group MSP.
- Pearson, Ruth; Tomalin, Emma* (2008): Intelligent Design? A Gender-Sensitive Interrogation of Religion and Development. In: Gerard Clarke und Michael Jennings (Hg.): Development, civil society and faith-based organizations. Bridging the sacred and the secular. Basingstoke: Palgrave Macmillan (International Political Economy Series), S. 46–71.
- President's Emergency Plan for AIDS Relief* (o. J.): PEPFAR: Support for Host Nations. Online verfügbar unter <http://2006-2009.pepfar.gov/about/c19381.htm>, zuletzt geprüft am 25.02.2013.
- President's Emergency Plan for AIDS Relief* (2005): Report on Community and Faith-Based Organizations. Online verfügbar unter <http://www.state.gov/documents/organization/54420.pdf>.
- President's Emergency Plan for AIDS Relief* (2007): Tanzania 2007 Country Operational Plan. Online verfügbar unter <http://www.pepfar.gov/documents/organization/103942.pdf>.
- President's Emergency Plan for AIDS Relief* (2008): Tanzania 2008 Country Operational Plan. Online verfügbar unter <http://www.pepfar.gov/documents/organization/113024.pdf>.
- President's Emergency Plan for AIDS Relief* (2009): Tanzania 2009 Country Operational Plan. Online verfügbar unter <http://www.pepfar.gov/documents/organization/140421.pdf>.

- President's Emergency Plan for AIDS Relief (2012a)*: Tanzania Operational Plan Report FY 2010. Online verfügbar unter <http://www.pepfar.gov/documents/organization/145736.pdf>.
- President's Emergency Plan for AIDS Relief (2012b)*: Tanzania Operational Plan Report FY 2011. Online verfügbar unter <http://www.pepfar.gov/documents/organization/145736.pdf>.
- Salamon, Lester M. (2002): The Resilient Sector: The State of Nonprofit America. In: Lester M. Salamon (Hg.): The state of nonprofit America. Washington, DC: Brookings Institution Press, S. 3–61.
- Salamon, Lester M.; Anheier, Helmut K. (1992): In search of the non-profit sector. I: The question of definitions. In: *Voluntas* 3 (2), S. 125–151.
- Sepúlveda, Jaime; Carpenter, Charles; Curran, James; Holzemer, William; Smits, Helen; Scott, Kimberly; Orza, Michele (2007): PEPFAR implementation. Progress and promise. Washington, DC: National Academies Press.
- Sessions, Myra (o. J.): Overview of the President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). Center for Global Development, HIV/AIDS Monitor. Online verfügbar unter <http://www.cgdev.org/doc/HIVAIDSMonitor/OverviewPEPFAR.pdf>.
- Sider, Ronald J.; Unruh, Heidi R. (2004): Typology of Religious Characteristics of Social Service and Educational Organizations and Programs. In: *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 33 (1), S. 109–134.
- Slutkin, Gary; Okware, Sam; Naamara, Warren; Sutherland, Don; Flanagan, Donna; Carael, Michel et al. (2006): How Uganda Reversed Its HIV Epidemic. In: *AIDS and Behavior* 10 (4), S. 351–360. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1544374/>, zuletzt geprüft am 09.03.2013.
- Speizer, Ilene; Lopez, Carla (2007): Field Assessment of Emergency Plan Centrally-Funded HIV Prevention Programs for Youth. MEASURE Evaluation. Chapel Hill, NC.
- Speizer, Ilene; Magnani, Robert; Colvin, Charlotte (2003): The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence. In: *Journal of Adolescent Health* 33 (5), S. 324–348.
- Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS) (2007): The Second National Multi-Sectoral Strategic Framework on HIV and AIDS (2008 – 2012). Dar es Salaam.
- Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS) (2012): About Us. Dar es Salaam. Online verfügbar unter <http://www.tacaids.go.tz/about-tacaids.html>, zuletzt geprüft am 09.03.2013.
- Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS); Zanzibar AIDS Commission (ZAC); National Bureau of Statistics Tanzania; Office of the Chief Government Statistician (OCGS); Macro International Inc. (2008): Tanzania HIV/AIDS and Malaria Indicator Survey 2007-08. Dar es Salaam. Online verfügbar unter http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AIS6/AIS6_05_14_09.pdf.

- The Balm In Gilead Tanzania* (Hg.) (o. J.): Our Church and Mosque Lights the Way. Report on the Development, Implementation and Outcomes of Demand Creation of HIV Counseling and Testing Project Piloted in Shinyanga, Tanzania. Online verfügbar unter http://www.balmingilead.org/downloads/resources/Our%20Church%20Lights%20the%20Way%20%20Adaption%20Report%20-_The_Shinyanga_Study.pdf.
- The Global Health Technical Assistance Project* (2009): Preventing HIV Infections in Youth Aged 10-24 Years. Report of the USAID Track 1.0 ABY Program Review. Washington, DC. Online verfügbar unter http://www.ghtechproject.com/files/Track_1_ABY_Evaluation_508_7-10-2009.pdf.
- U.S. Department of State* (2006): Country Operational Plan 2006 Tanzania. Online verfügbar unter <http://foia.state.gov/cop/tanzania06.pdf>.
- U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief* (2012): A Firm Foundation. The PEPFAR Consultation on the Role of Faith-based Organizations in Sustaining Community and Country Leadership in the Response to HIV/AIDS. U.S. Department of State. Washington, D.C.
- UNAIDS* (o. J.): AIDSinfo. Online verfügbar unter <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>, zuletzt geprüft am 21.12.2012.
- UNAIDS* (2010): Global Report. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Genf.
- UNAIDS* (2012): Global Report. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2012. Genf.
- United Nations Development Programme* (2011a): Human development report 2011. Sustainability and equity: a better future for all. New York, Basingstoke: United Nations; Palgrave Macmillan.
- United Nations Development Programme* (2011b): United Republic of Tanzania. HDI values and rank changes in the 2011 Human Development Report. Online verfügbar unter <http://hdrstats.undp.org/images/explanations/TZA.pdf>.
- Williams, Daniel K.* (2010): *God's Own Party. The making of the Christian right.* Oxford, New York: Oxford University Press.
- Wineburg, Robert J.* (2007): *Faith-based inefficiency. The follies of Bush's initiatives.* Westport, CT, London: Praeger.
- World Vision International (2002): Board Policy. Transformational Development. Online verfügbar unter [http://www.transformational-development.org/Ministry/TransDev2.nsf/C10F771C6F096B5188256F4F00742F2E/\\$file/Transformational%20Development%20Policy.pdf](http://www.transformational-development.org/Ministry/TransDev2.nsf/C10F771C6F096B5188256F4F00742F2E/$file/Transformational%20Development%20Policy.pdf).

World Vision International (2010): Frequently Asked Questions. Online verfügbar unter <http://www.wvi.org/wvi/wviweb.nsf/maindocs/B59C94637940E8B98825737800734A3C?opendocument>, zuletzt aktualisiert am 22.06.2010, zuletzt geprüft am 09.03.2013.

| Budget Code | Programmkomponente | Programmkategorie | Programmbereich |
|-------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------|
| HVOP | Condoms and Other Preventions | | |
| HVAB | Abstinence and Be Faithful | Sexual Prevention | |
| MTCT | Prevention of Mother to Child Transmission | Prevention of Mother to Child Transmission | |
| HVCT | Counseling and Testing | Counseling and Testing | |
| CIRC | Male Circumcision | | Prevention |
| IDUP | Injecting and non-Injecting Drug Use | | |
| HMIN | Injection Safety | Biomedical Prevention | |
| HMBL | Blood Safety | | |
| PDTX | Pediatric Treatment | Pediatric Care and Treatment | |
| HTXD | ARV Drugs | ARV Drugs | Treatment |
| HTXS | Adult Treatment | Adult Care and Treatment | |
| HVTB | TB/HIV | TB/HIV | |
| PDCS | Pediatric Care and Support | Pediatric Care and Treatment | |
| HKID | Orphans and Vulnerable Children | Orphans and Vulnerable Children | Care |
| HBHC | Adult Care and Support | Adult Care and Treatment | |
| HVMS | Management and Staffing | - | |
| HVSI | Strategic Information | Strategic Information | |
| HLAB | Laboratory Infrastructure | Laboratory Infrastructure | Other |
| OHSS | Health System Strengthening | Health System Strengthening | |

Anhang

Tabelle 3: Zuordnung der PEPFAR-Komponenten zu Kategorien und Programmbereichen