



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Antiretrovirale Therapie in Tansania: Ein Angebot im
Widerspruch zwischen internationaler
Geber_innengemeinschaft und multinationalen Konzernen.“

Verfasserin

Elisabeth Johanna Zenz

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 390

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Internationale Entwicklung

Betreuer:

Dr. Wolfram Schaffar

Danksagung

Es gibt viele Faktoren die richtig zusammenspielen mussten, damit ich diese Arbeit verfassen konnte und ebenso viele Menschen, welche eine Unterstützung für mich darstellten. Insofern bedanke ich mich beim Universum, dass es so gut mit mir kooperiert hat und die Umstände meinen Bedürfnissen entsprechend eingerichtet hat. Dass ich zum Beispiel keine krasse Krankheit bekam, keinen Unfall hatte und kein Liebesdrama durchstehen musste. In erster Linie bin ich jedoch stolz darauf, dass ich diesen Prozess, von Lohnarbeit und anderen Projekten begleitet, überlebt habe, zuversichtlich und motiviert geblieben bin.

Ein großer Dank geht ebenso an meine Freundinnen Fini und Lisa und der Insel Susak, auf welcher wir zu Dritt den Start der Diplomarbeit bestritten haben. So haben wir den Prozess des Schreibens positiv besetzt und werden ihn ewig mit Meeresrauschen und Sonne verbinden.

Weiters bin ich meiner Familie und meinen Freund_innen sehr dankbar, die mir den Schreibprozess mit tatkräftiger Unterstützung unheimlich erleichterten. Einigen Menschen, mit welchen ich regelmäßig trainiere und die mich ablenken und künstlerisch inspirierten bin ich auch sehr dankbar, da mich die Ablenkung immer zwischendurch von einer chronischen Diplomarbeitskrankheit gerettet hat.

Ein wesentlicher Dank geht auch an meine Freunde und Bekannten aus Tansania beziehungsweise Personen mit welchen ich durch Tansania zusammenarbeitete und ohne welche diese Arbeit nie zustande gekommen wäre. Durch deren kompromisslosen politischen Einsatz ist das Thema meiner Arbeit erst relevant für mich geworden. Zu nennen sind hier: Vicky Netetema, Rainer Brandl, Gottfried Mernyie, Fabian Wirnsperger, Jackson Mbogela, Jumah Madati, Muhingo Rhewemamu, Veneranda Sanga und Wema Sanga.

Ein großer Dank geht auch an meine Freude an die Zukunft und die vielen schönen Dinge die ich noch machen will und die mich dazu angetrieben haben rasch zu schreiben mit der Aussicht dass das was danach kommt einladend genug ist.

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	3
INHALTSVERZEICHNIS	4
1 EINLEITUNG.....	6
1.1 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	6
1.2 PERSÖNLICHER BEZUG ZUR THEMATIK	8
1.3 THEMATISCHER ÜBERBLICK UND FORSCHUNGSVORHABEN	9
1.4 STAND DER FORSCHUNG	10
1.5 AUFBAU DER ARBEIT	10
1.6 BEGRIFFLICHER UMGANG	12
2 THEORETISCHE EINBETTUNG	16
2.1 VERORTUNG VON „ENTWICKLUNG“ UND ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT	16
2.2 POST-DEVELOPMENT	18
2.3 GESUNDHEIT UND ENTWICKLUNG	22
2.3.1 Gesundheitsdefinitionen	22
2.3.2 Armut, Gesundheit und „Foreign Aid“	24
2.4 THEMATISCHE KONTEXTUALISIERUNG	27
2.4.1 Geschichtlicher Überblick und gesundheitspezifische Rollenbildung in der EZA	27
2.4.2 Überlegungen und Indikatoren zu Ungleichheiten und Gesundheit	30
2.4.3 Das Recht auf Gesundheit in Erwägung	32
3 GESUNDHEITSSYSTEM, HIV/AIDS, TANSANIA.....	35
3.1 HIV/AIDS UND DIE ANTIRETROVIRALE THERAPIE INTERNATIONAL	35
3.1.1 Definition und Geschichte	35
3.1.2 Das „soziale Aids“ im globalen Kontext	36
3.1.3 Antiretrovirale Therapie: Verlauf und Möglichkeiten	38
3.1.3.1 Symptome und Stadien von HIV/Aids	38
3.1.3.2 Der HIV-Test und Beratung	40
3.1.3.3 CD4-Wert und Viruslast	41
3.1.3.4 Die Antiretrovirale Therapie ART	41
3.2 „THERAPEUTIC CITIZENSHIP“: DIE STIMMEN DER PATIENT_INNEN	45
3.2.1 Neue Formen des <i>citizenship</i>	45
3.2.2 Therapeutic citizenship	46
3.2.3 Der Expert-patient	47
3.2.4 Therapeutic citizenship und ART	49
3.2.5 Global therapeutic citizenship	50
3.2.6 Kritik und Bedenken	51
3.3 TANSANISCHES GESUNDHEITSSYSTEM IM INTERNATIONALEN KONTEXT	54
3.3.1 Tansania: Demographische, geographische Charakteristika und Geschichte	55
3.3.2 HIV/Aids in Tansania	57
3.3.3 Entstehung und struktureller Aufbau des tansanischen Gesundheitssystems	58
3.3.3.1 Was ist ein Gesundheitssystem	58
3.3.3.2 Reformen und aktueller Aufbau	60
3.3.4 Implementierung der antiretroviralen Therapie landesweit: Verlauf, Hindernisse, Zuständige Autoritäten	66
3.3.4.1 Klinische Implementierung der ART	68
3.4 INTERNATIONALE BETEILIGUNG VON AKTEUR_INNEN	71
3.4.1 Spendengelder, Partnerschaften und Kooperationen mit Tansania	71
3.4.2 Zwischenfazit:	75

4	FORSCHUNGSTEIL.....	77
4.1	AUSWAHL DES MATERIALS:	77
4.1.1	Interviews	77
4.1.2	Zeitungsartikel.....	79
4.2	METHODISCHES VORGEHEN.....	81
4.2.1	Expert_inneninterview	81
4.2.2	Qualitative Inhaltsanalyse	82
4.2.3	Abgleichung der Auswertung mit dem medizinischen Report Jumah Madati`s.....	84
4.3	DIE KATEGORIEN	85
4.3.1	Kategorie 1: HIV/Aids in Tansania: Lebensumstände und Maßnahmen.....	85
4.3.2	Kategorie 2: Korruption und Profitorientierung im Gesundheitssektor.....	88
4.3.3	Kategorie 3: Die Absetzung der <i>Cyflow</i>	93
4.3.4	Kategorie 4: Fallbeispiele aus Makete/Bulongwa und Formen des Widerstandes	106
4.3.5	Kategorie 5: Konsequenzen durch die Verwendung der <i>Facscout</i> statt <i>Cyflow</i>	112
4.3.6	Kategorie 6: Journalismus und Medienarbeit zu HIV/Aids in Tansania.....	114
4.3.7	Forschungsfazit:	116
5	RESÜMEE	119
6	BIBLIOGRAPHIE	124
7	ANHANG	137
	ABSTRACT AUF DEUTSCH	137
	ABSTRACT IN ENGLISH	138
	CURRICULUM VITAE.....	139

1 Einleitung

„How can we depend upon foreign governments and companies for the major part of our development without giving to those governments and countries a great part of our freedom to act as we please? The truth is that we cannot.“ (Nyerere 1968 zitiert in Gomes 2003: 25)

1.1 Abkürzungsverzeichnis

AIDS:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BD:	Bacton and Dickinson
BIP:	Bruttoinlandsprodukt
BLH:	Bulongwa Lutheran Hospital
CTC:	Care and Treatment
CSO:	Civil Society Organization
CIDA:	Canadian International Development Agency
DANIDA:	Danish International Development Agency
DMO:	District Medical Officer
GFATM:	Global Fund for Aids, TB and Malaria
HIV:	Human Immunodeficiency Virus
HSR:	Health Sector Reform
ELCT:	Evangelical Lutheran Church in Tanzania
EFV:	Efavirenz (ARV-Wirkstoff)
EZA:	Entwicklungszusammenarbeit
FBO:	Faith Based Organizations
FTC:	Emtricitabine (ARV-Wirkstoff)
HBF:	Health Basket Fund
HSSP:	Health Sector Strategic Plan
IMTU:	International Medical and Technological University
JICA:	Japan International Cooperation Agency
LGA:	Local Government Authority
NGO:	Non-Governmental Organization
NRTI:	Non-nucleoside reverse-transcriptase inhibitor (ARV-Wirkstoff)
MUCHS:	Muhimbili University College of Health Sciences
MoHSW:	Ministry of Health and Social Welfare
NACP:	National Aids Control Program
NMSF:	National Multi Sectoral Framework
PEPFAR:	The United States President's Emergency Plan for Aids Relief
PHC:	Primary Health Care

PHLB:	Private Health Laboratories Regulations Act
PIUMA:	Pima Ili Uishi Nn Matumaini (Teste dich und lebe mit Hoffnung), tansanische lokale NGO gegründet von Menschen die mit HIV/Aids leben
PLHAs:	People or Person living with HIV and Aids
PMTCT:	Prevention of Mother to Child Transmission of HIV
PMO:	Prime Minister`s Office
PPPs:	Public Private Partnerships
RACC:	Regional AIDS Control Coordinator
RHM:	Regional Health Management
SAPs:	Strukturanpassungsprogramme
SCD:	South Central Diocese
TANU:	Tanganyika African National Union
TC`s:	Therapeutic citizens
TDF:	Tenofovir disoproxil fumarate (ARV-Wirkstoff)
3TC:	Lamivudine (ARV-Wirkstoff)
UNAIDS:	Joint United Nations Programme on HIV and Aids
UNDP:	United Nations Development Programme
UNJP:	United Nations Joint Program of Support Tanzania
UNICEF:	United Nations International Children`s Emergency Fund
WSF:	World Social Forum

1.2 Persönlicher Bezug zur Thematik

Durch meine verschiedenen Aufenthalte im Süden Tansanias und einer langjährigen Kooperation mit der tansanischen HIV/Aids Selbsthilfe-NGO PIUMA, konnte ich den Kampf der von HIV/Aids Betroffenen um das Recht auf die bestmögliche gesundheitliche Versorgung unmittelbar mit verfolgen. Dadurch wurde ich mit dem Vorgang der Antiretroviralen Therapie ART familiär, mit der Verwendung der notwendigen Medikamente, sowie mit den damit verbundenen CD4-Test-Maschinen welche extrem wichtig für das richtige medikamentöse Abstimmen der Therapie sind. Im Zuge dessen arbeitete ich mit mehreren Expert_innen zusammen, welche in den letzten Jahren für das Aufdecken verschiedener (Korruptions¹)-Skandale in Tansania verantwortlich waren. Somit befinde ich mich in direktem Kontakt mit den derzeitigen Bestreiter_innen der US-amerikanischen Facscount-CD4 Zählmaschine der Firma Bacton&Dickinson BD, welche in Tansania eine Monopolstellung innehat.

Da ich das Leiden und den Überlebenskampf vieler Menschen die mit HIV/Aids leben mit ansah, sowie dafür verantwortliche destruktive Handlungen lokaler Eliten, internationaler Organisationen und Konzerne, Missionen und staatlicher Institutionen, fühle ich mich dazu verpflichtet mich weiterhin auf akademischer Ebene mit diesem Thema zu befassen. Mein Kollege Mag. Fabian Wirnsperger hat bereits eine Diplomarbeit zum zivilen Widerstand der HIV/Aids-Betroffenen aus der NGO PIUMA verfasst. Daher schreibe ich über das Thema, welches ich damit als nächstes verbunden betrachte. Die Debatte um die CD4-Zählmaschinen ist in Bezug auf Entwicklungspolitik und Machtrelationen sehr relevant zu thematisieren, speziell da sie derzeit in den tansanischen Medien erneut aufgerollt wird.

¹Der Begriff *Korruption* wird hier als keine stereotypisierte Charakteristik „afrikanischer Politik“ verwendet, wie so oft in den Medien vereinfacht, sondern wiederholt lediglich die von den tansanischen Expert_innen selbst gewählte Bezeichnung der Ereignisse, welche in dieser Arbeit behandelt werden.

1.3 Thematischer Überblick und Forschungsvorhaben

HIV/Aids wirkt sich auf Gesellschaften, Politik und sozio-ökonomische Strukturen in verschiedensten Formen aus. Seit etwa fünfundzwanzig Jahren begleitet uns diese Krankheit und hat gesellschaftliche Strukturen grundlegend verändert oder bestehende Strukturen erst zu Bewusstsein gebracht. Gleichsam hat die seit etwa zwanzig Jahren angebotene ART mittlerweile Lebensformen und Denkkonzepte umstrukturiert. Aus 'Angst vor Tod' wurde 'Wille zum Leben' und der Angst vor Stigma und sozialem Tod wird heute vielfach mit Aufklärungsarbeit entgegengewirkt. Im Zusammenhang mit der ART und der Verfügbarkeit der notwendigen Medikamente, gewinnt politischer Aktivismus und die Einforderung von Rechten durch Menschen mit einem gleichen sozio-biologischen Status, an Bedeutung. Große internationale Geber_innen von Spendengeldern und die pharmazeutische Industrie gewinnen Einfluss in Empfängerländern. Aufgrund geringer finanzieller Mittel in Ländern des globalen Südens, stellt die Notwendigkeit von Maßnahmen in Bezug auf HIV/Aids, einen weiteren Grund für finanzielle Abhängigkeiten von Großspendern, wie dem PEPFAR-fund und dem *Global Fund* dar. Die erfolgreiche Umsetzung der Behandlung von HIV/Aids besteht nicht nur aus dem Verteilen von ARVs, sondern einem umfassenden komplexen Behandlungsprogramm, in welchem viele Faktoren in einem System zusammenarbeiten müssen. Zum Beispiel kommt es stark auf die Machtverhältnisse der verschiedenen Akteur_innen in einem Gesundheitssystem an und wie sich diese in der Gesundheitspolitik äußern. Die Einflüsse von außen, der Weltbank, WHO, Geber_innengemeinschaft und einzelnen NGOs spielen ebenso eine große Rolle. Eine oft übersehene aber sehr relevante Position, kommt der Bevölkerung, den von HIV/Aids betroffenen Personen zu. Die Dimensionen deren Involvierung in Zielformulierungen und Umsetzungsprogramme machen das Projekt ART oft erst sinnvoll. Tansania, ein Land mit einer hohen HIV/Aids Prävalenz, bestreitet derzeit einen intensiven Prozess, in welchem versucht wird die bereits angebotene ART effektiv und nachhaltig zu gestalten. Das Zusammenspiel verschiedener Beteiligter, weist sich aufgrund unterschiedlicher Interessen und Bedürfnisse der Akteur_innen oft als problematisch und widersprüchlich. Auf diese Probleme und Widersprüche soll in dieser Arbeit eingegangen werden.

Das Forschungsvorhaben ist es, die strukturellen Widersprüche im Komplex „tansanisches Gesundheitssystem“ in Verbindung zur internationalen Gebergemeinschaft und Entwicklungspolitik zu erfassen. Der spezifische Fokus ist es, herauszufinden wie diese Widersprüche auf die Implementierung der Antiretroviralen Therapie in Tansania wirken. Das Vorhaben soll über eine Akteursanalyse, anhand des Beispiels der öffentlichen CD4-Zähler-Debatte in Tansania, konkretisiert werden. Folgende Hypothesen sollen im Zuge der Arbeit verifiziert oder falsifiziert werden:

- Die Implementierung der ART in Tansania, weist am Beispiel der CD4-Zähler-Debatte, korrupte und profitorientierte Züge auf.
- Die Lizenzvergabe an die *Facscount* beruht nicht auf wissenschaftlich nachvollziehbaren Fakten und widerspricht den internationalen ART-Richtlinien der WHO.
- Die Verwendung der *Facscount* und die Monopolstellung BDs in Tansania wirken sich gesundheitsgefährdend auf die Bevölkerung aus.
- Das Konzept „Entwicklung,“ weist in Bezug auf Entscheidungen des tansanischen Gesundheitsministeriums zu CD4-Messmaschinen, Mängel und Widersprüche auf.

1.4 Stand der Forschung

Zum tansanischen Gesundheitssystem existieren zahlreiche Dissertationen und Studien, wobei die meisten auf welche ich in meiner Recherche stieß, von Akteur_innen aus der EZA durchgeführt wurden. Sie bieten einen Anhaltspunkt, jedoch ist das Thema HIV/Aids in Tansania, da es relativ neu ist, ständig im Wandel. Der von mir bearbeitete Fall der CD4-Zähler-Debatte wurde in den Medien ausführlich diskutiert. Zusätzlich sind unzählige wissenschaftliche Studien online zu finden, welche sich mit Vergleichen in den CD4-Zähler Technologien befassen. Ich konnte aber keine andere Arbeit finden, die sich mit diesem konkreten Beispiel auf sozialer- und politikwissenschaftlicher Ebene befasst.

1.5 Aufbau der Arbeit

Die Struktur dieser Arbeit bildet sich aus den Blöcken der Theorie und theoretischer Kontextualisierung, dem thematischen Kernteil und dem Forschungsteil. Die Basis der Theorie bilden die *post-development*- und kritische EZA-Theorien. Diese werden aber nicht als Wahrheit dahingestellt-, sondern lediglich als Analyseinstrumente verwendet. Als Methode wird im thematischen Kernteil die vergleichende Analyse von *Policy Papers* und im Forschungsteil die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring, über Diskurse öffentlicher Medien auf Metaebene, verwendet.

In Kapitel 2 wird die theoretische Einbettung genau geklärt und das Konzept *post-development* genauer erläutert. Weiterhin werden begriffliche Anwendungen und Indikatoren in Bezug auf Gesundheit und „Entwicklung“ geklärt, sowie die Aspekte von Armut und *foreign aid*, in Bezug auf Gesundheitsdefinitionen eingebracht. Anschließend werden die theoretischen Aspekte in Kontext mit geschichtlichen Meilensteinen der Gesundheits-EZA verbunden. Überlegungen zum Menschenrecht auf Gesundheit und globalen Ungleichheiten, besonders mit der Erläuterung des *human rights based approaches*, sollen eine weitere Basis der Argumentationen in dieser Arbeit schaffen.

Kapitel 3 umfasst den thematischen Kernteil. Dieser besteht aus der genauen Erläuterung der geschichtlichen, sozialen und medizinischen Aspekte von HIV/Aids, aufbauend auf eine genaue Ausführung der ART. Darauf folgend werden alle wesentlichen Akteur_innen im tansanischen Gesundheitssystem genau beschrieben, beginnend mit den Patient_innen selbst. Deren Position wird anhand des Konzeptes *therapeutic citizenship* erklärt, welches später im Forschungsteil ebenso Anwendung findet. In Kapitel 3.3.1 wird vorerst die gesundheitliche und demographische Lage Tansanias beschrieben. Die nächsten Akteur_innen auf welche eingegangen wird, sind die tansanischen Institutionen und Autoritäten, welche Gesundheitsservices anbieten und implementieren. Auch die Implementierung der ART landesweit auf verschiedenen Ebenen wird ausführlich illustriert. Zuletzt werden die Akteur_innen der internationalen Gebergemeinschaft vorgestellt und deren Aufgaben im tansanischen Gesundheitssystem definiert. Dieses Kapitel wird mit einem Zwischenfazit, in welchem alle wesentlichen Aspekte zusammengefasst werden, abgeschlossen.

Kapitel 5 umfasst den ausführlichen und für die Akteursanalyse wesentlichen Forschungsteil. In ihm wird zuerst genau auf die Auswahl des Materials eingegangen, dann auf das methodische Vorgehen und schließlich auf die Analysekategorien selbst. Die einzelnen Kategorien bearbeiten das Fallbeispiel der CD4-Zähler-Debatte, welche über die tansanischen und internationalen Medien geführt wurde.

Ein Forschungsfazit fasst in der Folge die wesentlichen Aussagen und Erkenntnisse des Forschungsteils zusammen, welche dann im Endresümee mit dem theoretischen Ansatz dieser Arbeit zusammengeführt werden. Die Akteursanalyse wird so fertig gestellt, die tatsächlichen Widersprüche im tansanischen Gesundheitssystem zusammengefasst und die Hypothesen falsifiziert oder verifiziert.

1.6 Begrifflicher Umgang

Sprache schafft Realität, Sprache ist Macht. Dies wird besonders von Foucault, Spivak in „Can the Subaltern speak?“ und von Mohanty in „Under western Eyes“, thematisiert. Die „Anderen“ werden ihnen nach (vom Westen) diskursiv durch Sprache erschaffen und dieses *speaking-of* wird als epistemische Gewalt bezeichnet: „[...]the remotely orchestrated, far-flung, and heterogeneous project to constitute the colonial subject as Other.“ (Spivak 1994: 76) Somit ginge die Chance der Selbstrepräsentation, des eigenen Sprechens der „Subalternen“, verloren. (vgl. ebd.: 104, Mohanty 1994: 197ff) Es stellen sich daher die Fragen: Wer spricht, für wen wird gesprochen, in welchem Kontext wird gesprochen und wie wird Sprache je nach Kontext markiert? In der Anwendung von Begriffen, sollten immer die damit verbundenen Machtdiskurse beachtet werden.

Deshalb soll einleitend eine kurze Erläuterung des begrifflichen Umganges in dieser Arbeit vermittelt werden. Englische Begriffe werden generell *kursiv* geschrieben und alle Begriffe die entkontextualisiert, und daher in Frage gestellt verwendet werden, unter „“.

Der Begriff „Entwicklung“, auf welchen in Kapitel 2.1 genauer eingegangen wird, wird je nach Kontext, unterschiedlich verwendet. Seine Anwendung mit Anführungszeichen, weist auf eine kritische Betrachtungsweise hin, da dieser Begriff auf einer Wertung basiert, die manche Teile der Erde als „entwickelt“ und „unterentwickelt“ unterteilt. Hingegen wird Entwicklung ohne Anführungszeichen lediglich als ein Fortgang oder eine Veränderung der Dinge verwendet und ist daher außerhalb eines diskursiven Kontextes zu betrachten.

In dieser Arbeit werden die Begrifflichkeiten „Westen“ und „globaler Süden“ verwendet, welche ebenso die „Asymmetrie von Entwicklung und Unterentwicklung“ (Englert, Grau 2006:13) aufzeigen. Der Grund dafür ist, dass in der von mir verwendeten Literatur häufig von „western countries“ die Rede ist. Die Trennungen Westen und Osten,- von Edward Said, Orient und Okzident genannt (vgl. Varela, Dhawan 2005: 35f), sowie Norden und Süden, sind Zuordnungen, welche aus einer Einteilung des europäischen Kolonialismus entstammen. Die Begriffe globaler Norden oder Westen, meist als Synonyme verwendet, stehen großteils für Mitteleuropa und Länder mit europäischer Kolonialgeschichte, wie Nordamerika und Australien, also jene Kontinente die als fortschrittlich bezeichnet werden. In dieser Arbeit haben diese Begriffe daher einerseits eine geographische Funktion und zeigen aber gleichzeitig die damit verbundenen Machtasymmetrien auf.

Es existiert eine generelle Neigung dazu „Unterentwicklung“, als gesellschaftliches Phänomen eines bestimmten Landes zu erklären, anstatt historische und zeitlich präsente Konstellationen dieser Länder mit dem Westen in die Erwägung zu ziehen.

Diese Problematik hat vermehrt zu Diskussionen über Themen wie ethnische Konflikte, Korruption und „poor governance“ geführt. Themen wie Korruption oder HIV/Aids werden meist in einem rassialisierten Kontext diskutiert, als etwas aus dieser Gesellschaft heraus geborenes. (vgl. Kothari 2006:19) Damit kommen wir zur nächsten begrifflichen Herausforderung. Ein vielfach verwendeter und sehr definitionsbedürftiger Begriff in dieser Arbeit ist jener der Korruption. Er wird ohne Anführungszeichen verwendet, da er im Forschungsteil direkt aus den Quellen oder von den Aussagen der Expert_innen wiedergegeben wird. Da es sich jedoch in der Anwendung des Begriffes, um einen durch die Expert_innen personalisierten Kontext handelt, bedarf er einer genaueren

Erläuterung:

Der Korruptionsbegriff wird in verschiedenen wissenschaftlichen Fachbereichen in Ausblick auf empirischen und theoretischen Nutzen hin untersucht. Dabei hängt es auch immer vom Forschungsvorhaben und dessen Zielsetzung ab, welches Korruptionsverständnis sinnvoll verwendet werden kann. Je nach Disziplin unterscheiden sich sogar Kernaspekte des Verständnisses, wobei die überwiegend negative Konnotation des Begriffes auf fast alle Disziplinen zutrifft. Eine kurze Vorstellung der Perspektiven auf Korruption von verschiedenen Disziplinen soll die Vielfältigkeit der Interpretationsmöglichkeiten veranschaulichen und eine Möglichkeit bieten, den Korruptionsbegriff im Forschungsteil ansatzweise zuzuordnen. Jedoch wäre für eine genaue Zuordnung, eine extra Analyse notwendig, welche jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist.

Juristische Ansätze beziehen sich in ihrer Korruptionsdefinition auf das Verhalten bestimmter Individuen, welche gegen Rechtsnormen verstoßen, grenzen Korruption jedoch von Erpressung oder Betrug größtenteils ab. (vgl. Grieger 2012: 5f) Es existiert ein direkter Bezug zur Praxis, wobei der gesetzliche Rahmen dynamisch den „jeweils gültigen gesellschaftlichen Konsens“ (ebd.: 6) reflektiert. Soziologische Ansätze setzen hingegen den Fokus auf formale und informale Verbindungen korrupter Akteur_innen, sowie auf die Bedingungen, unter welchen diese sich auf Korruptionsgeschäfte einlassen.

Eine auf längere Dauer bezogene Perspektive bieten die Geschichtswissenschaften, welche die Rollen öffentlicher und privater namhafter Akteur_innen, getrennt voneinander analysieren. Der Grund dafür ist, dass eine fehlende Differenzierung der beiden Seiten das Aufdecken von Korruptionsvergehen erschwert. (vgl. ebd.:6f)

Da es in der Politikwissenschaft um „Prozesse und Strukturen der Herstellung kollektiv verbindlicher Entscheidungen für ein Gemeinwesen.“ (ebd.: 7) geht, bedeutet Korruption hier ein Vergehen gegen das Entstehen solcher Entscheidungen. Auch hier ist die Differenzierung des öffentlichen und privaten Bereiches von Bedeutung. Die Psychologie richtet sich nach dem Entscheidungsverhalten von Akteur_innen „in ethischen Dilemma-Situationen“ (ebd.), in welchen Einstellungen und

subjektive Normen in Bezug auf Korruption eine Rolle spielen.

Die Kriminologie befasst sich mit Korruption als eine Form von Nebendelikt in der Wirtschaftskriminalität und ist interdisziplinär ausgerichtet, wobei die Strafrechtswissenschaften in ihr stark vertreten sind. (vgl. ebd.: 7f) Ihr nach kommt die formale Korruption erst mit der „Kriminalisierung von Verhalten“ (ebd.: 8) auf. Sie ist wie in der Wirtschaftskriminalität, „ein Verlust der Bindungskraft konventioneller Normen bei der Entstehung von Kriminalität.“ (ebd.)

Die ökonomische Perspektive führt Korruption auf ein Problem wirtschaftlichen Handelns zurück. Ein Individuum würde auf Nutzenmaximierung ausgerichtet agieren und dabei die Auswirkungen des eigenen Handelns auf Dritte nicht in die Kalkulation miteinbeziehen. Dies würde dann externe Kosten produzieren, welche sich auf das Wohlergehen der Volkswirtschaft auswirken. (vgl. Beck, Nagel 2012: 31f)

Die Veranschaulichung „Corruption = Monopoly + Discretion – Accountability,“ (Klitgaard 1988 zitiert in ebd.: 32) bringt korruptes Verhalten mit einer Monopolstellung in Zusammenhang. Das Verhältnis zwischen öffentlichem und privatem Sektor sei demnach die Basis von Korruption. Eine auch von *Transparency International* verwendete Korruptionsdefinition lautet dazu passend: „Missbrauch von öffentlicher Macht zu privaten Vorteil.“ (Lambsdorff 2007 zitiert in ebd.) Eine weitere Form erweitert die Definition: „Korruption ist der Missbrauch anvertrauter Macht zu privatem Vorteil.“ (Transparency International in ebd.) Drei theoretische Ansätze gelten als ein möglicher Beitrag zu Antikorruptionsstrategien und zeigen die heterogenen Gründe an, warum Individuen korrupte Handlungen begehen.

Das Kosten-Nutzen Kalkül:

Eigennütziges, nutzenmaximierendes-Verhalten führt nach ökonomischer Sicht zu effizienten Märkten und Wachstum in der Volkswirtschaft. Korruption wird demnach als ein Symptom einer Wirtschaft beschrieben, welche die falschen Anreize bietet, also eine institutionelle Fehlentwicklung widerspiegelt. (vgl. Beck, Nagel 2012: 33) Diese falschen Anreize lassen Individuen durch Korruption Vorteile erlangen, solange „der Nutzen die Kosten der Korruption übersteigt.“ (ebd.) Die Aufwände der Korruption beziehen sich nicht nur auf das Finanzielle, sondern auch auf die benötigte Zeit eine_n Korruptionspartner_in zu finden, das Risiko aufgedeckt zu werden, eine Strafe zu bekommen und die moralischen Kosten zu tragen. Daher führen die Akteur_innen einen Kosten-Nutzen Vergleich durch, bevor sie sich für eine korrupte Handlung entscheiden. (vgl. ebd.: 33f)

Das Prinzipal-Agenten Modell:

Dieser Ansatz beschreibt die Handlungen von Akteur_innen in einer hierarchischen Ordnung, in welcher es das Problem einer ungleichen Informationsverteilung gibt. Der Prinzipal-der Chef, hat keine vollkommene Übersicht über das Agieren seines_ihres Agenten_in, welche_r somit die anvertraute Macht missbrauchen und korrupte Handlungen vollziehen kann. Es gibt Meinungen dass diese Art der Korruption nicht immer negativ gewertet werden muss, da sie bürokratische Aufwände umgehen könne und somit Investitionen und das Wirtschaftswachstum antreiben würde. Jedoch zeigt sich in der Praxis, dass bürokratische Vorgänge meist länger werden und sich diese Korruption negativ auf das Wirtschaftswachstum auswirkt. (vgl. Beck, Nagel 2012: 34f)

Der ‚rent seeking‘-Ansatz:

Dieser ist anwendbar wenn „Akteure versuchen, Entscheidungsprozesse in der Politik und Verwaltung zum eigenen Vorteil zu beeinflussen“ (ebd.: 35), wobei Korruption als illegales *rent-seeking* und Lobbying als ein legales gilt. Es wird von „Wirtschaftssubjekten“ (ebd.) gesprochen, welche versuchen „öffentliche Entscheidungsprozesse durch Bestechungsgelder zu beeinflussen.“ (ebd.)

Wie wirkt Korruption:

Da die beschriebenen Arten von Korruption meist keine offensichtlichen Opfer hervorbringen, ist es oft schwierig sie zu bestimmen. Grundsätzlich ist anzunehmen, dass sie für alle am Korruptionsgeschäft beteiligten profitabel ist, jedoch der Gesellschaft hohe externe Kosten auflastet. Dies zeichnet sich zum Beispiel durch einen Verlust vieler Steuergelder aus oder über mangelnde Qualität von Aufträgen, welche über Korruptionsvorgänge vereinbart wurden. Es sei auch nachgewiesen, dass Korruption in einem Land Kapitalimporte stark vermindert und Wettbewerb verhindert. Auch wird das Unrechtsbewusstsein stark geschwächt, sowie die warnende Wirkung vor strafgerichtlichen Konsequenzen. Ein wunder Punkt von Korruption sei aber das Vertrauen, welches in den_die Korruptionspartner_in gesetzt wird, da ein solches Abkommen über keine gesetzlich einforderebaren Verträge abgesichert werden kann. Ansätze der Korruptionsbekämpfung schlagen vor, hier anzusetzen und die Strafen und Risiken für Hinweisgeber_innen zu verringern. Denn zu hohe Strafen könnten auch stabilisierend für korrupte Netzwerke wirken. (vgl. ebd.: 36ff) Der Korruptionsbegriff wird hier heterogen betrachtet und als ein Phänomen, welches auf der ganzen Welt und nicht ausschließlich in Ländern des globalen Südens zu verorten ist. Wobei damit aber nicht verleugnet werden soll, dass schädigenden Korruptionsstrukturen in Ländern des Südens bestehen und bekämpft werden sollten.

2 Theoretische Einbettung

Dieses Kapitel stellt die Basis meiner theoretischen Verortung dar, auf welche ich mich in der gesamten Arbeit beziehen werde. Es geht darum „Entwicklungskonzepte“ und den Entwicklungsbegriff in Frage zu stellen, da beides nicht getrennt von den damit verbundenen Machtverhältnissen betrachtet werden kann. Da Gesundheitskonzepte- und Konventionen in dieser Arbeit eine Rolle in Bezug auf HIV/Aids bekommen, ist es notwendig deren Kontext zu thematisieren. Dadurch bekomme ich auch die Möglichkeit, meine Perspektive als weiße europäische Studentin zu reflektieren. Jedoch sollte der verwendete kritische Ansatz nicht den Anschein eines determinierten Blickes auf „Entwicklung“ und westliche Dominanz erregen. Es geht lediglich darum asymmetrische Machtverhältnisse aufzuzeigen, welche Gründe für Benachteiligungen der lokalen Bevölkerung, beziehungsweise der Zielgruppe im Zuge der Umsetzung von Gesundheitsinterventionen, darstellen können.

2.1 Verortung von „Entwicklung“ und Entwicklungszusammenarbeit

„Entwicklung“ gibt es bereits seit 60 Jahren, ist also zeitlich dem Ende des 2. Weltkrieges zuzuordnen, und durchlief geschichtlich verschiedene Phasen. Die ersten Ausrichtungen waren humanitärer Natur, beginnend mit Bezeichnungen wie „nachholende Entwicklung“, „Grundbedürfnisbefriedigung“, bis hin zu den heute noch aktuell- und nur teilweise umgesetzten Millennium Development Goals, MDGs. Da das `Ethos` „Entwicklung“ in einen bestimmten Sprachgebrauch im Rahmen von Wohltat, Mitleid, humanitäres Handeln und „Recht“ eingebettet ist, bekommen die (meist westlichen) Akteur_innen in den Zielländern die Rolle der Armutsverminderer zugeschrieben. Solche Motive führen aber zu einer Verfälschung der Tatsache, dass etwa finanzielle „Entwicklungssubventionen“ stark von den Profitausrichtungen westlicher Firmen ausgehen. (vgl. Bracking 2003 in Kothari 2006; vgl. Schicho, Nöst 2006:44f, 48) Die unterschiedlichen Beweggründe „Entwicklungszusammenarbeit“ zu leisten, seien sie nun wirtschaftlicher, ideologischer oder humanitärer Natur, haben jedoch meist eines gemeinsam. Und zwar, dass sich die jeweiligen Organisationen oder Institutionen Präsenz im jeweiligen Empfängerland und einen damit verbundenen Einfluss auf sozial-politische Prozesse verschaffen. Diese entwicklungspolitischen Verbindungen führen meist zu neuen oder aufgefrischten Abhängigkeiten auf verschiedenen gesellschaftlichen und ökonomischen Ebenen. (vgl. Gomes 2006:12)

W.W. Rostow erklärt zum Beispiel in seiner Rede von 1961 dass er mit dem US-Aid-Program eine „[...] long-term dependence on the West“ (U.S. Department of State FRUS, 1961–63, Vol. IX: Foreign Economic Policy-Section 7 of 18 zitiert in ebd.: 14) schaffen möchte.

Wenn in der EZA von Akteur_innen gesprochen wird, sind meist jene Personen gemeint welche die „Entwicklung“ definieren, planen, finanzieren, Technik und andere Ressourcen zur Verfügung stellen. Sie greifen international wie lokal auf Systeme zu und können jene Bereiche verändern, in welchen die „Entwicklung“ stattfinden soll. Meist sind diese Akteur_innen machtvoll internationale Institutionen aber auch Individuen. In diesen Geber_innenkonstellationen unterschiedlicher Parteien spielt die Koordination untereinander eine große Rolle. (vgl. Schicho, Nöst 2006:46, 53)

Die Beziehungen der verschiedenen Akteur_innen zueinander sind zugunsten der Geber_innengesellschaft, von einem stark hierarchischen System geprägt. Dies steht jedoch im Widerspruch mit dem ideologischen Konzept der EZA, in welchem zumindest offiziell die Zusammenarbeit auf einer gleichen Ebene angestrebt wird. (ebd.:60f) Durch die Geberrolle haben Vertreter_innen der jeweiligen Institution aus dem Westen Positionen, in welchen sie Finanzierungen und Durchführungen bestimmter Projekte bestimmen oder maßgeblich leiten können. Auch wenn die Empfängerländer an *Policy-Dialogen* teilnehmen können, sind sie westlichen Vorgaben und Konditionalitäten im Prozess ausgesetzt. (vgl. Gomes 2006:18)

Unabhängig von entstehenden Hierarchien betrachtet, ist EZA in den letzten Jahrzehnten zu einem Angebot geworden, welches international und lokal gut bezahlte Arbeitsplätze, sowie einen Rahmen für transnationale Firmen, private Unternehmen und individuelle Investor_innen schafft. Insofern ist es nicht weit gegriffen, EZA als „Entwicklungsindustrie“ zu bezeichnen, da sie wie jedes Unternehmen hauptsächlich nach wirtschaftlichen Interessen agiert. „Entwicklung“ wird allerdings auch aus verschiedenen Realitätswahrnehmungen heraus definiert. Zum Beispiel unterscheidet sich die Definition der WTO in der *Doha Development Agenda* von einer Definition internationaler AIDS-Initiativen. Die letzteren forderten die Regulationen der WTO bezüglich der Eigentumsrechte von Medikamenten zum Beispiel, wesentlich heraus. (vgl. Hunsmann 2012: 94)

2.2 Post-development

„[...] the idea of development stands like a ruin in the intellectual landscape;
development has become outdated... it has grown obsolete.“ (Sachs 1992 zitiert in Agostino 2007:197)

Bereits in den 60ern und 70ern äußerten Aktivist_innen ihre Unzufriedenheit mit dem „Entwicklungskonzept.“ Zum Beispiel anhand der Dependenztheorie, in welcher die Wurzeln von „Unterentwicklung“ in der Verbindung zwischen externer Abhängigkeit und interner Ausbeutung gesehen wurde. Kapitalismus wurde als das große Problem dargestellt. (vgl. Escobar 2007:18) In den 80ern folgten Arbeiten, welche das an Modernisierungsideen ¹ orientierte Konzept „Entwicklung“ kritisch betrachteten, es in Frage stellten oder vollkommen ablehnten. Dies geschah zum Beispiel über die *cultural studies*, *feminist theory* und *ethnic and environmental studies*. (vgl. ebd.: 22; Agostino 2007:199) Inspiriert wurden diese Arbeiten von zum Beispiel Illich, Gandhi, Polany und speziell vom durch Foucault geprägten Konzept des Post-Strukturalismus. In diesem wurde weniger die Frage von „Entwicklung“ diskutiert, sondern eher durch welche historischen Prozesse Asien, Afrika und Lateinamerika als „3. Welt-Länder“ erfunden werden konnten. Zudem wird auch thematisiert wie über Entwicklungsprojekte, jene vom Prozess ausgeschlossen wurden, welche von „Entwicklung“ eigentlich profitieren sollten. (vgl. Escobar 2007:19f) Unter Anderen von den eben genannten Theoretiker_innen, wurden die ersten Arbeiten zu *post-development* produziert.

Hauptargumente von *post-development* sind, dass das industrielle Modell der Gesellschaft nicht länger als das Ideal gelten könne, dass das Projekt „Entwicklung“ ein Instrument des Kalten Krieges² gewesen wäre und daher mit 1989 ein Ende gehabt haben sollte und, dass diese Zeit der „Entwicklung“ zu keiner Verbesserung geführt habe. Eher soll aufgrund von „Entwicklung“ durch „Universalisierungsmaßnahmen“ westlicher Institutionen der Unterschied zwischen armen und reichen Ländern vergrößert und kulturelle Diversität verringert worden sein. (vgl. Ziai 2007:3f) Von Post-Strukturalist_innen wurde angenommen, dass die Möglichkeit einer „post-development-era“ (Escobar 2007:20) bestehe. Dies würde bedeuten, dass „Entwicklung“ nicht mehr das Organisationsmodell einer Gesellschaft darstellen soll.

¹ Typische Charakteristika für die Modernisierungsidee sind der Glaube an geistige Superiorität, wissenschaftliche Objektivität, Glauben an Fortschritt, Fakten versus Werte, Glauben in das unabhängige Individuum und ein deterministisches Verständnis von Wissenschaft, welches den westlichen Weg als den einzig wahren anerkennt. (vgl. Matheson 2009: 1192)

² Der Kalte Krieg steht für den Konflikt zwischen den westlichen Führungsmächten mit den USA an der Spitze und der Sowjetunion als Führungsmacht des Ostblocks, welcher sich in der Nachkriegszeit ab 1945 entwickelte und 1989 ein Ende nahm. Es ging hier um eine ideologische Auseinandersetzung zwischen demokratischen Zielen Harry S. Trumans und dem kommunistischen Bestreben Joseph Stalins, also Kapitalismus versus Kommunismus. Der Konflikt wurde jedoch nicht in einer direkten militärischen Konfrontation beider Mächte ausgetragen, sondern über gegenseitige wirtschaftliche und militärische Blockaden in anderen Nationen zum Beispiel dem Ost-West Block in Deutschland/Berlin nach dem 2. Weltkrieg, dem Korea-Krieg 1950 und der Kuba-Krise 1962. (vgl. Halle 1969[1967]: 13-17, 327f, 206, 163ff, 108f)

In diesen Sichtweisen geht es allerdings um keine Kompromisse in Bezug auf Entwicklungskonzepte. Theoretiker_innen welche den Anspruch hatten „Entwicklung“ als Konzept zu dekonstruieren „[...] are interested not in development alternatives but in alternatives to development, that is, the rejection of the entire paradigm altogether. „ (Escobar 1995:215)

Der Fokus auf das Wissen von „gewöhnlichen Menschen“ anstatt von „Expert_innen“ rückte in den Vordergrund, sowie das Ernstnehmen von sozialen Bewegungen und „grassroot-mobilizations“. (ebd.) Die Kritik an dem Konzept „Entwicklung“ geht häufig auf die Rede Truman's von 1949 zurück, in welcher Asien, Afrika und Lateinamerika als „unterentwickelt“ und hilfsbedürftig erklärt wurde. (vgl. Ziai 2007:3f)

Die Annahme, dass manche Länder „entwickelt“ und andere, welche mehr als die Hälfte der Welt darstellen, „unterentwickelt“ seien, wird oft als universell unantastbare Wahrheit dargestellt. Die Realität wird somit über Sprache erst geschaffen. Dies bedeutet, dass Menschen aus jenen, als „unterentwickelten“ bezeichneten Nationen ebenso in die Richtung gehen, ihr Eigenbild über Versagen und „Entwicklung“ ebenso an diesem produzierten Diskurs auszurichten. Die Theoretikerin Agostino argumentiert, dass die Vielfalt der Prozesse in einzelnen Ländern dadurch verloren ginge und andere Wege, Fortschritte in unterschiedlichen Realitätswahrnehmungen zu erlangen, oder Probleme zu lösen, von standardisierten Werten des Westens als Unfähigkeit dargestellt werden. (vgl. Agostino 2007: 198f)

„The hidden-yet clear-message that every development project has carried to the people at the grassroots has been that their traditional modes of living, thinking and doing have doomed them to a subhuman condition....“ (Rahnema 1997 zitiert in Ziai 2007:5)

Einerseits wird im *United Nations Report* mit dem Titel „In larger freedom, towards development, security and human rights for all,“ (UN General Assembly 2005 zitiert in Agostino 2007:199) behauptet, dass: „[...] each developing country has primary responsibility over its own development.“ (ebd.) Andererseits wird diese Selbstverantwortung über die eigene „Entwicklung“ und der damit verbundene Prozess gleichsam in Frage gestellt, indem die Art der Maßnahmen, welche zur „Freiheit“ einer Nation führen sollen, vorgegeben werden.:

„[...] strengthening governance, combating corruption an putting in place the policies and investments to drive private sector-led growth, and maximize domestic resources available to fund national development strategies.“ (ebd.)

Hier stellt sich generell die Frage, welche Bedeutung „Freiheit“ zukommt, wenn entwicklungspolitische Maßnahmen eher 'über' „Entwicklungsländer,“ als durch sie implementiert werden. In den meisten entwicklungspolitischen Maßnahmen wird „Entwicklung“ mit wirtschaftlichen Wachstum synonymisiert. Die Antwort auf Probleme heterogener Gesellschaften ist

aus dieser Perspektive daher meistens:

„[...] of an economic character aimed at creating dependency from goods and services offered only in the market.“ (Agostino 2007:199)

Aufgrund der westlich dominierten Wissensproduktion besteht im *post-development* Ansatz der Anspruch diese Dominanz zu verlagern und sich auf Wissensproduktion sozialer Bewegungen zu fokussieren. (vgl.ebd.:199ff) In diesem Zusammenhang erwähnt Agostino das *World Social Forum WSF*, welches ein „[...] space for international co-ordination and articulation of social groups and movements that around the world oppose neoliberalism and corporate-led globalization“ (ebd.: 205) sei. Diese Organisation stehe für einige gleiche Punkte ein: Respekt vor Diversität, die Wichtigkeit von lokalen Praktiken und Wissen, Infragestellen der Wirtschaft als Zentrum des menschlichen Lebens, starke Opposition gegen kapitalistische und neoliberale Entwicklung. Der WSF stellt allerdings das Konzept „Entwicklung“ nicht in Frage und lehnt es aufgrund seines festgelegten Rahmens auch nicht ab. (ebd.: 205f)

Das Konzept *post-development* sollte jedoch auch kritisch hinterleuchtet werden, da es Lücken und Unvollkommenheiten aufweist. Die schärfste Kritik wird von Stuard Corbridge geübt, welcher darlegt, dass *post-development*-Argumente auf unlogischen Schlussfolgerungen beruhen. Vom Misslingen einiger Entwicklungsprojekte würde auf ein generelles Versagen von „Entwicklung“ geschlossen, und die Probleme der armen Länder immer nur als Folgen von Kapitalismus und „Entwicklung“ dargestellt. (vgl. Ziai 2007: 6f) Er bezeichnet diese Darstellung als „Wobbly romanticism.“ (Cornbridge 1998 zitiert ebd.: 6) Den *Post-development* Theoretiker_innen nach, seien diese Menschen der „armen Länder“ gastfreundlich und harmonisch im Gegensatz zu den einsamen Reichen. Diese Illustration sei für ihn jedoch selbstgerecht und unrealistisch. Die positiven Aspekte von Modernisierung, „Entwicklung“, technischer Innovation und Wissenschaft würden komplett ausgeblendet werden. (vgl. ebd.:7) Nanda Meera zum Beispiel bezieht ihre Kritik auf Indien und argumentiert, dass durch *post-development* die linken sozialistischen Bewegungen und der Anti-Modernisierungsfundamentalismus näher aneinandergerückt seien. Dies hätte bewirkt, dass die Verteidigung der lokalen Gemeinschaft nationalistische Konnotationen angenommen hätte und dadurch eine neo-populistische Bewegung angespornt wurde. *Post-Development* meint sie, würde als eine mobilisierende Kraft nicht die am meisten Ausgegrenzten, sondern die „relatively well-to-do rural beneficiaries of development,“ (Nanda 1999 zitiert in Ziai 2007:7f) ansprechen und unterstützen.

Oft wird der *Post-development* Ansatz dafür kritisiert, dass er keine praktischen Alternativen bietet. Hierzu meint allerdings Ivan Illich, dass Alternativen inform von neuen sozialen Bewegungen passieren und daher nicht formuliert und geschaffen werden müssten. (vgl. Illich 1997 in Agostino 2007: 205)

Außerdem bezeichnet Agostino *post-development* als einen „discourse in construction“ (Agostino 2007:197), welcher andere Wege des Agierens und Schaffens einschlägt um Alternativen für die als universalistisch geltenden Werte des Entwicklungsdiskurses, zu identifizieren, formulieren und implementieren. Dabei setze das Konzept vor Allem auf die Wiederaufwertung benachteiligter und durch „Entwicklung“ unterdrückter Weltansichten und Praktiken. (vgl. ebd.: 206) Es bestehe kein Anspruch eine „Wahrheit“ über etwas zu produzieren, denn dies sei das Projekt von `allen anderen.` (vgl. Escobar 2007: 22) Auf die Kritik hin, dass „Entwicklung“ in *post-development* als homogen dargestellt würde, wird erwidert, dass es nicht darum ginge die Vielfältigkeit von „Entwicklung“ Vorort zu messen, sondern lediglich darum einen „overall discursive fact“ (ebd.) zu analysieren.

Das komplette Versagen vom Konzept „Entwicklung“ kann statistisch nicht nachgewiesen werden. Zumindest nicht nach den Statistiken der UN, welche als eine der Hauptvertreterinnen von „Entwicklung“ gilt. Auch sollten Verbesserungen in Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit seit den 50ern durch sogenannte Entwicklungsprojekte von *post-development* Theoretiker_innen nicht ignoriert werden.

Das Konzept „Entwicklung“ lässt sich jedoch klar als ein eurozentrisches erkennen, welches den kolonialen Diskurs ablöste und den globalen Süden nach westlichen Standards kategorisiert. Es lässt sich nicht verneinen, dass viele Gesellschaften auf der Welt in Bezug auf materielles Reichtum, weniger besitzen und der Lebensstandard westlicher Länder als höher einzustufen ist. Aber ob diese Tatsache behaupten lässt, dass jener Lebensstandard der „ärmeren Länder“ somit als minderwertig gelten darf, ist sehr fraglich. Denn diese Annahme „[...] neglects numerous other possible indicators for a `good life` or a `good society` apart from the possibility to buy commodities.“ (Ziai 2007: 8) Theoretiker_innen des *post-development*-Ansatzes sehen eine Möglichkeit verschiedene Diskurse und Repräsentationen aufzustellen, welche nicht über das Konstrukt „Entwicklung“ und dessen Bild von Wahrheit gesteuert und definiert werden. Ihnen nach sollten mehr Zentren und Vertreter_innen, welche nach Entwicklungsdiskursen die „Objekte“ von „Entwicklung“ hätten sein sollen, gestärkt werden. (vgl. Escobar 1995: 214f)

„[...] one seems to be led to pay attention to forms of resistance to development that are more clearly legible, and to the reconstruction of cultural orders that might be happening at the level of popular groups and social movements.“ (ebd.:215)

Escobar legt seinen Fokus auf widerständische Bewegungen und deren Anpassungsmechanismen. Neue alternative Strategien, welche durch aufständische Aktionen in Bezug auf „Entwicklungsinterventionen“ vorgeschlagen werden, sollten unbedingt aufgegriffen werden. (vgl. Escobar 2007:20f)

2.3 Gesundheit und Entwicklung

Die Indikatoren Gesundheit, Armut, und „Entwicklung“ sind in der theoretischen Einbettung schwer voneinander zu trennen. In den bereits ausführlich dargelegten Machtverhältnissen spielt es eine große Rolle, wer definiert was Gesundheit ist, welche Gegebenheiten diese bedingen und wie damit umgegangen wird. Dies bezieht sich speziell auf die „Entwicklungsmaßnahmen“ welche durch den Westen ergriffen werden. Die grundlegenden Erklärungen dieser Aspekte, sollen später dazu dienen, komplexe Zusammenhänge in Bezug auf Tansania grundlegender zu verstehen.

2.3.1 Gesundheitsdefinitionen

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO 2005[1964]: 1)

Jede Kultur vertritt andere Ansichten darüber was Gesundheit ist, verfügt über anderes Wissen und hat unterschiedliche Ansprüche und Vorstellungen in Bezug auf Heilung. (vgl. Budowski 2007: 144)

Mit diesem Bewusstsein soll an das Thema Gesundheit im Rahmen von „Entwicklung“ herangegangen werden. Besonders bei der Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen oder (Mit-)Formulierung von Gesundheitskonzepten, ist „[...] das Wissen um die Existenz unterschiedlicher Vorstellungen und Systeme“ (ebd.), unabdingbar. Der meist verwendete Gesundheitsbegriff ist jener der WHO, welcher bereits zu Beginn dieses Kapitels zitiert wurde. Die WHO übernahm das von der UN formulierte „Recht auf Gesundheit“, welches als universell gilt, jedoch nach kritischen Stimmen diesem Anspruch bei weitem nicht nachkommt. WHO-Formulierungen nach, ist die Gesellschaft dafür zuständig ein Gesundheitssystem zu unterstützen, welches nach demokratischen Prinzipien soziale Ungleichheiten aufhebt und das Mitwirken der Zivilbevölkerung fördert. Budowsky ist jedoch der Meinung, dass dieser Anspruch schwer umsetzbar ist. In der Realität würden oft machtpolitische Interessen von hochgestellten Eliten in einem Gesundheitssystem bestimmen, welche Behandlungsmaßnahmen umgesetzt- und welche Vorstellung von Gesundheit im Land vertreten werden sollen. (vgl. Light 2000 in ebd.: 145)

Wenn von 'Gesundenpolitik' in Bezug auf „Entwicklung“ gesprochen wird, ist meist keine individuelle Gesundheit, welche nach fallbezogenen, physiologisch-medizinischen Untersuchungen geht, gemeint. Der Fokus liegt hier auf *Public-Health*-Maßnahmen, welche präventiv und sozial ausgerichtet sind. Diese arbeiten populationsbezogen und psychosozial-qualitativ, wobei die Partizipation der Bevölkerung angestrebt wird. Insofern geht es in „Entwicklungsländern“ darum eine Basis zu erarbeiten, welche den gesundheitlichen Zustand von bestimmten Bevölkerungsgruppen im Generellen verbessern kann. (vgl. Budowski 2007: 146ff; Flick 2002:14)

Genauer gesagt wird versucht „[...] den Zusammenhang von Lebensbedingungen und Gesundheitsgefährdungen bzw. zwischen Häufigkeitsbildern bestimmter Störungen und Merkmalen gesellschaftlicher Strukturen [zu] untersuchen.“ (Flick 2002:10) Und anhand dieser Merkmale, können gesundheitliche Maßnahmen getroffen werden. Diese werden jedoch nicht zum Lösen einer akuten Symptomatik eines Krankheitsbildes eingesetzt. Sondern um auf Faktoren einzuwirken, welche die Ausgangspunkte des Entstehens dieser Krankheiten darstellen. Diese Faktoren sind meist in verschiedenen sozialen, ökologischen und ökonomischen Ebenen verankert. (vgl. ebd.: 9ff)

Der Ansatz von „New Public Health“ definiert Gesundheit folgendermaßen: „Gesundheit soll durch Unterstützung gesunder Lebensstile und Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten entwickelt, erhalten und geschützt werden. „(Haisch 1999 zitiert in Flick 2002:8)

Messen von Gesundheit:

Hierbei kommt es darauf an ob eine Population, die individuelle Gesundheit einer Person oder Gesundheitssysteme im Generellen untersucht werden sollen. Zu dieser Auswahl kommt hinzu, dass speziell in „Entwicklungsländern“ wenige Informationen in datierten Versionen vorhanden sind. Die häufig verwendeten Methoden sind das Messen nach klinischen Kriterien wie Mortalitäts- und Morbiditätsrate, Indikatoren aus der Gesundheitsversorgung wie Ärztedichte und Anzahl der Betten in einem Krankenhaus und individuelle Indikatoren, wie subjektive Wahrnehmung von bestimmten Gruppen in der Bevölkerung. (vgl. Budowski 2007: 149)

Allerdings kann keine „gute“ oder „schlechte“ Bevölkerungsgesundheit anhand von standardisierten Indikatoren gemessen werden, weil die Ursachen überall unterschiedlich sind. Kuba zeigt zum Beispiel, dass mit geringen finanziellen Ressourcen aber effizienten Maßnahmen in Bildung und Gesundheit eine gute Bevölkerungsgesundheit erreicht werden kann. Wobei das Beispiel der Vereinigten Staaten an den Tag legt, dass der Einsatz von viel Geld kein gutes Ergebnis bei Gesundheitsindikatoren bewirken muss. In den USA spielen dabei zum Beispiel die hohen sozialen Diskrepanzen in der Bevölkerung eine Rolle. (Budowski 2007: 150ff, 164) Auch die Wertigkeiten von Studien und Statistiken können variieren. Datenerhebungen und Statistiken können irreführend sein. Zeigen bestimmte Daten etwa an, dass die Infektionsrate einer bestimmten Krankheit in einem Land gesunken ist, muss dies nicht bedeuten, dass sich tatsächlich weniger Menschen infiziert haben oder weniger infiziert sind. Die Ursache einer solchen Statistik könnte auch sein, dass viele infizierte Menschen einer bestimmten Gesellschaftsschicht gestorben sind oder auch erfolgreich behandelt werden und daher in den Statistiken auftauchen. (vgl. TACAIDS 2013: 16)

Zwei Konzepte der Messung werden hauptsächlich für statistische Studien der Weltgesundheit herangezogen: Der *burden of disease* und die *Disability-adjusted life years DALYs*.

Beide errechnen den Verlust an Lebensjahren in Folge von Tod, Unfall, Krankheit, Behinderung oder auch eine Einschränkung durch solche Ereignisse. (vgl. Hein 2010:178, 207) Weitere wichtige Indikatoren, welche oft verwendet werden, sind *World Fertility Survey WFS*, *Demographic and Health Surveys DHS* und der *Human Development Index*. Allerdings ist es immer problematisch ein Gesundheitsprofil von Ländern mit großer Krankheitslast zu erstellen. Dies hängt mit dem Problem des Informationsmangels zusammen, aufgrund dessen es fast unmöglich ist, richtige Maßnahmen zu entwickeln. Für den Westen hingegen, ausgenommen ein paar weniger Staaten, existiert ein sehr gutes Profil, da viele Daten und technische Möglichkeiten vorhanden sind. Dies trägt aber wiederum zur Reproduktion von globalen Ungleichheiten im Gesundheitservice bei. (vgl. Budowski 2007:152f)

2.3.2 Armut, Gesundheit und „Foreign Aid“

Gesundheit und Armut sind eng miteinander verwoben. Mehr als eine Billion Menschen lebt von weniger als einem Dollar, und zwei Billionen Menschen von unter zwei Dollar pro Tag. Dies lässt auf eine geringe Möglichkeit schließen, dass jene Menschen, in die eigene Gesundheit investieren. Der generelle Anstieg der Lebenserwartung weltweit, bedeutet gleichzeitig eine steigende nationale und globale Ungleichheit in Gesundheit und Wohlstand. (vgl. Parmley 2000:1) Extreme Armut schränkt ökonomische, soziale und gesundheitliche Möglichkeiten der Betroffenen ein. Besonders ist dies mit schlechter Gesundheit von Kindern verbunden, welche aufgrund von mangelhafter Ernährung in der Kindheit, schwache Leistungen in den Schulen erbringen, was sich wiederum auf die spätere Arbeitssuche und den Erhalt einer eigenen Familie auswirkt. Menschen aus ärmeren Gebieten arbeiten meist in Bereichen mit einem hohen Risiko an Krankheitsansteckungen oder bleibenden Behinderungen. Dazu kommen noch umweltbedingte Faktoren, wie ein geringer Zugang zu Trinkwasser und sanitären Anlagen. Menschen welche Armut ausgesetzt sind, haben auch meist keine gute Bildung und sind daher wenig über ihre Möglichkeiten aufgeklärt, wann und wie sie Gesundheitservice in Anspruch nehmen können. (vgl. Murray 2006) Deshalb sterben beispielsweise jedes Jahr elf Millionen Kinder, meistens in einem Alter unter fünf Jahren, an Krankheiten wie Malaria, Durchfall und Lungenentzündung, welchen vorgebeugt werden könnte. Tuberkulose wiederum gilt für Menschen mittleren Alters in Kombination mit HIV/Aids als eine häufige Todesursache. Am allerstärksten jedoch sind Frauen von den Folgen der Armut betroffen, besonders in der Agrarkultur, da 80% der Arbeit in diesem Bereich von Frauen geleistet wird. Durch die sinkende Fruchtbarkeit der Erde, den teuren Düngemittel sowie Beeinträchtigungen aufgrund von Infektionskrankheiten, sind betroffene Frauen stark in der Versorgung ihrer Familien eingeschränkt. Statistiken der UN zeigen, dass Bildung für Frauen hier eine essentielle Rolle zukommt.

Es wurde aufgezeigt, dass sich HIV/Aids rascher unter ungebildeten Frauen und Mädchen ausbreitet und dass Kinder einer Mutter, welche eine fünf Jahre lange Grundschule besucht hat, eine höhere Überlebensrate von 40% aufweisen als Kinder mit Müttern ohne Bildung. (vgl. United Nations 2005: 1-2)

Dem Begriff Armut muss jedoch in der EZA mit Vorsicht begegnet werden, da er oft dekontextualisiert verwendet wird und dessen komplexe Zusammenhänge mit Gesellschaft und Kultur ignoriert werden. Zum Beispiel werden durch das Messen von Armut mit simplen universell-definierten Indikatoren, oft andere ausgelassen, welche zeigen wie Menschen strukturell in ihrer Gesellschaft verankert sind. Armutsstrukturen werden daher auch durch das Weiterexistieren von Rassismus fortgebildet. (vgl. Kothari 2006:19f)

„The tendency has been to describe the characteristics of the poor rather than discuss underlying structures of inequality and exclusion. „(ebd.:19)

Das Thema Armut wird von „Entwicklungsinterventionen“ und EZA stark aufgegriffen und oft auch als Legitimation für Eingriffe oder „Hilfestellungen“ verwendet. In vielen Fällen wird Armut auch von den jeweiligen Ländern selbst als Grund für ihr gesundheitspolitisches Versagen herangezogen. Die Antwort von westlichen Organisationen und Institutionen ist *Foreign Aid*. Mit diesem Terminus wird ein freiwilliger meist Übersee-Transfer von Ressourcen und Gelder von einem Land zu einem anderen, bezeichnet. Am meisten *Aid* fließt vom Westen in ökonomisch arme Länder des globalen Südens. Einige Studien ergeben, dass *Aid-Donations* vielfach von eigenen Interessen der jeweiligen Geberländer geleitet werden.

Im Beispiel der USA ging es etwa um die Bestrebung, Empfängerländer im Zuge des kalten Krieges vom Kommunismus fernzuhalten. Frankreich wiederum handelte aus der Motivation heraus, einen fortbestehenden Einfluss auf die ehemaligen Kolonien zu haben. (vgl. Lancaster 2007:3) Insofern kann *Foreign Aid* als „an instrument of political power“ (ebd.) gesehen werden, wie bereits in dem Kapitel zu Postdevelopment argumentiert wurde. Nun geht es nicht darum die Idee von *Aid* vollkommen zu verwerfen, sondern Abhängigkeitsstrukturen der „Entwicklungsländer“ von Spenden des Westens aufzuzeigen. Aufgrund dieser Abhängigkeiten, werden Spenden auch mit bestimmten Konditionen angenommen, was zu Situationen führen kann, in welchen multinationale Konzerne und private Unternehmen Zugang auf den Markt des jeweiligen Landes bekommen. Und das auch wenn deren Vorgangsweise für die Bevölkerung und die Gesundheitspolitik nicht von Vorteil sind. Da die Bevölkerung, wie bereits zuvor erwähnt, aufgrund von Armutsstrukturen und fehlender Bildung oft nicht über die eigenen Möglichkeiten Bescheid weiß, ist sie nicht in Entscheidungen zu Gesundheit involviert. „[...] public opinion seldom drives aid's purpose-except when a public is aroused.“ (Lancaster 2007:22) Ein Aufrütteln der Öffentlichkeit passiert zum Beispiel aufgrund einer humanitären Krise oder einem Skandal um Spendengelder, von welcher die Bevölkerung über die

Medien erfahren hat. (vgl. ebd.) Budowski fügt hier hinzu, dass Armut und Politik Hand in Hand gehen:

„Poverty is not an insurmountable barrier to better health when policies are right.“

(Budowski 2007:158 zitiert WHO 1999:20)

2.4 Thematische Kontextualisierung

In dieser Arbeit werden erst die Makrostrukturen bestimmt, welche als Basis für das Hauptforschungsanliegen fungieren. Dann soll langsam zu den Widersprüchen des tansanischen Gesundheitssystems gelangt werden, welche in diese Netzwerke aus Geschichte, Gesundheitskonventionen und Machtstrukturen eingebettet sind. Von der theoretischen Einbettung soll nun weiter zu einer geschichtlichen Kontextualisierung gegriffen werden.

2.4.1 Geschichtlicher Überblick und gesundheitsspezifische Rollenbildung in der EZA

Besonders seit der industriellen Revolution hat sich gezeigt, in welchem Maße Gesundheit mit ökonomischen Interessen verknüpft wurde. Die Erfahrungen des Westens lassen sich jedoch nicht in dieser Form auf Länder des globalen Südens übertragen. Was jedoch global sichtbar scheint, ist dass die gesundheitliche Situation eines Landes immer mit den sozio-ökonomischen Umständen und den jeweiligen gesellschaftlichen Machtstrukturen zusammenhängt. (vgl. Budowski 2007: 142) Der Westen wird in seiner Ausrichtung diesbezüglich auch kritisiert. Er würde sich in der Medizin nur auf „biomedical remedies“ (Hunsmann 2012:89) stützen und die sozioökonomischen Determinanten der Verbreitung von, in diesem Falle HIV/AIDS, ausblenden. (vgl.ebd.)

In den in 70ern und 80ern führten eine rasche medizinische Entwicklung, bessere hygienische Zustände, neue Impfstoffe und Antibiotika zu einer höheren Lebenserwartung. Viele Krankheiten, wie zum Beispiel die Pocken, galten als besiegt. Durch diesen Prozess wurde die westliche Schulmedizin als Konzept und Maßnahme anerkannt und verfestigt. (vgl. Hein 2010:176f) Rosenbrock spricht jedoch bei der Ausrottung europäischer Seuchen durch die Schulmedizin von einem Mythos, da zum Beispiel Tuberkulose hauptsächlich durch Prävention und bessere Hygiene bekämpft wurde. (vgl. Rosenbrock 2002:22) Das westliche Denkkonzept zu Gesundheit, welches viele Arten der Laienmedizin und traditionelle Heilmethoden teilweise oder ganz abgelöst hat, ist ein gutes Beispiel dafür wie kulturbezogen das Konzept der Medizin ist. (vgl. Budowski 2007: 144)

Seit 1948 arbeitet die WHO mit der Aufgabe „die Bemühungen zur Ausrottung epidemischer, endemischer und anderer Krankheiten zu stimulieren und zu fördern.“ (WHO 2006 in Hein 2010: 187) Die WHO ist bei internationalen „Gesundheitsgefahren“ sehr aktiv in der Formulierung von Regeln und Gesundheitsstandards von internationaler Bedeutung. Zum Beispiel gibt sie eine „*WHO Model List of Essential Medicines*“ vor, welche alle zwei Jahre ergänzt wird und auch ein Referenzpunkt in Menschenrechtsdebatten ist. (vgl. Hein 2010:192f)

Folgende Themen und geschichtliche Ereignisse sind wesentlich wenn von Gesundheit und Entwicklung gesprochen wird:

In Ländern des globalen Südens bestehen viele im Westen „besiegte“ Infektionskrankheiten fort, während neue Krankheitsbilder durch westlich übernommene Lebensweisen hinzukommen. Dies betrifft vor Allem eine kleine gebildete Elite, da die Bevölkerungsmehrheit, hauptsächlich mit infektiösen Krankheiten zu kämpfen hat, was auf mangelhafte Hygiene und Armut zurückzuführen ist. Auch die Bevölkerungsexplosion der 50er und 60er in den Ländern des globalen Südens hat sich drastisch auf die Gesundheit ausgewirkt, da die ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen nicht im gleichen Tempo mitwuchsen. (vgl. Budowski 2007: 150f)

Im selben Zeitraum dominierten Modernisierungstheorien, welche den *Trickle-Down-Effekt* als effizient anpriesen. Durch Wirtschaftswachstum beziehungsweise eine verbesserte Ökonomie, sollte sich mit der Zeit auch die Gesundheit verbessern. (ebd.:154) Die Weltbank zum Beispiel begann in den 70ern mit Projektfinanzierungen im Gesundheitssektor und stellte eine Zeitlang die leitende Kraft in entwicklungspolitischen Diskursen dar. In den 80ern konnte die WHO mit eigenen Konzepten und neoliberalen Ansätzen mit einsteigen.

Am wenigsten Mitspracherecht allerdings hatten die „Entwicklungsländer“ selbst, welche das Ziel der Finanzierungen waren. (vgl. Hein 2010:187)

In den 70ern kam die Idee des Basics *Human Needs*, der Basisgrundversorgung auf. Diese wurde im Zuge der *Alma Ata Deklaration* 1978, einem Treffen von UNICEF und der WHO, mit dem Titel *Health for all* festgelegt. Die Gesundheit der am meisten betroffenen Bevölkerungsgruppen sollte verbessert werden. Passieren sollte dies über kostengünstige Maßnahmen, mit simpel geschultem medizinischem Personal und auf lokaler Selbsthilfe-Ebene, unter dem Namen *Primary Health Care PHC*. Viele Ziele konnten jedoch in dieser Form nicht umgesetzt werden. (vgl. Budowski 2007:154, ebd.: 194)

1978 deklarierte der UN-Ausschuss „[...] the attainment of the highest possible level of health“ (WHO 2013 [1978]:1) als ein Menschenrecht. Damit verpflichteten sich Staaten, ihrer Bevölkerung die Basis-Medikamente aus der Liste der WHO zur Verfügung zu stellen. (vgl. Hein 2010: 196) In den 80ern wurden die Strukturanpassungsprogramme in zahlreichen Ländern umgesetzt, bei welchen sich auf industriellen Ausbau und starke Sparmaßnahmen im Sozialbereich konzentriert wurde. Dies wirkte sich jedoch fatal auf die Gesundheit der betroffenen Länder aus und führte zu einer sozialpolitischen Verarmung derselben. (vgl. Schicho, Nöst 2006:48)

Der Einsatz der SAPs wurde begleitet von einem verstärkten Einfluss nichtstaatlicher Akteure, NGOs, CSOs, und *Public Private Partnerships* PPPs, welche Zugang zu Medikamenten verschaffen sollten. (vgl. Hein 2010:188) Es folgten wirtschaftliche Krisen, die Gesundheitsversorgung in vielen Ländern stagnierte und die SAP-Zeit wurde als verlorene Dekade in der Entwicklungspolitik bezeichnet. Dazu kam, dass alte Krankheiten, welche als ausgerottet galten, in vielen Ländern wieder auftauchten. Neue Grippeviren und HIV/Aids wurden zum großen Thema, während westliche Krankheiten wie Herzprobleme, Schlaganfälle und Depressionen in Entwicklungsländern zu- aber deren Infektionskrankheiten im Vergleich nicht abnahmen. Von diesem Phänomen waren und sind hauptsächlich Menschen mittleren Alters betroffen. (ebd.:177f)

Primary Health Care wurde in das Konzept der *Selective Primary Health Care* SPHC umgewandelt, was jedoch wieder nichts an den globalen und nationalen Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung änderte. In den 90ern fand die Überzeugung Einklang, dass ökonomische Entwicklung nicht alle Bereiche abdecken könne und die Idee einer nachhaltigen „Entwicklung“ kam erstmals auf. (vgl. Budowski 2007:155f)

Die *access campaign* in den 90ern, unter der Führung von MSF *Medicins Sans Frontieres* und *Health Action International*, bewirkten, dass die davor unleistbaren ARVs für „Entwicklungsländer“ erstmal erschwinglich wurden. (vgl. Hein 2010:190f)

Mit der Liberalisierung des internationalen Handels 1995 und den TRIPS-Abkommen, sollten die handelsbedingten „Rechte an geistigen Eigentum“ (ebd.:183) festgelegt werden. Damit könne über Patente, Kontrolle auf Zugang zu medizinischen Geräten und Produktion von Medikamenten ausgeübt werden. Auch durch das *General Agreement on Trade in Services* GATS, über welches zum Beispiel Dienstleistungen angeboten werden, konnten Akteur_innen Einfluss auf bestimmte Länder gewinnen. (vgl. ebd.:183f) Die TRIPS-Abkommen stellten wie bereits erwähnt ein Hindernis für günstige Preise von ARVs dar. Generische Versionen von indischen Pharmafirmen, welche ein Zehntel billiger waren als die originale Versionen, durften deswegen in vielen „Entwicklungsländern“ nicht verkauft werden, was einen Skandal darstellte. (vgl. Hein 2010:190) Die Legitimation von „Zwangslizenzen“ unter bestimmten Umständen wurden aus diesen Gründen erteilt: „WTO members with insufficient or no manufacturing capacities in the pharmaceutical sector can make effective use of compulsory licensing under the TRIPs Agreement.“ (Zürcher Fausch 2002: 495) Dies bedeutet, dass Firmen in Entwicklungsländern mit einer solchen Lizenz erlaubt wird, Medikamente unter Patentschutz selbst zu produzieren und billig zu verkaufen. (vgl. Hein 2010:197) Staaten wie Brasilien und Indien nahmen etwa eine Zwangslizenz in Anspruch und begannen die Imitate der Originalmedikamente zu exportieren, was vielen Ländern, gesundheitspolitisch viele Erfolge einbrachte. Allerdings geht es bei Zwangslizenzen um Übergangsregelungen in Richtung

Umsetzung der TRIPs, (vgl. Zürcher Fausch 2002: 496) was aber für viele Länder in Bezug auf die eigene Gesundenversorgung mit Pharmazeutika nicht realistisch erscheint. Um 2001 eskalierte eine solche Auseinandersetzung in Südafrika, wo zwischen 1997 und 2001, vierzig pharmazeutische US-amerikanische Firmen Lizenzen für leistbare ARVs verhinderten und der Fall schließlich vor Gericht getragen wurde. Durch besonders starken öffentlichen Aktionismus kam es zu einer globalen Zensur dieser Firmen und deren Klagen vor Gericht wurden zurückgenommen. (vgl. WHO 2013: 165)

1994 wurde UNAIDS für die Koordination von Aids-Programmen gegründet, wobei aber auch viele Fortschritte ohne die Intervention von UNAIDS stattfanden. (vgl. Hein 2010:191) Bekannt ist UNAIDS für das Konzept der *Three ones* im Kampf gegen Aids, welche eine Forderung nach *coordinating authority* und *Monitoring and Evaluation System* im jeweiligen Land, stellten. (vgl. ebd.: 200) Auf Vorschlag des G8 hin wurde 2001 der *Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria GFATM* gegründet, welcher sich nach PPP-Modellen orientiert.

2003 wurde *The Presidents Emergency Plan for AIDS Relief*, der *PEPFAR-Fund* ein US-Programm gegründet, als Mittel für die Bekämpfung von HIV/Aids. Diese Organisation setzt den Fokus auf sexuelle Enthaltsamkeit anstatt Verhütung und stellt eine der größten, rein auf HIV/Aids fokussierten Organisationen dar. (vgl. ebd.:191f)

2005 fordert die *Paris Declaration on Aid Effectiveness* Geberorganisationen auf ihre NGO- und Aid-Angebote zu harmonisieren.

Das große Ziel der Armutsreduktion und der Auseinandersetzung mit globalen gesundheitlichen Ungleichheiten wurde in den Millennium Development Goals MDGs festgeschrieben. (vgl. Budowski 2007:158) Eine internationale Gesundheitspolitik wird angestrebt, welche sich nach neuen Prozessen und Vorgangsweisen bei Implementierungen orientiert. (vgl. Hein 2010:175)

2.4.2 Überlegungen und Indikatoren zu Ungleichheiten und Gesundheit

Die alte Trennlinie zwischen „Entwicklungsländern“ und Industrieländern, wenn von der Lebenserwartung ausgegangen wird, existiert nicht mehr. Fast nur bei afrikanischen Staaten liegen die Zahlen auf unter sechzig Jahren, gemeinsam mit Laos, Afghanistan und Südafrika mit 49,0 Jahren Durchschnittslebenserwartung. Swasiland liegt mit 31,9 Jahren an der bedeutend untersten Stelle, während Japan, Macao und Singapur mit über 80,1 Jahren an höchster Stelle stehen. Hauptgründe für diese niedrigen Zahlen sind meist humanitäre Krisen wie regionale Kriege und Epidemien wie HIV/Aids. (vgl. Hein 2010:176)

Weitere Faktoren für gesundheitliche Schwierigkeiten sind in der steigenden Umweltverschmutzung zu verorten, da viele industrielle Entwicklungen ohne gemäßen ökologischen Standards in „Entwicklungsländern“ stattgefunden haben. (vgl. ebd.:183)

Neben genannten ökologischen und medizinischen Faktoren, ergänzt Budowski sozialpolitische Aspekte. Sie argumentiert, dass in „Entwicklungsländern“ die Bedeutung von Machtkonstellationen und einflussreichen Akteur_innen im Gesundheitssystem, eine besonders große Rolle spielt. Diese Konstellationen bedeuten zum Beispiel, dass bestimmte gesundheitliche Bedingungen von Personen an der Macht toleriert oder bewusst beibehalten werden, um eigenen politischen, privaten und finanziellen Interessen entgegenzukommen. Die Leistungen des Gesundheitssystems sind Teil eines internationalen Gesundheitsmarktes. Das bedeutet, dass zum Beispiel Pharmakonzerne oder Anbieter_innen anderer Dienstleistungen, durch Unterstützungen von machtvollen Politiker_innen, Einfluss auf gesundheitliche Maßnahmen erlangen können. Diese ökonomischen Vereinbarungen müssen für die Zielgruppe der Gesundheitspolitik aber nicht unbedingt von Vorteil sein, wie im Forschungsteil dieser Arbeit aufgezeigt werden wird. (vgl. Budowski 2007: 147f)

Hein formuliert ein Wechselspiel zwischen Krankheit in der Bevölkerung und dem Staat. Eine gesundheitliche Stärke der Bevölkerung sei wesentlich, denn Krankheit würde die Schwächen eines Staates wie politische Unsicherheit verstärken, was wiederum auf die Bevölkerung zurückfällt. Weiters ist er sich sicher, dass sich ein Ansteigen des Pro-Kopf-Einkommens positiv auf die Gesundheit und die Lebenserwartung auswirkt. (vgl. Hein 2010: 75, 179) Diese Ansicht wird allerdings als einseitig kritisiert, da auch soziale Werte wie Bildung und individuelle Bedürfnisse, sowie der Anspruch auf eine lebenswerte Umgebung und geschützte Arbeitsverhältnisse, wesentlich für Gesundheit sind. Nur so könnte es Menschen auch möglich sein, sich sozial und politisch zu beteiligen. (vgl. Ruger 2003: 678) Genau diese aktive Teilnahme der Bevölkerung sei wesentlich für nachhaltige Gesundheitsreformen und die Ökonomie: „[...] health improvement and economic development are both linked to individuals' opportunities to exercise their agency and participate in political and social decision making.“ (ebd.)

Der Public-Health-Ansatz von Uwe Flick trägt wesentlich zu einem nachhaltigen Gesundheitsdiskurs bei. Bereits in Kapitel 2.3.1 wird erklärt, dass die Lösungsansätze für Gesundheitsprobleme, von „bestimmten Merkmalen gesellschaftlicher Strukturen“ (Flick 2002:10) ausgehen. Diese sozialen Strukturen bezieht Flick auf das Bedürfnis sozialer Zugehörigkeit. In diesem Zusammenhang spricht er von zwei Arten sozialer Zugehörigkeiten, welche einen sozialen Status bestimmen und auf daraus resultierende Gesundheitsgefährdungen hinweisen können. Einerseits gehe es um die Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Netzwerken, Kulturen, Lebensweisen oder um Zugehörigkeit auf der Ebene von Bildung, Beruf, Einkommen und Schicht. (vgl.ebd.) Die Wichtigkeit des sozialen Umfeldes wird später im Kapitel 3.1.2 zu sozialem Aids noch ausführlicher behandelt werden.

2.4.3 Das Recht auf Gesundheit in Erwägung

Internationale Gesundheitskonventionen und die Umsetzung von Gesundheitskonzepten in einzelnen Ländern durch staatliche Maßnahmen, NGOs oder private Anbieter_innen, basieren immer auf der Grundlage der Menschenrechte, spezifisch dem „Recht auf Gesundheit“. Daher ist es notwendig, die Möglichkeiten und die Anwendbarkeit dieses Rechtes in Bezug auf Länder wie Tansania aufzuzeigen.

Das Recht auf Gesundheit ist ein essentieller Teil der Menschenrechte und wurde international bereits 1946 in der Verfassung der WHO als „The right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health“ (WHO 2005 [1964]: 1) formuliert. Weiters wird in der Einleitung derselben Verfassung geschrieben: „The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being, without the distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.“ (ebd.) Seither beziehen sich andere rechtliche Abkommen ebenso auf das Recht auf Gesundheit oder auf Elemente daraus, wie beispielsweise das Recht auf medizinische Versorgung. Jeder Staat hat zumindest ein Abkommen zum Recht auf Gesundheit ratifiziert und unterschrieben. (WHO/UNHCR 2013: 1) Die Regierung Tansanias hat die Kommission für Menschenrechte und *Good Governance* ratifiziert und vertritt den menschenrechtlichen Anspruch seit 2001. Vertreten wird dieses Abkommen von der als unabhängig deklarierten Regierungsabteilung *Commission for Human Rights and Good Governance CHRAGG*, welche angibt „To indepently promote and protect all human rights, duties and principles of administrative justice in order to enhance democracy, rule of law and good governance.“ (CHRAGG 2001) Der Anspruch auf die Wahrung des Rechtes auf Gesundheit ist ebenso in allen *policy-papers*, bezüglich des Managements von HIV/Aids in Tansania verankert, beispielsweise in der *National Policy on HIV and Aids*. Demnach wird angestrebt „To identify human rights abuses in HIV/AIDS and to protect PLHAs and everyone else in society against all forms of discrimination and social injustice.“ (PMO 2001: 21)

Das Recht auf Gesundheit soll allerdings nicht nur als ein Recht darauf, einfach gesund zu sein verstanden werden. Von einem Staat kann nicht eine bedingungslose Verantwortung für alle Krankheiten der Bevölkerung erwartet werden. Speziell bei Erbkrankheiten oder Unfälle durch eine freiwillige, risikoreiche Lebensführung. Vielmehr soll damit vermittelt werden, dass es ein Recht auf eine Gesundheitsversorgung gibt und dieses eine Basisvoraussetzung ist, welche der Staat über Institutionen zur Verfügung stellen sollte. (vgl. Asher 2010: 27)

Das Recht auf Gesundheit weist in seiner Formulierung darauf hin, dass es eingefordert werden kann. Jedoch ist die praktische Einforderung einer Gesundheitsversorgung in den meisten „Entwicklungsländern“ nicht selbstverständlich. Daher bedarf es eines Ansatzes, welcher sich mit einer praktischen Auseinandersetzung und Einforderung des Rechtes auf Gesundheit befasst.

Im *human rights based approach* zum Beispiel, geht es hauptsächlich darum, ein bestimmtes Rechtsbewusstsein in der Bevölkerung zu erreichen, welches eingesetzt werden kann, um Institutionen oder machtvollen Individuen auf ihre Einhaltung von diversen Rechten hinzuweisen (vgl. ebd.: 35):

„A rights based approach uses international human rights treaties and norms to hold governments accountable for their obligations under the treaties. A rights approach can be integrated into any number of advocacy strategies and tools, including monitoring; community education and mobilization; litigation; and policy formulation.“ (ebd.)

Die Theoretikerin Asher betont, dass Gesundheit in diesem Zusammenhang hauptsächlich eine Frage sozialer Gerechtigkeit und klarer Regierungsverpflichtungen ist. Daher sei auch die Adaption des *human right based approaches* durch NGOs von großer Wichtigkeit. Der Zugang zu Rahmenbedingungen, in welchen mit Menschenrechten gearbeitet werden kann, soll nicht nur ausgewählten Spezialist_innen, Menschenrechtsanwält_innen oder dem UN-System vorbehalten sein, sondern in realen Lebenssituationen auf dem *community level* geschehen. Nur so, meint Asher, könne die Gesundheit von Individuen, der lokalen Gemeinschaften und anderen armen, verletzlichen Bevölkerungsgruppen gestärkt werden. (vgl. ebd.: 3,5) Der *human right based approach* soll somit als *empowerment* lokaler NGOs fungieren, wo „[...] health is placed in the context of social justice and linked with principles of equity and non-discrimination.“, (ebd.: 3) Allein das Erkennen eines legalen Rechts auf Gesundheit und welche Maßnahmen und Versorgungssysteme dazugehören, würde bedeuten, dass Individuen und Gruppen sich dazu ermächtigt fühlen, diese Rechte und somit die Verantwortung des Staates legal einzufordern. Durch *advocacy*¹-Arbeit kann mit verschiedenen Strategien auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene die Gesundheitspolitik des eigenen Landes beeinflusst- und in der Folge bessere Ergebnisse im Gesundheitssektor erreicht werden. (vgl. Asher 2010: 3ff, 5) Durch die Verwendung existierender Gesetze und durch „international human rights reporting procedures“, (ebd.: 5) würden dann Verpflichtungen, welche der Staat gesundheitspolitisch eingegangen ist, leichter einzufordern sein. (vgl. ebd.: 3ff)

Die *Alma-Ata Deklaration 1987* mit dem Leitsatz „Health for all“, soll in diesem Kontext erwähnt werden, da sie als entscheidendes Ereignis galt, das genannte Recht auf Gesundheit durchzusetzen. „[...] by the year of 2000“ [sollte eine universelle Basisgesundheitsversorgung für alle Menschen bereitgestellt sein] of a level of health that will permit them to lead a socially and economically

¹*Advocacy-work*, wird hier als „the alignment of participatory approaches with a right-based agenda“ (Hickey, Mohan 2004:165) verstanden, mit dem Anspruch eines „citizen-based approach“, (ebd.) welcher die politische Involvierung auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene anstrebt. Diese Arbeit wird meist von NGOs geleistet, welche aufgrund sozialer Marginalisierung oder politischen Missständen auf sich aufmerksam machen. Erfolgreiche *advocacy*-Kampagnen, wie zum Beispiel die südafrikanische *Treatment Action Campaign TAC*, wählen nicht selten Protests und Demonstrationen als Methode. (vgl. ebd.)

productive life.“ (WHO 2013 [1978]: 1)

Es bestehen also unzählige Bestrebungen seitens der UN und WHO, das Recht auf Gesundheit durchzusetzen. Dies passiert jedoch nicht automatisch durch die Erstellung von Konventionen und deren Ratifizierungen durch bestimmte „Entwicklungsländer“. Jene Rechte erfüllen sich jedoch nicht einfach aufgrund ihrer Existenz, sondern nur wenn ein Rahmen besteht, in welchem sie von der Regierung ernst genommen werden und legal durch die Zivilbevölkerung einforderbar sind. Dies hängt selbstverständlich von der Politik des jeweiligen Landes ab, sowie auch von den Institutionen, Organisationen und Wirtschaftspartner_innen mit welchen der Staat kooperiert.

Die Menschenrechte und das Recht auf Gesundheit werden jedoch dafür kritisiert, dass sie so präsentiert werden, als gebe es ein universelles Verständnis und Gültigkeit über sie. Nach diesen hätte jeder Mensch das Recht auf Gesundheit, obwohl real festzustellen ist, dass mehr als die Hälfte der Welt über keine Basisgesundheitsversorgung verfügt. In einer Veröffentlichung der WHO wird jedoch argumentiert, dass das Recht auf bestmögliche Gesundheit zwar universell sei, aber

„[...] the risk of having one's rights violated is not universal and this inequity in risk of violations results from entrenched structural inequities.“ (Farmer 1999 zitiert in WHO 2013: 155)

Es machen sich auch Kritiken breit, welche das Menschenrechtskonzept als Ganzes in Frage stellen, da es asymmetrische Machtkonstellationen reproduziere. Ebenso sei der Westen, welcher die Menschenrechte formulierte, selbst an deren Brüchen beteiligt. Zum Beispiel kritisiert die Theoretikerin Donna Matheson, die Erwartung an *Alma Ata* und dessen zeitlichen Visionen:

„An acceptable level of health for all the people for all the people of the world by the year 2000 can be attained through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of which is now spent on armaments and military conflicts.“ (Matheson 2009 zitiert nach Alma Ata Declaration: 1194)

Sie fügt hinzu, dass Menschenrechte wie sie jetzt existieren, durch den Westen konstruiert wurden, und anderen Kulturen in dieser Form fremd seien. Es hätte diesbezüglich sogar in der UN, zu Beginn der Etablierung von Menschenrechten, aus denselben Gründen Widerstände gegeben. (vgl. Matheson 2009: 1194) Sie spricht von einem „human rights imperialism“. (ebd.)

Obwohl die kritischen Sichtweisen bezüglich des Rechtes auf Gesundheit ernst genommen werden- und in eine umfassende Analyse miteinfließen sollten, ist es auch sinnvoll in Bezug auf eine lebensrettende Antiretrovirale Therapie ART, eine Pro-Menschenrechts Position einzunehmen. Der Menschenrechtsdiskurs bietet im lokalen, nationalen und internationalen Raum eine hilfreiche Plattform, speziell anhand eines *human rights approaches*, Rechte und Maßnahmen einzufordern. Ebenso können damit Akteur_innen und Institutionen, welche die Grundverfechter_innen jener Rechte darstellen und in der Entwicklungspolitik tätig sind, auf mangelhafte Einhaltung oder unpräzise Vorgangsweisen hingewiesen werden.

3 Gesundheitssystem, HIV/Aids, Tansania

Dieser Teil der Arbeit stellt den thematischen Kernteil dar und kombiniert die Hauptgebiete des Forschungsschwerpunktes: Die Grundaspekte von HIV/Aids und der ART, den Aufbau des tansanischen Gesundheitssystems und die Beteiligung aller Akteur_innen in der Implementierung der ART in Tansania.

3.1 HIV/Aids und die antiretrovirale Therapie international

„Nicht der Virus tötet, sondern das Stigma [Swahili: Kitu kinachoua ni kunanyapaa, sio Ukimwi]“, ruft Anna Mwynuka, ein PIUMA-Mitglied¹ in die Menschenmenge, welche sie soeben über die Folgen von HIV/Aids aufklärt. Bei HIV/Aids, ist neben dem medizinischen Aspekt der soziale ganz groß zu schreiben, da dieser mindestens gleich auf das Leben einer Person die mit HIV/Aids lebt, wirken kann, wie die Krankheit selbst. Bevor jedoch auf diesen Aspekt eingegangen wird, soll die wesentliche Basisinformation über HIV/Aids dargebracht werden.

3.1.1 Definition und Geschichte

AIDS-Aquired Immune Deficiency Syndrom, wurde zum ersten Mal 1981 bei homosexuellen Männern in den USA festgestellt und 1983 der verursachende Virus, HIV *Human immunodeficiency Virus*, identifiziert. (vgl. UNAIDS/WHO 2003: 3) Die Übertragung vom HI-Virus passiert wenn infektiöse Körperflüssigkeiten wie Blut, Sperma, Scheidenflüssigkeit oder Muttermilch über Schleimhäute oder offene Wunden in den Körper geraten. Die häufigsten Infektionen passieren über analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr und Austausch von Spritzen bei Drogenabhängigen Personen. (vgl. BzGA 2013, AidsInfo 2013) Der HI-Virus greift die Immunsystem-Zellen, CD4 oder T-Zellen genannt, an und minimiert diese drastisch. In der Folge kann der Körper Infektionen und Krankheiten nicht mehr abwehren. Wenn dieses Stadium erreicht wird, führt die HIV-Infektion zu AIDS. Bis heute wurde zwar noch keine medizinische Lösung zur Heilung von HIV/Aids gefunden, aber mit einer richtigen medikamentösen Therapie, kann HIV/Aids zu einer quasi chronischen Krankheit gemacht werden, mit welcher viele Jahre symptomfrei gelebt werden und ein hohes Alter erreicht werden kann. (vgl. CDC 2013; BzGA 2013) Bereits vor seiner medizinischen Erfassung, hatte sich der HI-Virus unbemerkt rund um den Globus verbreitet und bis heute zirka 36 Millionen Menschenleben gekostet. Aktuell leben etwa 35,3 Millionen Menschen mit HIV/Aids, wobei Sub-Sahara Afrika mit 68% der globalen HIV/Aids-Belastung, das am meisten betroffene Gebiet auf der Welt ist. (vgl. UNAIDS 2013a: 4; UNAIDS 2013: 1; UNAIDS 2011: 2, UNAIDS 2010: 2) Eine besonders explosive Verbreitung war in Südafrika zu vermerken, wo um 2003 mit fünf Millionen

¹Aussage festgehalten über teilnehmende Beobachtung der Autorin während eines „Out-Reach“ Programmes 2010 in einem abgelegenen Dorf mit PIUMA-Mitgliedern als Aufklärungsarbeiter_innen.

People living with HIV and Aids PLHAs, eine der höchsten Zahlen festgestellt wurde.

Durch die steigende Versorgung mit antiretroviraler Therapie ART, wurden die globalen Todesfälle durch Aids mittlerweile drastisch gesenkt. Von 2,3 Millionen in 2005, auf ca. 1,6 Millionen in 2012. (vgl. UNAIDS 2013b: 4; UNAIDS/WHO 2003: 6) Um 2012 hatten in *low-and middle income countries*¹ geschätzte 9,7 Millionen Menschen Zugang zu einer ART. Die Neuinfizierungsrate lag 2001 bei 3,4- und sank 2012 auf circa 2,3 Millionen Menschen. (vgl. UNAIDS 2013: 1; UNAIDS 2013b: 6) Allerdings werden, die WHO *treatment-guidelines* 2013 beachtend, in jenen Ländern, nur etwa 34% jener Menschen welche 2013 zu einer ART berechtigt wären, behandelt. Aufgrund dieser noch immer zu füllenden Behandlungslücken wird von UNAIDS bis 2015 angestrebt, 15 Millionen Menschen weltweit mit einer ART zu versorgen. (vgl. UNAIDS 2013c: 4; UNAIDS 2013b: 6) Von den Organisationen WHO, UNICEF und dem *Global Fund* wurden Milliarden von Geldern in den Bereich HIV/Aids investiert, wobei auch unzählige andere Organisationen sich mit unterschiedlichen Interessen in dieser Materie bewegen. 2012 wurden zum Beispiel von verschiedenen Ressourcen um die 18,9 Billionen US-Dollar eingesetzt, wobei für 2015 geschätzte 22-24 Billionen benötigt werden. (UNAIDS 2013: 1)

3.1.2 Das „soziale Aids“ im globalen Kontext

Die Kontextualisierung von HIV/Aids ist oft als problematisch zu betrachten. Neben der medizinischen Versorgung wird der unsichtbare soziale Aspekt oft nicht wahrgenommen, welcher aber mindestens gleich viel zur Therapie beiträgt wie die Medikamente selbst. Stigma und diskriminierende Mechanismen wie Ausgrenzung und Demütigung sind in fast allen Ländern der Welt noch immer ein großes Hindernis. Hierbei spielen Religion, das familiäre Netzwerk und moralische Wertvorstellungen eine Rolle, sowie auch die soziale Sicherheit und Auffangsysteme die ein Staat für PLHAs zu Verfügung stellt. Oft werden PLHAs in gesellschaftlich abgewertete Kategorien wie Prostituierte, Drogenabhängige oder Homosexuelle gedrängt. Wiederum werden bei Menschen, welche nun tatsächlich aus diesen Genres kommen, abschätzig Schlussfolgerungen gezogen. Sie seien von ihrem Schicksal oder „Gott“ bestraft worden und es würde ihnen daher auch „recht geschehen“ weil sie ein moralisch unvertretbares oder kriminelles Leben geführt hätten. (vgl. UNAIDS 2013b: 7f, UNAIDS 2013c: 20)

¹Die Weltbank klassifiziert Ökonomien nach dem pro-Kopf Bruttonationaleinkommen BNE. Demnach fallen Länder mit einem BNE von \$1,035 oder weniger unter *low-income* und einem BNE von \$1,036 - \$4,085 unter *lower middle income country*. (vgl. Weltbank 2014)

Zu der bereits asymmetrischen globalen HIV/Aids-Prävalenz mit dem hauptbetroffenen Gebiet Sub-Sahara Afrika, kommt hinzu dass diese auch eine Feminisierung erfahren hat. 76% aller HIV-positiven Frauen auf der Welt leben in Sub-Sahara Afrika, wobei die Mehrheit der in diesem Gebiet lebenden PLHAs, Mädchen und Frauen im Alter zwischen 15 und 24 sind. (vgl. UNAIDS 2010: 2) Die Gründe für die höhere Verletzlichkeit von Frauen für HIV-Infektionen und die Notwendigkeit deren Recht auf eine Behandlung zu sichern, sind in Bezug auf Sub-Sahara Afrika, meist mit „gender-based violence“ (UNAIDS 2013a: 7) in heterosexuellen Beziehungen und Ehen zu verbinden. (vgl. leDEA 2008: 877)

Die Thematik von Stigma und gender-basierten Asymmetrien, ist verknüpft mit der weitverbreiteten diskursiven Konstruktion von HIV/Aids als ein afrikanisches Phänomen. In diesem Zusammenhang wird die Arbeit des Theoretikers Ian Yeboah relevant, welcher ähnlich wie Edward Said die Konstruktion des Orients durch den Westen beschreibt und Schlussfolgerungen in Bezug auf das Machtgefüge um HIV/Aids zieht. Ihm nach hätte Europa, beziehungsweise der Westen, Sub-Sahara Afrika als die Quelle des HI-Virus konstruiert. Dies hätte nicht nur negative Stereotypen in den Sozialwissenschaften produziert, sondern auch viele andere wesentliche Aspekte der Umwelt, Menschen dieser Region, Kultur und Geschichte, Politik und Ökonomie, gender-Verhältnisse und globaler Status dieser Regionen mit diesem einseitigen Bild überdeckt. Wobei aber genau diese sozialen Dimensionen, wenn in die Sozialwissenschaften inkorporiert, zu einer Eindämmung der HIV-Verbreitung beitragen könnten. Es werde ausgelassen, dass HIV aber ein globaler und transkultureller Virus ist und alle auf der Erde betreffe. (vgl. Yaboah 2006: 1128f)

„By ascribing Sub-Saharan Africa as the origin of HIV there is a tendency to construct the region as a problem region rather than a region with a problem.“ (ebd.: 1129)

Mit einer rassialisierten und exotisierten Assoziation von HIV/Aids mit Afrika, würden koloniale Bilder, der gegensätzlich zum Westen, 'kranken, unzivilisierten, wilden und promiskuitiven' Afrikaner_innen wieder neu belebt. (vgl. Young 1995 in Kothari 2006: 19) Ähnlich wie im Kolonialismus, würden nun lediglich die neuesten negativen Konstruktionen von Afrikaner_innen dargestellt werden. Und das Bekämpfen dieser Krankheit bleibe somit „the witheman's burden“ (Yaboah 2006: 1129), da es ironischerweise nachwievor der Westen sei, welcher die großen Gesundheitsinterventionen und damit verbundene politische Einflüsse in Afrika durchführt. (vgl. ebd.) Zusammenfassend sei der Kampf des Westens gegen Aids in Afrika also „[...]a top-down endeavour inspired by Western stereotypes of african sexuality [...]“ (Stillwaggon 2006 zitiert in Hunsmann 2012:89)

3.1.3 Antiretrovirale Therapie: Verlauf und Möglichkeiten

Die medizinischen Informationen dieses Kapitels stammen hauptsächlich aus den Regelungen und Empfehlungen der WHO, wobei die Umsetzung dieser vom jeweiligen Land und dessen Ressourcen abhängt. Ein grundsätzliches Problem stellt die Tatsache dar, dass nur etwa die Hälfte der Menschen weltweit, welche mit HIV leben, über ihren Status Bescheid wissen. Und jene, die sich dessen bewusst sind, lassen sich meist erst in einem sehr fortgeschrittenen Stadium der Infektion testen, was einen Grund für zusätzliche HIV-Übertragungen sein kann. Eingeschränkte Ressourcen und eventuelle Wartezeit auf einen Zuspuch zur ART spielen eine weitere Rolle. Sollte jedoch auch ein rascher Zuspuch zur ART geschehen, können aufgrund des eben genannten späten Starts oft keine effektiven Ergebnisse mehr erzielt werden. (vgl. UNAIDS 2013a: 6, WHO 2013a: 68) Dies wird von einigen Studien bestätigt, welche aufgrund der genannten Faktoren eine hohe Mortalitätsrate innerhalb der ersten ART-Monate in afrikanischen Ländern aufzeigen. (vgl. leDEA 2008: 871)

3.1.3.1 Symptome und Stadien von HIV/Aids

Unter dem „fortgeschrittenen Stadium“ aus der Einleitung dieses Kapitels, wird verstanden, dass der Virus im Körper bereits in einer so hohen Replikation vorhanden ist, dass die Infektion zu AIDS führt und den damit verbundenen opportunistischen Infektionen.¹

Am besten lässt sich der Verlauf von der HIV-Infektion bis hin zu AIDS, wenn unbehandelt, anhand dreier Phasen beschreiben:

Phase 1/Akute HIV-Infektion:

Zwei bis vier Wochen nach der Infektion können grippeähnliche Symptome auch *Acute Retroviral Symptom* ARS genannt, aufkommen. Der HI-Virus benutzt die CD4-Zellen um sich zu reproduzieren und tötet viele dieser im Prozess. Die Übertragungsgefahr in diesem Zeitraum ist besonders groß, da die Viruslast² im Blut besonders hoch ist. Mit der Zeit stabilisiert sich das Immunsystem wieder, die CD4-Zellen können sich jedoch meist nicht wieder zu ihrer Ausgangszahl zurückbilden. (vgl. CDC 2013)

Phase 2/Latenzphase:

Diese Phase ist symptomfrei, wobei sich der Virus jedoch auf niedrigem Niveau weiter reproduziert. Diese Periode kann mit Behandlung bis zu zwanzig Jahre andauern. Ohne diese kann sie aber bereits nach zehn Jahren in die nächste übergehen da durch das geschwächte Immunsystem HIV-Symptome auftauchen. (vgl. ebd.; Aids.gov 2013)

¹Opportunistische Infektionen werden als opportunistisch bezeichnet weil sie das geschwächte Immunsystem angreifen und besonders bei HIV-infizierten Personen über Pilze, Viren und Bakterien schwerwiegende Krankheiten verursachen. (vgl. Aids.gov 2014)

²Anzahl der Viruspartikel pro Millimeter im Blut. (vgl. Altmann, Lengauer u.a. 2009: 323)

Phase 3/AIDS-Vollbild der Krankheit:

Die Diagnose von AIDS erfolgt wenn der CD4-Wert unter 200 (200/mm³) liegt oder wenn die Person bereits eine oder mehrere opportunistische Krankheiten aufweist. Ohne ART überleben Personen diese Phase in der Regel nicht länger als drei Jahre. (vgl. ebd.)

Die Stadien des Krankheitsverlaufes sind wesentlich für die Evaluation der ART. Für diese existieren zwei Hauptstadiensysteme, jene der CDC U.S. *Centers for Disease Control and Prevention* und jene der WHO. Jedoch ist das *WHO Clinical Staging and Disease Classification System* im Vergleich zu dem der CDC, auch in Regionen mit eingeschränkten Ressourcen anwendbar. (vgl. AETC 2013) Die WHO teilt den Verlauf der HIV-Infektion in vier klinische Stadien ein, welche mit dem Aufkommen bestimmter Symptomatiken verbunden sind:

- Stadium 1:* Asymptatisch, mögliche Lymphknotenschwellung
- Stadium 2:* Unerklärter mäßiger Gewichtsverlust, Gürtelrose, Lippen-Mundentzündung und orale Geschwüre, Pilzerkrankungen, Hautausschläge
- Stadium 3:* Unerwarteter hoher Gewichtsverlust (über 10% des eigenen Körpergewichts), chronischer Durchfall, permanentes Fieber, orale Pilzerkrankungen (Kandidose), Haarleukoplakie (weiße Streifen an den Zungenrändern), Tuberkulose, schwere bakterielle Infektionen (Lungenentzündung, eitrige Infektionen, Gehirnhautentzündung, schwere Beckenentzündung), Blutarmut und Abnahme weißer Blutkörperchen, gewebserstörende Entzündungen und Thrombopenie (Mangel an Blutplättchen und dadurch längere Blutungen bei Wunden) (vgl. WHO 2010: 27f)
- Stadium 4:* Erweiterung der in Stadium 3 genannten opportunistischen Erkrankungen durch Entzündungen des Gehirns, der Atemwege und Speiseröhre, der Augen und Leber, auch über den Herpes-Virus, Tumore der Blutgefäße und der Lymphome. (vgl. ebd.; HIV-positiv leben 2013)

3.1.3.2 Der HIV-Test und Beratung

Seit dem Aufkommen des *rapid diagnostic-test*, ist es möglich, den HIV-Test mobil durchzuführen und ihn nicht mehr unbedingt an eine Gesundheitsinstitution gebunden anzubieten. Diese Innovation erweiterte den Zugang zum Testen wesentlich, bietet die Rückgabe des Testergebnisses am selben Tag an und stellt den getesteten Personen Möglichkeiten der weiteren Behandlung und medizinischen Begleitung zur Verfügung. (vgl. WHO 2013a: 68) Dies ist besonders in *resource limited settings*¹ von großer Bedeutung. Alle Länder werden von den WHO *Testing-Strategies 2012* dazu aufgefordert, Strategien anzustreben, welche das Testen für die Bevölkerung unter Beachtung der „nature of the epidemic“ (WHO 2012: 6), der „cost-effectiveness“ (ebd.), „Equity of access“ (ebd.) und der „available resources“ (ebd.), möglich macht. Eine weitere wesentliche Regel für das *Voluntary Counselling and Testing* VCT, ist, die Regel der fünf Cs:

Consent (Einverständnis) - Der Test und die begleitende Beratung passiert freiwillig und darf auch verweigert werden.

Confidential (Vertraulichkeit) - Die Informationen über den Status der Person bleibt geheim, aber der_die Berater_in fragt die_den Klient_in, an welche Personen diese die Information über den positiven Status weitergeben möchte. (Freunde, Verwandte)

Counselling (Beratung) - Dieser Vorgang muss mit einer professionellen Beratung vor und nach dem Test einhergehen und die getestete Person im Umgang mit dem Ergebnis und weiteren Handlungen verständnisvoll unterstützt werden.

Correct Test-results - Ausreichende Mechanismen zum Sichergehen eines richtigen Testergebnisses sind ein Muss, wenn notwendig, mit der Hilfe des *National Reference Laboratory*.

Connections to Prevention Care and Treatment-Services Weiterverweisungs- und Behandlungsmöglichkeiten, sowie Informationen über Vorbeugungsmechanismen, sollen gemeinsam mit dem Testergebnis vermittelt werden. (vgl. WHO 2012:14)

¹Oft synonym mit *resource-constrained* und *resource-poor settings* verwendet. Wird in dieser Arbeit als ein Ausdruck für eingeschränkte, finanzielle und infrastrukturelle Möglichkeiten eines Landes verwendet.

3.1.3.3 CD4-Wert und Viruslast

Zwei wesentliche Indikatoren zeigen die Intensität der Infektion und werden daher benötigt, um eine ART effektiv zu überwachen. Der CD4- oder T-Zellenwert bezieht sich auf die Anzahl der Immunzellen pro Mikroliter Blut, wobei sich der normale Wert zwischen 500 und 1,600 cells/mm³ bewegt. Sinkt der Wert, deutet dies auf einen Verlust der Immunstärke hin. (vgl. Altmann, Lengauer u.a. 2009: 323; vgl. CDC 2013) Die Viruslast ist die Anzahl der Viruspartikel pro Millimeter im Blut. Ihr Steigen weist auf eine hohe Belastung des Körpers durch den HI-Virus hin und auf ein erhöhtes Risiko der Bildung von ARV-Resistenzen. (vgl. Altmann, Lengauer u.a. 2009: 323)

3.1.3.4 Die Antiretrovirale Therapie ART

Die Chancen auf eine effektive ART variieren weltweit. Während in vielen westlichen Ländern bereits die Möglichkeit einer *Pre-exposure-prophylaxis* besteht, einer Prophylaxe die vor einer Infektionsgefahr einmalig oder regelmäßig eingenommen werden kann, und einer *post-exposure-prophylaxis*, welche nach potentieller Infektionsgefahr eingenommen wird, (vgl. WHO 2013a: 82f) kämpfen Menschen in anderen Teilen der Welt darum, eine effiziente ART zu bekommen.

Die ART beschreibt die Einnahme der Kombination dreier Antiretroviraler Medikamente, ARVs, mit dem Ziel die Virusreplikation im Körper zu verhindern, um Symptome abzuschwächen und den Krankheitsverlauf zu verlangsamen. Wurde einmal mit der ART begonnen, bedeutet dies meist eine lebenslange Therapie. (vgl. WHO 2013a: 15; Altmann, Lengauer[u.a.]2009: 320) In westlichen Ländern bestehen weitaus mehr Kombinationsmöglichkeiten der antiretroviralen Medikamente als in Ländern des globalen Südens.

Die neuesten *guidelines* der WHO 2013, beruhen auf neu erhobenen Studien, unter anderen auch von UNICEF, und empfehlen im Vergleich mit den Richtlinien von 2010 die ART viel früher als bisher anzusetzen. (vgl. UNAIDS 2013c: 8; WHO 2013a: 28)

ART-Beginn:

Der Vergleich der Richtlinien von 2010 und 2013 soll aufzeigen, in welchem ständigen Wandel sich die ART befindet. Die drei wesentlichen Punkte für den Start der ART, sollen anhand des Vergleichs in dieser Tabelle einfach erklärt werden:

WHO Richtlinien und Empfehlungen:

2010	2013
Alle Patient_innen mit einem CD4-Wert von ≤ 350 cells/mm ³ sollten unabhängig von ihrem klinischen Stadium mit ARVs behandelt werden. (2006 lag jener ART-Referenzwert noch auf ≤ 200 cells/mm ³)	Alle Individuen mit HIV und einem CD4-Wert >350 cells/mm ³ und ≤ 500 cells/mm ³ , sollten unabhängig von ihrem klinischen Stadium mit der ART beginnen.
Für alle Patient_innen im klinischen Stadium 1 und 2, sollte die Möglichkeit auf CD4-Tests vorhanden sein und der Beginn einer ART mit dem medizinischen Personal besprochen werden.	Alle Individuen sollten unabhängig von ihrem klinischen Stadium und CD4-Wert mit der ART beginnen, wenn sie sich unter diesen Umständen befinden: • aktiver Tuberkulose • einer Koinfektion mit HIV und HBV und nachgewiesener chronischer Leberkrankheit haben • eine_n Partner_in mit HIV haben, selbst HIV-negativ sind und mit ARVs die Infektionsgefahr reduzieren würden
Alle Patient_innen im klinischen Stadium 3 und 4, sollten mit ARVs behandelt werden, unabhängig von deren CD4-Wert.	Alle Individuen mit einer fortgeschrittenen HIV-bezogener Krankheit im klinischen Stadium 3 und 4 oder mit dem CD4-Wert ≤ 350 cells/mm ³ , sollten mit der ART beginnen.

(vgl. WHO 2010: 21, 24; WHO 2013a: 28, 92f)

Anhand des Vergleichs in dieser Tabelle ist sichtbar, dass wesentliche Erweiterungen in Prävention, ART-Beginn und Medikamentenentwicklung stattgefunden haben. Diese Erweiterungen sind jedoch aufgrund mangelnder Ressourcen nicht für jedes Land gleich umsetzbar. Dies kann zum Beispiel bedeuten, dass die ART in vielen Ländern erst bei einem CD4-Wert unter 200 cells/mm³ begonnen wird. (vgl. leDEA 2008: 876)

Verlauf der ART und Monitoring:

Da der HI-Virus sehr variabel ist und sich quasi mit jeder Kopie im Körper verändert, ist es sehr schwierig einen Impfstoff dagegen zu entwickeln. Der Virus verändert sich ebenso in der Reaktion auf ARVs und bildet Resistenzen. Daher muss die Therapie immer auf die Veränderungen des Virus im Körper abgestimmt werden. (vgl. Altmann, Lengauer u.a. 2009: 320) Wie bereits erwähnt, ist der CD4-Wert wesentlich für das Erkennen des Immunstatus und damit eine Entscheidungsgrundlage für den Beginn der ART. Die Viruslast hingegen, wird als Indikator verwendet, um eine Resistenzentwicklung des Körpers gegen ARVs zu erkennen. Ein *Treatment-failure*, das Versagen der ARV-Kombination im Körper, wird diagnostiziert, wenn die wiederholt festgestellte Viruslast, 1000 copies/ml übersteigt. (vgl. ebd.; WHO 2013a: 132f) Einzelne Werte sind für die ART jedoch nicht sonderlich hilfreich, da zum Beispiel die CD4-Werte nach jeweiligen gesundheitlichen Umständen,

welche auch nicht mit HIV zu tun haben müssen, schwanken. Daher ist es notwendig diese Werte regelmäßig zu überprüfen. Die eben erwähnten Schwankungen der CD4-Werte sind bei Kindern besonders stark vorhanden. Daher wird empfohlen bei Kindern unter fünf Jahren den CD4%-¹-Wert sowie die Viruslast regelmäßig zu messen. Vor Beginn der ART, soll der CD4-Wert generell alle sechs bis zwölf Monate- und nach dem Beginn, alle sechs Monate überprüft werden. Die Viruslast soll nach der Initiation der ART alle zwölf Monate gemessen werden. Allerdings wird bei der Behandlung von Kindern generell ein *treatment gap* festgestellt. Die ART-Abdeckung bei Kindern lag 2011 mit 28% im Vergleich zu jener der Erwachsenen 57%, weit hinten und 52% der global HIV-infizierten Kinder sterben bereits vor dem zweiten Lebensjahr. Dies hängt einerseits mit mangelhafter ART-Begleitung durch die Bezugspersonen zusammen (UNAIDS 2013a: 6; WHO 2013a: 109), ist aber auch, wie im Forschungsteil ermittelt wird, auf geringe medizinische Erfahrungen mit ART für Kinder und fehlende Messgeräten für CD4%-Wert und Viruslast in *resource-constrained settings*, zurückzuführen. Eine gutes PMTCT *Prevention of Mother to Child Transmission*-Service mit angemessener ART während der Schwangerschaft, macht es möglich, dass Mutter-Kind-Übertragungen durch die Geburt und das Stillen verhindert werden. Die ARVs sollten dann mindestens im Zeitraum des Infektionsrisikos eingenommen werden. (vgl. WHO 2013a: 100f; aidsmap 2013)

Sollte die Standard-ART, egal ob bei Erwachsenen, Kindern oder schwangeren Frauen fehlschlagen, indem sich Resistenzen bilden, sind beide Werte, CD4-Wert und Viruslast einzuholen um weitere Entscheidungen bezüglich der ART-Umstellung, treffen zu können. (vgl. WHO 2013a:132f, 136) Zwar haben Resistenzbildungen medizinisch damit zu tun, dass bestimmte virale Varianten im Körper den Wirkstoff nicht ideal binden, (vgl. Altmann, Lengauer u.a. 2009: 322) aber ein anderer Grund kann auch eine mangelhafte Befolgung, *adherence*, der ART-Richtlinien durch die Patient_innen sein. Dazu gehört das unregelmäßige Einnehmen der ARVs, schlechte Ernährung, Alkohol- und Drogenkonsum. (vgl. WHO 2013a: 170, 176f)

Medikamentöse Behandlung:

Die ART ist eine ARV-Kombination aus drei Medikamenten. Empfehlungen der WHO, welche sich durch die Entwicklung neuer Medikamente ständig im Wandel befinden, liegen 2013 auf der Kombination von TDF + 3TC (or FTC) + EFV in verschiedenen Variationen.² (vgl. WHO 2013a: 112 f)

¹Der CD4%-Satz wird im Vergleich zum CD4-Wert, an einem *flow-cytometer*-Gerät gemessen und kann genauere Ergebnisse mit geringeren Schwankungen anzeigen. (vgl. Mee Yu, Easterbrook u.a. 1997: 1367)

²Siehe medizinische Ausführungen im Abkürzungsverzeichnis

Bereits in den WHO *guidelines* von 2010, sowie auch in jenen von 2013, wird die Verwendung von dem Wirkstoff d4T (Stavudine) in der *first-line* ART, aufgrund dessen toxischen Auswirkungen, welche sich in Zellstoffwechselstörungen durch Multiorganversagen äußern können, abgeraten. Dieses Risiko sollte erst im Falle mehrerer *treatment failures*¹ eingegangen werden. (vgl. WHO 2010: 20; ebd.) Jedoch ist stark zu vermuten, dass das Medikament Triomune (Mischung aus Wirkstoffen: Lamivudine 3TC, Stavudine D4T und Nevirapine NVP), welches in Sub-Sahara Afrika zwischen 2005-2006 verstärkt eingeführt wurde, nach wie vor aktiv eingesetzt wird und die Umstellung der ARV-Kombination noch andauern wird. (leDEA 2008: 873) Auch der Wirkstoff Nevirapine in derselben Kombination kann bei Patient_innen schwerwiegende Leberschäden bewirken, weswegen regelmäßige Leber- und Laktatwerte erhoben werden sollten. Jedoch weisen die meisten ARV-Wirkstoffe leichte bis lebensgefährliche Nebenwirkungen auf.

Wenn nun schwerwiegende Nebenwirkungen oder Resistenzen in der ART auftauchen, muss die Therapie auf die *second-line* Therapie mit einer anderen Medikamentenkombination, umgestellt werden. Es gibt ebenso Empfehlungen für eine *third-line* ART, wobei wenig Angaben zu dieser existieren, da bereits eine hohe Mortalitätsrate mit dem Versagen der *second line* ART verzeichnet ist. (vgl. WHO 2013a: 140,146, 153) Es ist zu vermuten, dass viele Länder mit *resource-constrained settings* vorwiegend immer nur die *first-line* ART anbieten und Umstellungen bei Resistenzbildungen kaum passieren, da noch nicht genug Mittel vorhanden sind.

Folgende Skizze soll das Interagieren verschiedener Faktoren in der HIV-Infektion und der ART veranschaulichen:



(Altmann, Lengauer u.a. 2009: Abb.8, S. 330)

¹Zu viele Resistenzen gegen die Wirkstoffe und daher die Notwendigkeit einer ARV-Umstellung

Ein früheres Beginnen mit der ART, wie es die WHO vorschlägt, ist nur empfehlenswert, weil sich mit einer geringeren Virenproduktion auch weniger Resistenzen bilden können. Diese Bildung ist in einer erfolgreichen und rechtzeitig eingesetzten ART verhinderbar. In wenigen Fällen kommen so viele Resistenzen auf, dass die Person dann als „austherapiert“ gilt. (vgl. Altmann, Lengauer u.a. 2009: 322, 328)

Die meisten ART-Patient_innen erliegen in der Regel, den in den klinischen Stadien bereits erwähnten, opportunistischen Infektionen und Ko-Infektionen. Zu den herkömmlichsten in Sub-Sahara Afrika, gehören aktive Tuberkulose, Kryptokokken Meningitis, Hepatitis B und C, Malaria, Geschlechtskrankheiten und damit verbundene Krebserkrankungen, wobei aber die meisten parallel zur ART behandelt werden können. Um Resistenzbildungen, Nebenwirkungen und opportunistischen Infektionen vorzubeugen, ist, wie hier genau erklärt wurde, nicht nur eine regelmäßige Überwachung der CD4-Werte und der Viruslast notwendig, sondern auch ein regelmäßiges Messen des Blutbildes, der Nieren- und Leberwerte. (vgl. WHO 2013a: 156ff, 132ff)

3.2 „Therapeutic citizenship“: Die Stimmen der Patient_innen

Alle Akteur_innen im tansanischen Gesundheitssystem sind in Kontexten von Macht zu verorten und sprechen auch die „Sprachen“ ihres jeweiligen lokalen, nationalen oder internationalen Rahmens. Oft werden bei „Entwicklungsinitiativen“ durch internationale Organisationen oder den jeweiligen Staat selbst, die Stimmen und Positionen der eigentlichen Zielgruppe, der Menschen welche einer HIV/Aids-Behandlung bedürfen, ausgeklammert. Sie werden schlicht über die Programme, in welchen Sie behandelt werden, von weißen „Entwicklungsexpert_innen“ oder lokalen Autoritäten vertreten und als homogene Gruppen repräsentiert. Insofern wird ihnen die Stimme genommen, für sich selbst zu sprechen und ihre diversen Anliegen hervorzubringen. Das folgende Konzept des „therapeutic citizenship“ soll aufzeigen, dass durch die Implementierung der ART neue Wege möglich sind, welche Patient_innen ihre Sprache zurückgeben können.

3.2.1 Neue Formen des *citizenship*

Mit der Einführung der ART, in beispielsweise Brasilien, Südafrika und Tansania, wurden wesentliche strukturelle Veränderungen, wie die Dezentralisierung des Gesundheitssystems bewirkt. Dieser Prozess soll ebenso das Aufkommen einer neuen Form von *Citizenship* oder Bürgerschaft, durch das Annehmen neuer Patient_innenidentitäten und ein „heterogenous assemblage of programs and organizations promoting positive self-perception and the disclosure of HIV-positive people,“ (Nguyen 2005/2007 zitiert in Mattes 2011:159) bewirkt haben. Der Theoretiker Cataldo beschreibt hier zum Beispiel wie sich mit der Einführung der ART in Brasilien, der *social body* in den *favelas* stark verändert habe. Es sei zur Bildung sozialer Netzwerke gekommen, welche durch die Hilfe von NGOs zu wichtigen politischen Aktivist_innen wurden und das brasilianische

Gesundheitssystem wesentlich beeinflussen konnten. Durch ähnlichen Aktivismus von PLHAs in Südafrika, mit dem Paradebeispiel der *Treatment Action Campaign TAC*, welche mit dem `Recht auf Gesundheit` argumentierte, wurde das Gesundheitssystem und der Zugang zur ART verbessert und ARVs finanziell erschwinglich gemacht. (vgl. Cataldo 2008: 908)

Der Begriff *citizenship* beschreibt in Bezug auf die ART eine Art Lebensverlauf und eine damit verbundene Lebensweise, welche von bestimmten Menschen durch eine gemeinsame „Biosozialität,“ [*biosociality*] in Verbindung zu lokaler und globaler politischer Ökonomie, neu bestimmt wird. (vgl. Kielmann, Cataldo 2010:24; Nguyen, Cyriaque (u.a.) 2007: 34) Der Begriff wird mit dem Bezug auf frühere Überlegungen aus dem Konzept des „biological citizenship“ (Kielmann, Cataldo 2010: 24) folgendermaßen definiert: „[...] the formation of social collectives on the basis of shared biological identities of risk, vulnerability, illness and suffering.“ (ebd.) Diese neue kollektive Patient_innenidentität sollte in Zeiten eingeschränkter Versorgung helfen Rechte und soziale Gleichheit einzufordern. (vgl. ebd.)

3.2.2 Therapeutic citizenship

Die beschriebenen neuen, jedoch kontextabhängigen und unterschiedlich ausgelebten Identitäten diverser Patient_innen, werden hier im Zusammenhang mit dem Prozess der wachsenden Verfügbarkeit der ART, in das Konzept des *Therapeutic citizenship TC*, zusammengefasst. Dieser Ansatz zeigt sich in Ländern, in welchen keine therapeutische Sicherheit durch den Staat gewährt wird, als besonders hilfreich. (vgl. Nguyen, Cyriaque (u.a.) 2007: 34) Einerseits geht es dabei um das Streben nach sozial-politischer Inklusion um als *citizen* mit dem Recht auf Gesundheit wahrgenommen und anerkannt zu werden. (vgl. Cataldo 2008: 910)

Wenn die Gesundheitsleistung des Staates schwach ist, geht es andererseits um eine Selbstermächtigung, durch welche eine parallele Bürgerschaft, ein „derivative citizenship“ (Nguyen 2010 zitiert in Richey 2012: 828) entsteht. Mit dieser werden sich Ziele und Methoden zu Eigen gemacht, um gesundheitspolitische Forderungen an das System zu stellen, von welchem betroffene Personen ausgeschlossen sind. Diese Forderungen beinhalten neben individuellen Prozessen, auch Vorgehensweisen über internationale Kontakte und globale Aufrufe an PLHAs, sowie an zuständige Institutionen. (vgl. Kielmann, Cataldo 2010: 23) Insofern steht TC für „[...] a political claim to belonging to a global community that offers access to treatment for the ill, as well as a personal engagement that requires self-transformation.“ (Nguyen, Cyriaque (u.a.) 2007: 34)

Je nach Kontext und Situation, stellen TCs ihre Forderungen an pharmazeutische Firmen, internationale Geberorganisationen oder direkt an den eigenen Staat.

Von einer ideologischen und diskursiven Unterstützung der *global community*¹ begleitet, werden PLHAs in ihrer parallelen Bürgerschaft ein paar wenige Extrarechte zugesprochen, die sich auf die ART beziehen. (vgl. Richey 2012: 841f) „Therapeutic citizenship is a citizenship inclusive of rights claims to little more than bare life.“ (Nguyen 2010 zitiert in ebd.: 841) Damit haben TCs als Teil der „biopolitical community,“ (Richey 2012: 842) einen anderen Status in der Gesellschaft als jene, welche nicht von HIV/Aids betroffen sind. (vgl. ebd.)

Mit der Bildung von sozialen Netzwerken, lokalen NGOs, in welchen PLHAs ihren „positiven Status“ offenlegen, kommt der Begriff *therapeutic activism* auf. (vgl. Nguyen, Cyriaque (u.a.) 2007: 34) Nguyen verbindet damit über *gruppen-empowerment* entwickelte „interpersonal skills“ (ebd.: 33), selbst-transformierende Prozesse, welche nicht nur auf das Individuum wirken, sondern auch die Beziehungen zu anderen, die Gemeinschaft also stärkt. Daraus würde Aktivismus resultieren, in welchem nicht nur mehr Rechte für die spezifische Gruppe erlangt werden, sondern Änderungen für alle Menschen, die in Zukunft eine ART benötigen.

Zu nennen ist hier beispielsweise der *therapeutic activism*, welcher zur Senkung der ARV-Preise führte und vielen Ländern Zugang zu Medikamenten von Firmen aus Indien, Brasilien und Thailand verschaffte, welche mit dem Markt der patentierten Originalen in Konkurrenz stehen. (vgl. ebd.: 34) „The issue of access to ART in effect simultaneously provided both a therapeutic goal and the means of sustaining the therapeutic quest.“ (ebd.)

3.2.3 Der Expert-patient

Das Konzept des *therapeutic citizenship* baut unter anderem darauf auf, dass die TCs, mit dem notwendigen medizinischen und menschenrechtlichen Wissen ausgestattet sind, welches sie für die Argumentationen bei ihren Forderungen an Staat und die internationale Gemeinschaft anwenden sollen. Das Handeln der TCs basiert auf:

„[...]very high levels of understanding, treatment literacy and preparedness on the part of the users, the establishment of explicit support systems around users and community advocacy processes that promote the rights of people living with HIV/Aids.“ (Kielmann, Cataldo 2010: 24)

Dieses aktive und bewusste Agieren von Seiten der Patient_innen wird mit dem Begriff des *expert-patients* beschrieben. Diesem *expert-patient* kommt speziell in Ländern mit begrenzten Ressourcen eine große Rolle zu, da er_sie zu Demokratisierungsprozessen im ART-System beiträgt und Personallücken in einem ART-Programm ausgleichen kann. (vgl. ebd.: 21)

¹Die *global community* steht hier für internationale Netzwerke und PLHIVs welche um ähnliche Rechte kämpfen, sowie Institutionen, welche Programme und Unterstützungen für diese Zwecke anbieten. Allerdings variieren aber die Chancen und Ressourcen für PLHIVs wesentlich.

Nach der Beschreibung des Forschers Mattes und beispielsweise der Geschichte PIUMAs, ist der *expert-patient* meist eine Person, welche durch die ARVs vom Sterbebett wieder aufgeweckt wurde und sein_ihr Leben in der Folge in das eines vorbildlichen ART-Patient_in „konvertierte“. Jedoch schaffen nur wenige den Sprung vom Aktivismus und freiwilligem Einsatz in der Aufklärungsarbeit, zu einer fixen Anstellung in einem NGO-Programm oder einem CTC. Dies liegt meist an dem geringen Bildungsgrad dieser Menschen und geringen finanziellen Ressourcen. Der *Tanzania Social Action Fund TSAF* kümmert sich offiziell um solche Anliegen. (vgl. Mattes 2011: 177)

Während die selbstermächtigte Rolle jener *expert-PLHAs* und TCs eine Emanzipation vom Gesundheitssystem vorschlägt, kommt ihnen aber automatisch die begleitende Verantwortlichkeit gegenüber dem Gesundheitssystem und der Gesundheit der Öffentlichkeit zu. (vgl. Kielmann, Cataldo 2010: 24)

Expert-patients in wesentliche Rollen von *advocacy*-Gruppen, sind meist jene Patient_innen, welche besonders charismatische Züge aufweisen und der Gruppe rasche Fortschritte versprechen. Diese Auswahl scheint oft unfair, da diese Position den *expert-patients* oft medizinische oder finanzielle Vorteile verschafft, welche anderen verwehrt bleiben. Jedoch haben sich diese Prozesse auch oft als vorteilhaft für die gesamte Gemeinschaft erwiesen, da jene Personen nach einer Zeit zu wichtigen Expert_innen heranwachsen und sich maßgeblich für die medizinischen Rechte der ganzen Gemeinschaft einsetzen. (vgl. Nguyen, Cyriaque (u.a.) 2007: 33)

3.2.4 Therapeutic citizenship und ART

„[...] being on ART embodies the historical process by which local ideas and practices relating to health and the body are articulated with the global political economy of pharmaceuticals and AIDS relief.“ (Nguyen, Cyriaque u.a. 2007: 32)

Nach Nguyen wird *therapeutic citizenship* ebenso verwendet, „to characterize the complex, biopolitical assemblage of relationships in which ‘lop-sided friendships’ are the mechanisms for negotiating ‘a second chance to live.’“ (Nguyen 2005/2010 zitiert in Richey 2012: 824) Mit dieser Definition wird TC wiederum neben der selbstermächtigenden Rolle als ein Teil ungleicher Beziehungen beschrieben.

In der ART, wird laut Richey, eine bestimmte Pädagogik der Biopolitiken anhand der sozialen Beziehungen die im Prozess entstehen, vermittelt. Diese Beziehungen kreieren ein *local clientship*, in welchem auch die globale Macht eine große Rolle spielt. Den Patient_innen soll Selbstverwaltung, Regeln und Grenzen im Bereich der ART vermittelt werden. Dadurch werden die medizinischen Berater_innen zu den Vermittler_innen zwischen Geberorganisationen und den *local communities*. Sie sind somit die Lehrenden von TC. (vgl. Richey 2012: 825, 841) Einige Studien berichten, dass die *adherence* in vielen sub-saharischen Ländern Afrikas sehr hoch ist. Nguyen begründet dieses Verhalten der Patient_innen mit einer erfolgreichen Umsetzung von TC, welches sich zu Beginn der ART bildet. Gleichzeitig ist aber auch eindeutig, dass die genaue Einhaltung der ART in vielen afrikanischen Ländern mit strengen Auswahlverfahren zusammenhängt, in welchem die „Therapiebereitschaft“ eines_einer Patient_in auf die Probe gestellt wird. Sollten sie nicht allen Kriterien entsprechen oder Regeln brechen, werden sie aus dem Programm ausgeschlossen. (vgl. Nguyen, Cyriaque u.a. 2007: 32, 34) Die Gründe der guten *adherence*, sind also nicht nur in einem informierten und selbstverantwortungsorientierten Verhalten eines TCs zu finden, sondern oft ökonomischer Natur. Armut und der Kampf ums Überleben der eigenen Familie, sowie damit verbundenes Stigma, spielen hier eine große Rolle. (vgl. Richey 2012: 842) Das Vermitteln der ART-Regeln, findet über klare Machtstrukturen zwischen Arzt_in und Patient_in statt, wobei das medizinische Personal über den Verlauf der Therapie bestimmt. Es werden genaue Regeln und Einhaltungskriterien zu Pillen, Ernährung und Termineinhaltung erklärt, welche ohne Ausnahmen einzuhalten sind. (vgl. Mattes 2011: 164) Richey beschreibt dieses Verhältnis folgendermaßen: „[...] HIV-treatment should be understood as involving relationships based on political subordination in exchange for material rewards.“ (Richey 2012: 824) Diese Aussage unterstreicht Mattes Aussagen, welche das *councillor*-Patient-Verhältnis, als ein starres Machtsystem beschreiben, in welchem das medizinische Personal seine Patient_innen über Hausbesuche und sexuellen Vorschriften, bis ins Privatleben hinein kontrolliert. (vgl. Mattes 2011: 164ff)

Richey wiederum betont zwar auch die Problematik eines Hausbesuches weil damit der „positive Status“ der PLHA, der Nachbarschaft offengelegt wird. Trotzdem misst er dem *councillor* eine wesentliche Rolle zu: „The councillor is the personal link between the lifeworld of the client on ARVs, their homes and intimate relationships, and the distant researchers, pharmaceutical companies, activists and others who benefit from close geographical surveillance.“ (Richey 2012: 841)

Im Vergleich zum Senegal und Südafrika scheint das ART-Aufnahmesystem in Tansania offener, da der Staat die ARVs unentgeltlich zur Verfügung stellt. Es existiert keine wochenlange Probezeit. Die Patient_innen sind dazu verpflichtet, eine dreitägige Schulung zu absolvieren, bevor sie mit der ART beginnen dürfen, wobei dieser Prozess für manche Patient_innen Monate dauern kann, wenn sie weit von der Gesundheitsinstitution entfernt wohnen. Generell ist bei der Bereitstellung von ARVs oder anderen mit der ART verbundenen Güter in einem Land ausschlaggebend, wie diese in das Land gelangen und welcher Sponsor-Kriterien dadurch in die ART mit einfließen. (vgl. Richey 2012: 833) „Each `sponsor` gives different pills, so when patients are changed from one regimen to another, it is not necessarily or even commonly because of a medical diagnosis, but because of a political one.“ (ebd.)

Im Kapitel 3.1.3 wurde bereits erwähnt, dass ARVs, aufgrund der Bildung von Resistenzen im Körper und aufgrund zahlreicher Nebenwirkungen, ständig weiterentwickelt werden. Daher ist es notwendig die Verfügbarkeit und Aktualität dieser Medikamente, durch aktive Teilnahme der PLHAs am politischen Geschehen sicherzustellen:

„The drugs that work today will be ineffective tomorrow, meaning that the political, economic, and legal conditions that facilitate the availability of today`s drugs must be continuously reproduced.“

(Shadlen 2007 zitiert in Richey 2012: 830)

3.2.5 Global therapeutic citizenship

Wie bereits erwähnt, sind *councillors* in der ART die Vermittler zwischen den Geber_innen und den Klient_innen. Die Wichtigkeit der Beziehung zwischen Klient_innen und deren Finanziern ist nicht zu unterschätzen. Durch globale Gesundheitsinterventionen, besonders mit der ART, wurden globale und lokale Akteur_innen enger vernetzt denn je. (vgl. Richey 2012: 833ff) „[...] yet, the magnitude of AIDS treatment initiatives amplifies relations of scale, linkage and disconnection in ways that are unprecedented.“ (ebd.) Mit dieser Aussage beschreibt Richey das Risiko, welches Gesundheitsinterventionen begleitet, da Geber_innen so mehr Einfluss auf die Entwicklung des Landes haben. Da es in vielen afrikanischen Ländern noch an Infrastruktur im Gesundheitssektor mangelt, werden ARTs meist nur über komplexe Programme zur Verfügung gestellt und mit Geldern vom *Global Fund* und UNICEF über *public-private-partnerships*, bilateralen Organisationen wie

PEPFAR, verschiedenen NGOs und Missionen finanziert. (vgl. Nguyen, Cyriaque u.a. 2007: 34; Richey 2012: 902) Klinische Orte spielen eine wesentliche Rolle bei internationalen Entwicklungsinterventionen wo internationale Akteur_innen, nationale Institutionen, deren *policies* und lokale Mittel dazu beitragen, dass Menschen als TCs leben können. Globale Evaluationen konzentrieren sich dabei am meisten auf die Daten der Patient_innenregistrierung, die Befolgungsquote der ART und Zahlen der geretteten Leben durch ARVs. Obwohl die ART und Aids-Prävention auch aus Empfehlungen zur richtigen Ernährung und Kontrolle der Koinfektionen besteht, liegt der Fokus der *international community* in der Finanzierung der Versorgung mit ARVs. (vgl. Richey 2012: 829f)

Die Verbindung des Lokalen mit dem Globalen, ist in Bezug auf die ART als eine positive Entwicklung zu betrachten. Allerdings werden, wenn von „lokal“ in globalen Belangen gesprochen wird, meist nicht die Stimmen der Patient_innen miteinbezogen. Dieses Verhältnis ist daher nicht einfach zu beschreiben. Das angestrebte *global therapeutic citizenship*, welches im globalen Kontext der ART angedacht wird, gibt zwar eine Idee der globalen Zugehörigkeit, gleicht jedoch die geographische Distanz zwischen den globalen Akteur_innen und lokalen Patient_innen nicht aus. Der Anspruch einer Zugehörigkeit scheint im Angesicht der realen Distanz und medizinisch globalen ungleichen Versorgung, absurd. Auch ist „das Lokale“ der Menschen in Tansania nicht für die *global community* direkt erfassbar. (vgl. Richey 2012: 643ff)

„Claiming rights to be upheld by distant others who will be responsible for guaranteeing the pills that keep your body alive does nothing for building the relationships of solidarity with your neighbours but will be your means of social survival.“ (Kabeer 2005 zitiert in Richey 2012: 642)

3.2.6 Kritik und Bedenken

Die Behandlung von HIV/Aids bietet neue Möglichkeiten für soziale/lokale Mobilisierungen und Aktivismus, schränkt jedoch auch gleichzeitig den Spielraum von TCs ein, in welchem sie ihre Forderungen stellen können. (vgl. Richey 2012: 827) Richey unterstreicht diese Einschränkungen mit der Aussage, dass es keine Fortschritte in der Forderung von Rechten im Sinne von „equal human worth“ (ebd.) gäbe, und dass die Versorgung Afrikas mit ARVs nicht auf Perspektiven von *global citizenship* baut, sondern lediglich auf Diskretion. (vgl. ebd.)

Mattes zeigt anhand einer von ihm durchgeführten Studie in einem Krankenhaus in Tanga/Tansania, dass das Konzept des TC je nach sozialen, ökonomischen und politischen Umständen unterschiedlich interpretiert werden kann. Hinzu kommt, dass auch die Anwendung des Konzeptes, wenn sie zum Beispiel die Offenlegung des eigenen „positiven Status“ und strenge Regelungen der ART beinhaltet, nicht immer für alle Beteiligten ermächtigend wirkt.

Mit dem Beginn der ART werden Bestimmte medizinische und gesundheitsspezifische Regelungen an die Patient_innen vermittelt, sowie ein Bild von einem 'gesunden, richtigen' Verhalten und einem 'schlechten, falschen'. (vgl. Conrad 1992 und Illich 1976 in Mattes 2011: 160; Kielmann, Cataldo 2010: 25) Dies wird auch „medicalization of life“ (ebd.) genannt und lässt das Bild des wissenden und selbstverantwortlichen TCs, mit einer moralischen Umstrukturierung dessen Lebens und dem Unterliegen der medizinischen Autorität, verschwimmen. (vgl. Crawford 1980 in Mattes 2011: 150) Foucault spricht bei dieser Art von sozialer Kontrolle von „bio-power“ (Foucault 1998 zitiert in Mattes 2011: 167) oder „power over life,“ (ebd.) „[...] constituted by techniques of disciplining and surveying biological processes of individual bodies and whole populations.“ (ebd.) Die Patient_innen in Tanga meint Mattes, würden mit dem strengen ART-System bis in ihr Privatleben hinein kontrolliert werden. Zusätzlich würde mit Belohnungs- und Bestrafungsstrategien gearbeitet werden, wenn es Mängel in der *adherence* gibt. „Folgsame“ Patient_innen bekamen somit mehr Lebensmittel zur Verfügung gestellt, während andere, deren Umstände die Befolgung der Abmachungen nicht erlaubten, keine bekamen. (vgl. Mattes 2011: 167f)

Der TC wird meist mit Aktivismus verbunden und auch mit dem Bild des *expert-patient*, der seiner ART vorbildlich nachgeht und Nachkömmlingen beratend zur Seite steht. Mattes Studie in Tanga zeigt aber, dass die Mehrheit der Patient_innen, welche auf ART waren, kein politisch motiviertes Motiv hatten. Sie stellten keine politischen und menschenrechtlichen Forderungen. Viel eher sahen sie ihre Handlungen in Bezug auf die ART, als letzte Möglichkeit ihren verzweifelten Gesundheitszustand zu verbessern. Auch bestehe eine große Angst vor Stigma und Verlust des sozialen Netzwerkes, sollten Nachbarn über den gesundheitlichen Status des PLHAs erfahren. (vgl. Mattes 2011: 167) „Patient's choices are situated in lifeworlds that are often shaped by severe economic scarcity and the mere struggle for survival.“ (ebd.: 178) Familienstrukturen und Netzwerke der PLHAs haben meist eigene moralische Vorstellungen, welche nicht mit jenen der Institution übereinstimmen, in welcher sie eine ART beziehen. (vgl. ebd.: 150ff) Diese ambivalenten Wertesysteme bezeichnet Nguyen als „moral economies“ (Nguyen, Cyriaque u.a. 2007: 32) Er beschreibt mit diesem Begriff existierende Hierarchien und eine biologische, sowie soziale Verletzlichkeit, welche in diesen familiären Strukturen besteht. All diese Beziehungen sind eng verlinkt mit dem Individuum, welches auf ART ist und dazu gedrängt wird, seinen_ihren medizinischen Status einzusetzen um Ressourcen vom Staat oder Organisationen nutzen zu können. Parallel muss diese Person jedoch auch das eigene soziale Netzwerk aufrechterhalten, was eine doppelte Belastung vermuten lässt. (vgl. ebd.: 32f) Mattes stellt fest, dass es in einem hierarchischen, medizinischen Personal-Patient_innenverhältnis schwierig für PLHAs ist, ihre Ängste, Kritiken und Fragen zu diskutieren. Daher könne man nicht von einem nach Rechten fordernden Konzept des TC sprechen. (vgl. Mattes 2011: 177) Hier lässt sich eine Brücke zum Forschungsteil Kapitel 4.3.4, zum

NGO PIUMA schlagen, wessen PLHA-Mitglieder für ihren Aktionismus und gelebtes TC bekannt waren. Zwar berichten PIUMA-Mitglieder über gewaltvolle und unterdrückerische Erlebnisse mit dem Krankenhauspersonal. Aber insgesamt unterstützen sie klare ART-Regeln und die Wichtigkeit deren Einhaltung. Der Verlauf PIUMAs weist ebenso auf eine positive Auswirkung kompromissloser ART-Regeln und Empfehlungen hin, besonders bei Patient_innen ohne Schulabschluss und wenigen ökonomischen Ressourcen. Ebenso stellte sich *Home Based Care HBC*, Besuche der *councillors* in den Häusern der Klient_innen, als sehr effektiv und hilfreich heraus.

Abschließend zeigt das Beispiel PIUMAs auch, dass nationale, medizinisch begründete ART-Regeln eine gute Basis in der Argumentation bei Forderungen an den Staat sein können. Hierbei werden auch *expert-clients* als vorbildliche ART-Empfänger_innen, in ihrer Rolle ernst genommen und können somit im Namen aller PLHAs, zu einer Verbesserung des Gesundenservices beitragen. (vgl. PIUMA 2013)

3.3 Tansanisches Gesundheitssystem im internationalen Kontext

In diesem Kapitel wird hauptsächlich mit Informationen aus den, für das tansanische Gesundheitssystem, relevantesten *Policy Papers* gearbeitet. Bei der Auswahl wurde ebenso auf die Aktualität der demographischen Angaben und erhobenen Gesundheitsdaten geachtet, wobei aber auch ältere Dokumente ausgewählt wurden, wessen Grundinformationen sich über die letzten Jahre nicht verändert haben. Allerdings sind die Informationen verschiedener zeitgleicher Dokumente nicht immer aufeinander abgestimmt, was die genaue Angabe von Zahlen und Statistiken schwierig gestaltet.

Leitende Dokumente: Der *Health Sector Strategic Plan HSSP 3 (2009-2015)* basiert auf dem Ziel die MDGs zu erreichen und ist die Referenz für die regionalen strategischen Gesundheitspläne; die *Multisectoral Strategic Framework NMSF 3, (2013-2018)* bietet einen gemeinsamen Referenzpunkt für alle Akteur_innen im HIV/Aids-Sektor; der *Third Health Sector HIV and Aids Strategic Plan HSHSP 3*, setzt auf Investitionen in bereits bestehende HIV/Aids-Services um diese zu fördern und aufrecht zu erhalten; die *National Guidelines for the management of HIV and Aids* vom *National Aids Control Program NACP*, leiten durch die medizinischen und klinischen Anliegen zu HIV/Aids; und Berichte von TACAIDS ergänzen die Informationen zur Implementierung, zu erzielten Erfolgen und Mängel im HIV/Aids-Sektor.

3.3.1 Tansania: Demographische, geographische Charakteristika und Geschichte



(Grafik: Nations Online 2014)

Die Republik Tansania, die teilautonomen Inseln Sansibars miteinbegriffen, ist mit 947, 300 km², das größte Land Ostafrikas angrenzend an acht Nachbarnsländer. Die Verwendung der *Policy Papers* in dieser Arbeit, bezieht sich großteils auf das tansanische Festland, da Sansibar sich in Bezug auf HIV/Aids nach eigenen Richtlinien orientiert. Nach Erhebungen von 2012 beträgt die Bevölkerungszahl Tansanias 44,9 Mio, die des Festlandes alleine 43,6 Millionen Menschen mit einer jährlichen Wachstumsrate von 2,7%. Beinahe die Hälfte der Bevölkerung ist in einem Alter unter 15. Nur etwa 25% der Menschen ist in den Städten angesiedelt. Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt circa 52 Jahre bei Männern und 55 Jahre bei Frauen. Aus administrativen Gründen ist das Land in 25 Regionen und 156 Bezirke und noch weitere Gemeinden geteilt. Jede Gemeinde ist wiederum in weiteren regionalen Bereichen zugeteilt, wobei jeder Bereich fünf bis sieben Dörfer abdeckt.

Die Sozio-ökonomische Situation wird an mehreren Faktoren wie dem BIP und BNE gemessen. Das BIP welches ansteigend ist, wies 2012 6,4% auf, wobei Tansania aber mit einem BNE von US \$ 550, eines der ärmsten Länder der Welt ist. Dies zeigt auch seine Einstufung nach dem *Human*

Development Index bei 187 Ländern auf Platz 152. Da die tansanische Ökonomie von den körperlich arbeitsintensiven Sektoren der Agrarwirtschaft, Industrie, Bergbau und Bauarbeiten abhängig ist, bedarf sie umso mehr eines gesunden und qualifizierten Humankapitals.

Dies bedeutet, dass der tansanische Staat weiterhin intensiv in den Gesundheitssektor und andere soziale Sektoren investieren muss, um die drei tödlichsten Krankheiten im Land, AIDS, Malaria und Tuberkulose unter Kontrolle zu bekommen. (vgl. MoHSW 2013: 12, TACAIDS 2013: 8)

Die offiziellen Landessprachen Tansanias sind Swahili, Englisch (viel weniger gesprochen als Swahili) und Arabisch auf Sansibar. Wobei landesweit noch bis zu hundert ethnische Sprachen gesprochen werden.

Tansania ist geschichtlich, durch portugiesischen Einfluss auf Sansibar im 16. Jahrhundert vor der Wiederübernahme derselben Insel und der Festland-Küstengebiete, durch Araber aus Oman ein Jahrhundert später, gezeichnet. Mit dem vermehrten Eintreffen christlicher Missionar_innen und Europäer_innen im 19. Jahrhundert, wurde Ostafrika 1884 als Territorium für die deutsche Kolonialmacht beansprucht, welche jedoch 1916 von Großbritannien erobert wurde. 1961 wurde das damalige Tanganyika als unabhängig erklärt. In Sansibar wurde das Sultanat 1963 in einer Revolution gestürzt. Sansibar hat bis heute, abgegrenzt vom Festland, ein eigenes Parlament und einen eigenen Präsidenten. 1964 wurden Tansania und Sansibar unter Julius Nyerere als Präsidenten und seiner Partei TANU, zu der Republik Tansania zusammengeführt. Das sozialistische Programm *Ujamaa*¹, sowie das Einparteiensystem Julius Nyereres Partei TANU², wurden um etwa 1985 als gescheitert erklärt. 1977 schlossen sich TANU und die *Afro Shirazi Party* zu *Chama Cha Mapinduzu CCM* zusammen, welche bis heute mit Jakaya Kikwete als Präsidenten, das Land regiert. (vgl. United Republic of Tanzania 2013; One World 2013)

¹*Ujamaa*, bedeutet auf Englisch *'familyhood'* und bezeichnet das sozialistische Programm des ersten tansanischen Präsidenten Julius Nyerere. Dieses war auf Importsubstitution statt Anerkennung des kapitalistischen Systems fixiert mit dem Ziel die Agrarwirtschaft und sozialistisches kommunales Zusammenleben zu stärken. (vgl. Hedlund, Lundahl 1989:17, 34f)

²TANU, *Tanganyika African National Union* wurde 1961, mit der Unabhängigkeit Tanganyikas anerkannt. Die Ideologie war es nicht nur als führende Partei mit sozialistischen Zielen zu agieren, sondern die Partizipation der Bevölkerung bei politischen Beschlüssen zuzulassen. Dies wurde jedoch lange praktisch nicht umgesetzt. (vgl. Hedlund, Lundahl 1989: 20f)

3.3.2 HIV/Aids in Tansania

Die ersten drei AIDS-Fälle in Tansania wurden 1983 gemeldet, während sich die Infektion rapide verbreitete und als Epidemie sehr bald, gravierende sozial-ökonomische Schäden mit sich brachten. Die vorwiegende Art der Übertragung des HI-Virus in Tansania geschieht zu 80% über heterosexuellen Geschlechtsverkehr und zu 18% durch Mutter-Kind-Übertragungen. Medizinische Infektionen über unsichere Bluttransfusionen sind mit 1,8% am Seltensten nachgewiesen. (vgl. TACAIDS 2013: 14)

Um 2012 gab es in Tansania geschätzte 1,5 Millionen PLHAs, wobei die Neuinfektionen auf 86 000 geschätzt werden. (vgl. ebd.) 2007 wurde die Zahl der PLHAs noch auf zwei Millionen geschätzt, wobei etwa 600 000 davon auf Anspruch auf eine ART hatten und etwa 63%-83% dieser PLHAs Zugang dazu hatte. Diese recht ungenauen Angaben aus dem NACP-Report, zeigen wie sehr Messungen und Angaben je nach Umständen schwanken und daher genaue Planungen erschweren. (vgl. MoHSW 2012: 1f) Die HIV/Aids-Prävalenz bei Erwachsenen zwischen 15-49 Jahren, hat mit 5,3% um 2011/12, im Gegensatz zu 7% um 2003/04, zwar abgenommen, aber nach Statistiken hauptsächlich nur für Männer. Die Prävalenz ist bei Frauen und Männern mit steigendem Alter höher, wobei aber Frauen in allen Altersgruppen eine höhere Verbreitung des Virus aufweisen, speziell wenn sie verwitwet sind oder nie verheiratet waren. (vgl. TACAIDS 2013: 14f) Besonders wird in den *National Guidelines on HIV and Aids* darauf hingewiesen, dass AIDS „[...] mostly affects persons at the peak of their sexual and productive lives. The death of a young adult often means the loss of a family's primary income generator.“ (MoHSW 2012: 3)

Bei Kindern ist die hohe Säuglingsmortalitätsrate mit 58 Toten bei 1000 lebende Geburten zu nennen, (58:1000), sowie die hohe Sterblichkeitsrate von Kindern bis zum fünften Lebensjahr 91:1000. Bei einer hohen HIV/Aids Prävalenz ist anzunehmen, dass Kinder in ihrer bereits gefährdeten Situation noch höheren Risiken ausgesetzt sind. Einerseits durch die Gefährdung der Mutter-Kind-Übertragung, durch weniger ART-Möglichkeiten und Verwaisung. Elf Prozent der Kinder in Tansania sind Halb- oder Vollwaisen. (vgl. USAID 2008: 20; TACAIDS 2013: 14ff) Bei Kindern in Tansania ist generell eine große Lücke in den Behandlungsmöglichkeiten von HIV/Aids festzustellen. 2012 wurden etwa nur 25% aller Kinder, welche eine ART benötigten, tatsächlich behandelt. (vgl. MohSW 2013: 46)

Obwohl die Prävalenz im Land generalisiert gerechnet wird, ist die ungleiche Verteilung der Infektionsrate sehr wesentlich, um ein umfassendes Bild der Epidemie in Tansania zu bekommen. Sechs Regionen im südlichen Hochland, darunter Njombe mit 14, 8% und Iringa mit 9,0%, welche im Forschungsteil dieser Arbeit relevant werden, wiesen 2011/12 überdurchschnittliche Zahlen auf. (vgl. USAID 2008: 18; MohSW 2013: 13)

Hoch waren die Zahlen ebenso in drei weiteren Regionen, darunter Dar es Salaam, die größten Stadt Tansanias. Generell ist zu sagen, dass die Prävalenz in Städten mit 7,2% weit höher ist als jene am Land mit 4,3%. Derzeit weisen andere Regionen erhöhte Prävalenzzahlen auf. Dies hat jedoch wenig Aussagekraft, da ein Ansteigen jener Zahlen nicht nur eine erhöhte Infektionsrate anzeigt, sondern auch ein Zeichen erfolgreicher VCT und ART-Programme sein kann. (vgl. TACAIDS 2013: 16) Zusätzlich ist zu vermerken, dass die HIV-Infektion in Tansania vor Reichtum nicht Halt macht. Studien zeigen, dass Personen mit einem *Secondary school* oder höheren Abschluss weniger gefährdet sind, sowie auch Menschen aus ärmeren Bevölkerungsschichten, arbeitslose und am Land lebende Personen. (vgl. MohSW 2013: 13)

In die größten Vulnerabilitäts- und Risikogruppen sind nicht nur bereits genannten Frauen und Kinder, sondern auch Sexarbeiterinnen und deren Klienten, Homosexuelle Männer und Drogenabhängige einzustufen. Das Risiko betrifft auch Menschen in Konfliktsituationen, Flüchtlinge und landesintern versetzte Menschen, migrantische Arbeiter_innen, Personen die in der Bergarbeit und Fischerei arbeiten, sowie deren sozialer Umkreis, Gefängnisinsassen, Fernfahrer und Menschen mit körperlichen oder geistigen besonderen Bedürfnissen. (vgl. TACAIDS 2013: 18)

3.3.3 Entstehung und struktureller Aufbau des tansanischen Gesundheitssystems

In diesem Kapitel wird spezifisch auf das tansanische Gesundheitssystem eingegangen, auf die darin wesentlichen Akteur_innen, Finanzierungen und Implementierung des Gesundheitservices.

3.3.3.1 Was ist ein Gesundheitssystem

Um von einem Gesundheitssystem zu sprechen, muss vorerst geklärt werden, was unter einem System als solches verstanden wird. Laut Brailsford ist ein System dadurch gekennzeichnet, dass

„the relationships or interactions between elements are more important than the elements themselves in determining the behaviour of the system.“ (Brailsford, Harper u.a. 2012: 2)

Anders gesagt, bedeutet dies, dass viele aufeinander einwirkende Elemente eine Einheit bilden und jede Veränderung, auch nur eines Elements, sich auf die gesamte Einheit auswirkt.

Ein Gesundheitssystem besteht laut WHO aus Organisationen, Einrichtungen, Ressourcen und Menschen, deren erstes Ziel die Verbesserung der Gesundheit ist. (vgl. WHO 2010a: 6)

„The health system delivers preventive, promotive, curative and rehabilitative interventions through a combination of public health actions and the pyramid of health care facilities that deliver personal health care, by both State-and non-State actors. The actions of the health System should be responsive and financially fair, while treating people respectably.“ (ebd.)

Um diesen Ansprüchen nachzukommen, benötigt ein Gesundheitssystem effiziente Leitung und Beratung, ausreichende finanzielle und materielle Ressourcen, Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten, sowie Personal und Transportmittel. Damit all die genannten Elemente gezielt eingesetzt werden können, bedarf es Überwachungs- und Evaluationsmechanismen eines solchen Systems. Nach den *building blocks* für Gesundheitssysteme der WHO, sind folgende sechs Komponenten wesentlich für ein erfolgreiches *output* in Effizienz, Verantwortlichkeit, sozialen und finanziellen Risikoschutz und verbesserte Gesundheit:

Service Delivery (Gesundheitsinstitutionen, HBC, VCT), *Health workforce* (Personal, *expert-patients*), *Health Information Systems* (vom MoHSW und der Gemeinschaft ausgehende HBC, Bildung, Medien), *Financing* (Spenden, Steuergelder, BIP, PPPs, Kredite), *access to essential medicines* (leistbare Preise, gratis ARVs) *Leadership/Government* (Zentralregierung MoHSW und andere Ministerien) (vgl. WHO 2010a: 6f)

Eine genaue Analyse des tansanischen Gesundheitssystems an diesen Indikatoren ist in diesem Rahmen nicht möglich und wird auch nicht angestrebt. Es soll jedoch aufgezeigt werden, welche Faktoren in einem funktionierenden System vorhanden sein sollten. Ebenso muss beachtet werden, dass es nicht nur um die Positionen der Institutionen, finanziellen und medizinischen Versorger_innen des Gesundheitssystems geht, sondern ebenso darum, die Bevölkerung miteinzubeziehen. Der Fokus ist hier nicht nur, eine Gesundheitsverbesserung anzustreben, sondern einen ganzheitlichen Rahmen von Gleichheit, berechtigten Ansprüchen und Erwartungen der Bevölkerung, menschlicher Würde und einen fairen Umgang mit Finanzen zu schaffen. (vgl. Brailsford, Harper u.a. 2012: 2)

3.3.3.2 Reformen und aktueller Aufbau

Gesundheitssysteme zeichnen sich über einen dynamischen Mechanismus aus, da sie ständig auf neue Bedürfnisse der Umwelt und Menschen, sowie auf neue technologische Innovationen durch neue Reformen flexibel eingehen müssen, um die Gesundheit eines Landes zu verbessern. Der Aufbau eines Gesundheitssystems geht immer auf geschichtliche Ereignisse, Wendepunkte und damit einhergehende Konsequenzen zurück. (vgl. Semali 2003: 35) Das Beispiel Tansanias zeigt vier wesentliche Entwicklungen der *Health Sector Reforms HSRs*, welche der tansanische Universitätslehrende Semali Innocent wie folgt bezeichnet: „pre-independence 1884–1961, post-independence 1962–1972, single party-supremacy 1973-1983 and pre-pluralism 1984–1994.“ (ebd.) Die Auseinandersetzung mit jeder dieser Phasen, soll den Einblick in die Zusammensetzung und Reformen des heutigen tansanischen Gesundheitssystems erleichtern:

Die Vor-Unabhängigkeitsphase 1884–1961:

Diese Phase war von deutsch- und britischer Administration, von „Rassentrennung“ in Sozialleistungen und indirekter Herrschaft über die damals als solche bezeichneten *tribal chiefs*, geprägt. (Nsekela und Noholi 1976 zitieren in ebd.: 37) Es fand also eine Dezentralisierung durch Übertragung administrativer, rechtlicher und ausführender Verantwortlichkeit an lokale Autoritäten, statt. Die lokalen Autoritäten waren somit für die lokale Gesundenversorgung und die Etablierung von *dispensaries* verantwortlich, welche kleine Etablissements für die Ausgabe von Medikamenten sind und je nach Qualifikation des Personals auch medizinischen Rat anbieten. Diese *dispensaries* wurden vom *District Medical Officer DMO* beaufsichtigt, welcher eine durch die zentrale Regierung bevollmächtigte Autorität darstellte. In dieser Zeit wurden etwa zweihundert dieser Gesundheitseinrichtungen erbaut, wobei die Anzahl derselben bis 1960 auf 692 anstieg. Allerdings war diese Periode von einer starken Asymmetrie in der Gesundheitsversorgung geprägt. Missionar_innen bauten ihre Gesundheitseinrichtungen in Gegenden ihrer missionarischen Tätigkeiten. Der größte Anteil des Regierungsbudgets floss aber in Krankenhäuser der Städte und Gegenden wo die kolonialen Ansiedler_innen residierten, während die lokalen Regierungen ihre *dispensaries* mit gesammelten Steuergeldern oder auf Eigenverschulden finanzieren mussten. Dies führte dazu, dass in vielen ärmlichen, ruralen Gegenden keine *dispensaries* betrieben werden konnten, da keine Gelder für Ausstattung, Personal und Medikamente vorhanden waren. Die Gründe dafür, waren nicht nur die fehlenden finanziellen Ressourcen, sondern auch eine hohe Säuglingssterblichkeit, große Belastung durch Infektionskrankheiten und Hungersnöte. Als hinderliche Faktoren sind hier auch die zwei Weltkriege, indigener politischer Aktivismus und Widerstand, ethnische Konflikte und sehr geringe Bildungsmöglichkeiten, zu nennen. 1961 wurde Tansania unabhängig, was eine politische Umstellung bedeutete. (ebd.: 37–41)

Unmittelbare Post-Unabhängigkeit 1962–1972:

Mit der Unabhängigkeit wurden Krankheit, Ignoranz und Armut als nationale Feinde bezeichnet und es wurde speziell mit der Arusha Deklaration 1967¹ angestrebt diesen „Feinden“ mit Fokus auf ländliche Entwicklung, Eigenständigkeit, *community participation* (Mitwirken der Gemeinschaft) und geographischer Gleichheit in der Gesundheitsversorgung entgegen zu wirken. Die administrative Verteilung blieb dieselbe wie in der kolonialen Phase, obwohl der politische Kontext ein neuer war. Insofern blieben aber auch viele Probleme dieselben, wie die Unfähigkeit der lokalen Autoritäten Gesundheitseinrichtungen mit Steuergeldern zu betreiben. Die führende Position eines Bezirkes hatte der *District Commissioner* inne und die höchste politische Macht hatte der *District Council* (Gemeinde/Bezirksrat). Daraus wurden Komitees gebildet, welche dann gemeinsam mit dem DMO Sozialleistungen besprachen, wobei der DMO als Vertretung des MoH nicht in das Gesundheitssystem des Bezirks integriert war.

Durch gezieltes Einsetzen der Gemeinschaft und Selbsthilfe-Initiativen, wurde das neue Ziel 1200 *dispensaries* zu erbauen erreicht, nicht jedoch jenes der Errichtung von etwa vierzig neuer Krankenhäuser. Die Regeln für die Errichtung einer *dispensary*, welche in der ersten Phase mit Überwachungsstrategien der Kolonialautoritäten zusammenhingen, richteten sich nun nach der Bevölkerungsanzahl in der Umgebung und den bereits existierenden Gesundheitseinrichtungen in den *Ujamaa villages*². Leider konnten wiederholt nur wenige Bezirke die Gesundheitsziele finanziell umsetzen und die ungleiche Verteilung vom Gesundenservice bestand fort. Weiters war diese Phase von einer Stagnation der Wirtschaft und der Umsetzung des sozialistischen Projektes, geprägt. Die Bildung erlebte aber einen Aufschwung und auch mehr medizinisches Personal wurde geschult. (vgl. Semali 2003 : 42–45)

¹Mit der Arusha Deklaration 1967 wurde das *Ujamaa*-Programm genau festgelegt. Kapitalismus wurde als Feind Nummer eins erklärt, Agrarwirtschaft und eine damit verbundene Umsiedelung der Bevölkerung zum Hauptprojekt gemacht und Regierungsbeamte wurden dazu aufgefordert sich mehr mit der lokalen Bevölkerung zu identifizieren anstatt sich auf Geldprofit zu konzentrieren. (vgl. Hedlund, Lundahl 1989:) Die Schlagwörter waren: „mass participation and equality in distribution“ (ebd.) und die Vermittlung der neuen Ziele geschah auf dem Weg moralischer Ermahnung und Motivation zur Selbstständigkeit. (vgl. ebd.: 35f, 24f)

²Die *Ujamaa Villages* waren kommunale Dörfer und Teil des *Ujamaa*-Programmes von Nyerere. Diese sollten über freiwillige Umsiedelungen der Bevölkerung entstehen und über gemeinsames Arbeiten, gemeinsames Eigentum und Ernten. Wenn der Entstehungsprozess eines solchen Dorfes vollkommen sei, würden diese Dörfer Teil eines Handelsnetzwerkes werden. Dieses Programm funktionierte jedoch nur in vereinzelten Fällen. (vgl. Hedlund, Lundahl 1989:)

Ein-Parteiensystem 1973–1983:

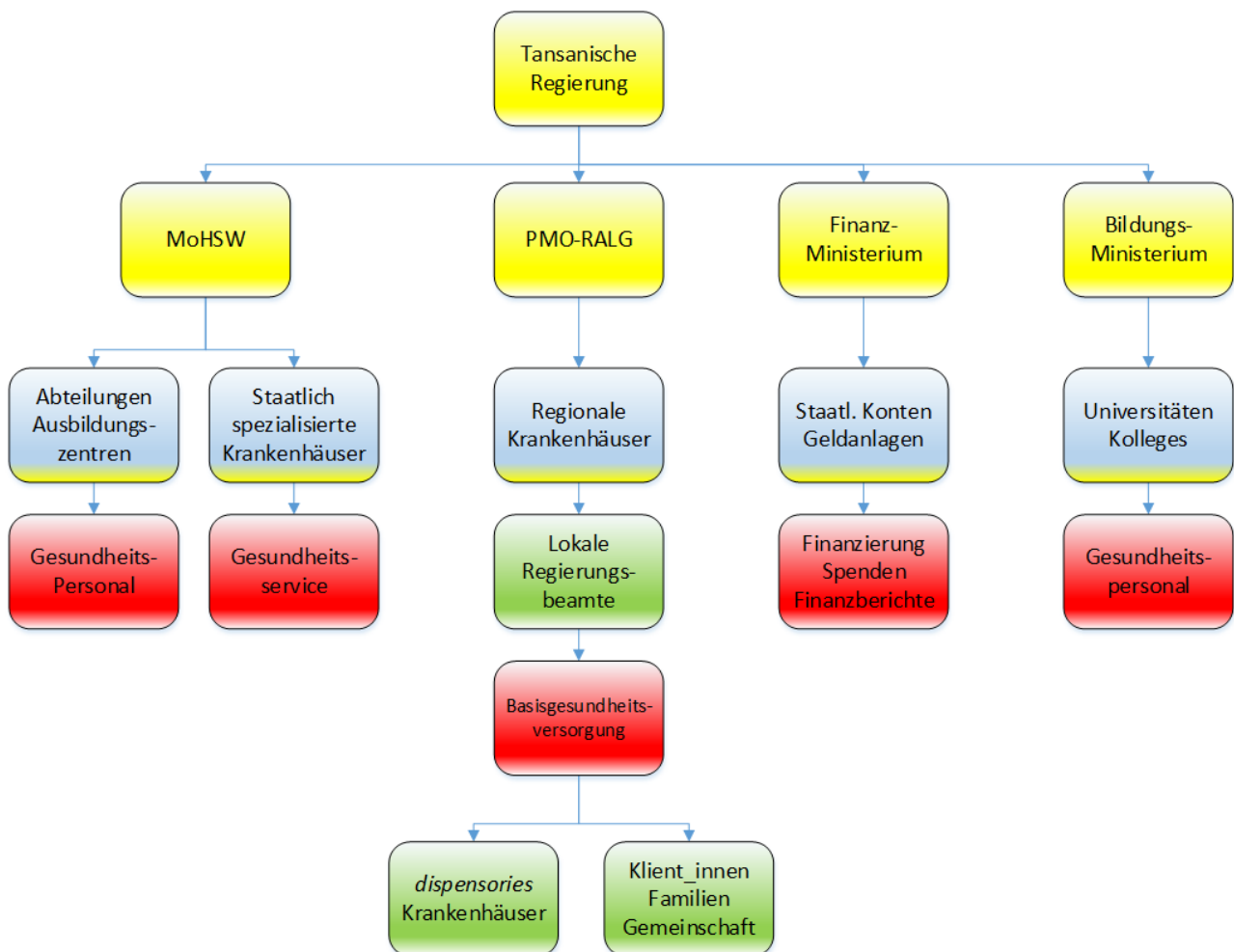
Aus der letzten Phase wurde gelernt, dass der Ressourcenzugang in ländlichen Gebieten erhöht werden muss. Daher wurde entschieden, die administrative Last und die gesamte Verantwortung über Planung, Implementierung und Überwachung der lokalen Gesundheitsversorgung, von den Bezirken zurück auf die zentrale Regierung zu übertragen, um eine höhere Leistung zu erzielen. Allerdings sollten Dörfer ihre eigenen Ziele formulieren und somit als Parteieninstrument unabhängig von der Bezirksregierung agieren. (vgl. ebd.: 46f) Semali nennt es „decentralization by deconcentration“ (ebd.: 46), da die höchste Position im Gesundheitsbereich auf die Regionen übertragen wurden-die Autorität der Region bekam einen Ministerstatus und die Leitung der *civil services* wurde zu dessen *permanent secretary*. Die zentrale Regierung musste nun alle Ecken des Landes selbst erreichen, Medikamente und Ausstattung für die Gesundheitseinrichtungen erwerben und dementsprechend mehr Personal einstellen, was sofort zu riesigen Ausgaben führte. Durch erfolgreiche Mobilisierung der lokalen Gemeinschaft wurde um 1980 eine Anzahl von 2200 *dispensaries* erreicht, jedoch nicht das Ziel 300 Krankenhäuser zu bauen. Dies hing mit erhöhten Kosten, zu wenig Material und mit der Schwierigkeit einige rurale Gegenden zu erreichen, zusammen. Aus Koordinationsgründen gab es auch das Problem, dass neue Gebäude in der Nähe von anderen *dispensaries* erbaut wurden und es somit viele an der Zahl, aber wenig richtiger Ausstattung und Personal gab. Die Investitionen in die Gesundheit sanken später mit einer Dürre, dem Uganda-Krieg und den in den 80ern eingeführten SAPs, welche die Wirtschaft wieder ankurbeln sollten. Die Probleme der Knappheit von Medikamenten, des ineffizienten Transports und der niedrigen Gehälter für das Personal blieben aber auch der dritten Phase beibehalten. (vgl. ebd.:46ff)

Pre-Pluralism 1984–1994:

Aufgrund der zu hohen Ausgaben einer zentralisierten Gesundheitsversorgung, wurde ab 1983 mit zwei neuen Verordnungen der Regierung, das Gesundheitssystem wieder dezentralisiert. Ziel war mehr Effizienz und Partizipation der Bevölkerung zu erlangen, was immer einen Erfolg verzeichnet hatte. (vgl. MoHSW 2013: 15) Die Übertragung von Aufgaben auf die lokalen Regierungen verlief ähnlich wie in den vorigen Phasen. Auch der *District council* hatte dieselben Aufgaben wie in Phase zwei, ein Komitee für soziale Dienste zu erstellen, welches dann vom DMO beraten wurde. In der Phase zuvor waren bereits genug *dispensaries* gebaut worden, jedoch waren viele unvollkommen in Ausstattung, Personal und Einrichtung und konnten immer noch nicht betrieben werden. Daher war das neue Ziel, keine Einrichtungen mehr zu bauen, sondern die bereits existierenden fertigzustellen. Die wirtschaftliche Situation wurde aber schlechter und noch weniger Geld als in der letzten Phase stand dem Gesundheitssektor zu Verfügung. Da die lokalen Regierungen keine eigenen finanziellen Ressourcen zum Betreiben ihrer Gesundheitseinrichtungen hatten, waren sie von Geldern der Regierung abhängig und wurden von dieser großteils finanziert. Die dänische internationale

Organisation DANIDA, unterstützte den Gesundheitssektor finanziell bereits seit der letzten Phase und trug diesmal mit einer Erhebung von notwendigen Ressourcen wie Medikamente, und einem günstigen Erwerb dieser, bei. Viel neues medizinisches Personal wurde angestellt und obwohl das Budget für Personalkosten erhöht wurde, sank der Wert der Gehälter für das Personal, da der Lebenserhaltungsindex in die gegensätzliche Richtung anstieg. Dies resultierte in mangelnder Motivation des Personals und der Unfähigkeit der Bezirke ihre Schulden für Medikamente zu bezahlen. Spendengelder wurden hauptsächlich über vertikale Programme umgesetzt, was die Partizipation von Regierung und Bevölkerung zurückdrängte. (vgl. Semali 2003: 49–52)

Aktuelles tansanisches Gesundheitssystem:



Staatliche Ebene: gelb, Regionale Ebene: blau, Lokale Ebene: grün, Services: rot; Tabelle erstellt nach HSSP 2 und 3. (MohSW 2009: 11ff, MohSW 2003: 10ff)

Die Struktur des tansanischen Gesundheitssystems hat sich wie die Tabelle zeigt, nicht wesentlich verändert, wobei aber die Zielformulierungen und Rollenverteilungen in den Richtlinien der *policy papers* präziser formuliert sind. Das Gesundheitsministerium hat die Rolle, Gesundheitsdokumente für soziale Wohlfahrt zu verfassen, deren Implementierung zu überwachen, und zu leiten. Dazu gehört die Ausbildung von neuem medizinischem Personal, Evaluationen der bestehenden Gesundheitsinstitutionen und diese der gesamten Bevölkerung zugänglich zu machen.

Um eine effiziente Gesundenversorgung zu schaffen, bedarf es einer transparenten Umsetzung des Gesundheitsbudgets, welches über das Finanzministerium geleitet wird. Für einen umfassenden *Public Health*-Ansatz, ist auch die Integration des Bildungssystems in das Gesundheitssystem wesentlich, da durch dieses, qualifiziertes Personal ausgebildet wird. Wie bereits in Phase vier und auf der Tabelle gezeigt wird, fungiert das Gesundheitssystem auf drei Ebenen, der staatlichen, der regionalen und die lokalen. Wie der Tabelle zu entnehmen ist, fasst die staatliche Ebene spezialisierte Krankenhäuser, Ausbildungsinstitutionen, Abteilungen, Ministerien und Lagerstätten für Medikamente, sowie medizinische Ressourcen zusammen. Auf der Staatsebene werden Richtlinien und Gesetze formuliert, welche dann regional angewandt werden.

Auf der regionalen Ebene wird das Gesundenservice von der *Prime Ministers Office for Regional Administration and Local Government PMO-RALG* (vgl. MohSW 2009: 15) betreut und überwacht. Dies passiert über die Kommunikation mit DMOs und *Regional Health Management Teams RHMTs*. Die Regionalkrankenhäuser agieren für die einzelnen Bezirke auch als *referral hospitals*, sekundäre Einrichtungen an welche Patient_innen bei schwerwiegenden Anliegen weiter hinverwiesen werden können. Der Prozess der Dezentralisierung durch Übertragung administrativer und rechtlicher Verantwortung an die lokalen Beamten_innen dauert immer noch an. Die *local government Authorities LGAs*, sind für alle öffentlichen Dienste im Bereich ihrer Bezirke zuständig: Grundschulausbildung, Agrarwirtschaft und ausreichend Produktion von Lebensmittel, Wasserversorgung und Aufrechterhalten der lokalen Straßen.

In den *dispensaries* bekommen Patient_innen Basisgesundheitsversorgung und können von diesen weiter in die Bezirkskrankenhäuser verwiesen werden. Da diese jedoch nicht immer ausreichend ausgestattet sind, ist eine Weiterverweisung in regionale Krankenhäuser möglich, aber, aufgrund der Transport- und Unterhaltskosten, oft nur für wenige Menschen im ländlichen Bereich leistbar. (vgl. MohSW 2003: 10) Jedoch gibt es bereits 4,679 *dispensaries* landesweit und 90% der Bevölkerung leben nicht weiter als fünf Kilometer von einer solchen entfernt.

Das Betreiben der Krankenhäuser und *dispensaries* wird entweder vom Staat, *Faith Based Organizations* FBOs, Missionen oder anderen privaten Geber_innen finanziert. Etwa 40% der Gesundheitsinstitutionen gehören dem privaten Sektor an und werden auch oft über *Public Private Partnerships PPPs* von bestimmten Komitees geführt und verwaltet. (vgl. MohSW 2009: 11ff, 33)

Auch *Community Service Organizations* CSOs sind Teil des Gesundheitsservices und besonders wesentlich im HIV/Aids-Sektor. Ebenso existieren traditionelle und alternative Gesundheitsangebote, wie jene der *traditional healers*, welche mit pflanzlichen und spirituellen Mittel arbeiten und lokal meist sehr anerkannt sind. Insgesamt hat Tansania 6342 Gesundheitseinrichtungen, von welchen der Großteil staatlich, ein kleinerer Teil teilstaatlich ist und der Rest durch FBOs und von dem privaten Sektor geführt wird. (vgl. ebd.; TACAIDS 2013: 12) 55 Krankenhäuser werden vom Staat, und 13 von FBOs erfolgreich betrieben, wobei noch circa 86 weitere mit *first referral level* existieren. Weiters gibt es 18 regionale Krankenhäuser, welche gleichzeitig als *referral hospitals* fungieren und acht spezialisierte Krankenhäuser mit zusätzlicher Beratungsfunktion für andere. 2009 waren nur 35% aller Posten in Gesundheitseinrichtungen von qualifizierte Arbeiter_innen besetzt, jedoch existieren mindestens 72 staatliche und 44 private Ausbildungseinrichtungen, welche diesen Herausforderungen nachzukommen versuchen. (vgl. MohSW 2009: 11ff)

3.3.4 Implementierung der antiretroviralen Therapie landesweit: Verlauf, Hindernisse, Zuständige Autoritäten

Die ersten Reaktionen auf HIV/Aids kamen bereits 1985 von Abteilungen der Regierung anhand von Kurzzeitplänen, wobei dann 1987 das *National Aids Control Program NACP*, zur Überwachung und Koordination dieser Pläne eingeführt wurde. Pilotinterventionen zu ART und PMTCT in Mbeya, Tanga und Dar es Salaam unter anderen durch DANIDA, GTZ, UNICEF und dem Gesundheitsministerium selbst, trugen zum Sammeln von Daten und Planen von Gesundheitsinterventionen bei.

2001 wurden in Tansania mit der Erstellung der *National AIDS Policy*, in Kooperation mit verschiedenen Partner_innen, erstmals konkrete Maßnahmen gegen die HIV/Aids-Epidemie entwickelt. (vgl. MohSW 2013: 13, MohSW 2003: 8) Zeitgleich gilt die Gründung von TACAIDS als ausschlaggebend für die Implementierung der ART im Lande. TACAIDS vertritt die nationalen multisektoralen Maßnahmen in Bezug auf HIV/Aids und hat die Aufgabe, öffentliche, private, und gemeinschaftsbezogene Anliegen politisch zu leiten, koordinieren und zu planen. Dazu gehört auch *fundraising* und die Evaluation verschiedener Programme. (vgl. MohSW 2013: 13; TACAIDS 2007: Vorwort, 1f) Der praktische Meilenstein wurde jedoch mit der Verfassung des *National Care and Treatmentplan NCTP 2003-2008* gesetzt, welcher 2004 begann implementiert zu werden. (vgl. MohSW 2013: 14) Die folgende Tabelle soll den ART-Aufschwung und Überblick über mobilisierte Ressourcen innerhalb des Planungszeitraums des *NCTPs* aufzeigen:

	2004	2005	2006	2007	2008
Patients under treatment ('000s)	16	65	151	274	423
Total HIV+ Patients under care ('000s)	65.4	260.6	604.8	1098.0	1692.2
Budget for Drugs (\$MM)	6.6	25.5	67.6	138.4	237.1
Total Budget (\$MM)	26.0	79.9	178.1	332.7	539.3
Certified Facilities	23	78	141	204	247
Health Care Workers (FTEs)	459	1674	3632	6285	9299
Cost per HIV+ individual enrolled (\$)	398	207	162	141	122
Source: Team analysis					

(United Republic of Tanzania 2003: 1)

Die Organisation der HIV/Aids-Leistungen ist in die bereits vorhandenen administrativen Strukturen des tansanischen Gesundheitssystems eingebettet, in die nationale, regionale und lokale Ebene. Auf nationaler Ebene spielt das Gesundheitsministerium, MoHSW, eine führende Rolle, welchem verschiedene Abteilungen unterliegen, darunter das *Directorate of Preventive Services*. Unter diese Abteilung fällt auch das *National Aids Control Programme NACP*, welches für die technische Leitung und Koordination aller HIV/Aids-Leistungen im Gesundheitssektor zuständig ist. Die anderen Abteilungen des MoHSW sind dafür verantwortlich, bestimmte Interventionen zu HIV/Aids, zum Beispiel bei Arbeitsplätzen, in der Diagnostik, PMTCT oder sicherer Blutversorgung, nach *NACP-guidelines* zu unterstützen. TACAIDS unterliegt ebenso dem NACP, aber in Bezug auf NMSF-Koordination. Auf der nationalen Ebene bilden noch weitere wesentliche Institute und Abteilungen, die nur teilweise dem MoHSW unterliegen, wie das *Medical Store Department MSD*, die *Tanzanian Food and Drug Authority TFNC*, das *Private Health laboratories Board PHLB*, das *National Health Laboratory Quality Assurance and Training Centre NHLQATC* und andere in der Skizze zum tansanischen Gesundheitssystem angedeuteten Forschungs- und Ausbildungszentren, das Versorgungsnetzwerk der ART. (vgl. MoHSW 2013: 15f, 81)

Die Hauptverantwortungsrolle auf regionaler Ebene kommt dem bereits erwähnten *Regional Health Management Team RHMT* zu, welches für alle regionalen Gesundheitsleistungen verantwortlich ist, und somit auch für den HIV/Aids-Bereich. Dieser umfasst Prävention, ART, allgemeine Fürsorge und Unterstützung für PLHAs und wird vom *Regional AIDS Control Coordinator RACC* koordiniert, welcher für Überwachung und Evaluation des Gesundheitservices zuständig ist. Die RACC hat die Aufgabe mit den regionalen Abteilungen für Reproduktion und Kindergesundheit, Tuberkulose und Lepraerkrankungen und der Repräsentationsperson des RHM-Systems, zu kooperieren.

Das System für HIV/Aids-Leistungen auf lokaler Ebene spiegelt jenes auf regionaler Ebene wieder, mit denselben Hauptabteilungen und Repräsentationspositionen, wobei die bereits erwähnten LGAs für die Gesundheitsleistungen verantwortlich sind. Jedoch gewinnen auf lokaler Ebene speziell in Bezug auf HIV/Aids, *Community based Organizations CBOs*, an besonderer Bedeutung, welche von LGAs und internationalen Partner_innen unterstützt werden und in der Anzahl stetig wachsen. Während in den Städten verschiedene Abteilungen von Krankenhäusern für die Umsetzung HIV/Aids-Programme wie *Home based Care HBC*¹ oder VCT zuständig sind, werden diese Services lokal, direkt vom vorhandenen Personal ausgeführt. (vgl. ebd.: 15f)

¹*Home Based Care*: Genaue Erläuterung auf S. 66

Vielfach findet die Umsetzung von verschiedenen HIV/Aids-Programmen über nationale und internationale NGOs statt, welche stetig wachsen. 2000 war der Stand von NGOs in Tansania auf 8499, wobei ein rasantes Weiterwachsen dieser Zahl, besonders in den Städten festzustellen war. (vgl. Lange, Wallevik (u.a.) 2000: 6)

Wie bereits diskutiert, können NGOs gute Initiativen darstellen, wenn ein Staat den Verantwortungen zu Gesundheit nicht nachkommt. Dies gilt jedoch eher für lokale *advocacy*-NGOs, welche den Staat dazu auffordern Rechte einzuhalten. Internationale NGOs jedoch, tendieren durch ihr Einwirken in einer bestimmten Gegend dazu, Regierungspositionen durch ihr Service zu übernehmen, was zu einem Verlust der Legitimation dieser Posten führen kann. Ebenso kann es passieren, dass die Angebote staatlicher Anbieter_innen und jene der NGOs miteinander in Konkurrenz stehen, was zum Scheitern von Programmen führen kann. Im Endeffekt wird auch die Anforderung an die Regierung den eigenen Gesundheitsansprüchen nachzukommen geschwächt, da diese Services dann bereits durch jene internationale NGOs angeboten werden. (vgl. Lange 2008: 1132-1135)

3.3.4.1 Klinische Implementierung der ART

In den *National Guidelines for the Management of HIV and AIDS 2012*, werden folgende Punkte als Ziele formuliert: HIV-Testen und Beratung, Erwachsenen- und Kinder HIV/Aids-Management (PMTCT und Familienplanung, Verhütung, ART, Standard Gesundheitsfürsorge, labortechnische Begleitung), ART-Befolgung (*adherence* durch Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Information), Ernährung, die Behandlung von opportunistischen Infektionen und Krankheiten (Tuberkulose, Malaria, Herpes, Tumore), *Home Based Care HBC*, permanente Begleitung und Fürsorge. (vgl. MohSW 2012: 8) Die ART in *Care and Treatment CTC*-Kliniken wird innerhalb von Krankenhäusern, aber auch in kleineren Einrichtungen angeboten. Eine CTC kann auch für sich alleine stehen wenn ausreichend qualifiziertes Personal vorhanden ist.

Für ein erfolgreiches CTC sind in Tansania folgende Vorgaben einzuhalten:

Personal:

Das Gesundheitsteam sollte aus mindestens einer Empfangskrankenschwester, einem Arzt und einer ART-Begleitungskrankenschwester (auch männliches Krankenpersonal) bestehen. Dieses Team soll dafür sorgen, dass eine stabile Beziehung zwischen Patient_innen und Personal aufgebaut werden kann. CTC-Teamsitzungen sollen wöchentlich stattfinden um Mängel und Fallbeispiele zu besprechen. Einmal im Quartal soll eine solche Sitzung mit dem gesamten Personal der Gesundheitseinrichtung stattfinden, speziell mit den Leiter_innen von Abteilungen, welche ART-begleitend wirken: Tuberkulose Bekämpfung, VCT, Bekämpfung von Sexuallykrankheiten, HBC, die pharmazeutische Abteilung, Labortechnik und die Abteilung für stationierte Patient_innen. (vgl.

ebd.:13) Das *Council Health Management Team CHMT* besucht die Einrichtung regelmäßig, um dessen Effizienz zu überprüfen. Das Personal ist den *National Standard Operating Procedures* nach, für folgende Routine-Vorgänge verantwortlich: Registrierung und Terminmanagement der Patient_innen, wozu das Dokumentieren der CTC-Basisinformation wie Gewicht, Größe, Blutdruck und Temperatur gehört. Bei der Aufnahme der_des Patienten_in sind die unmittelbaren medizinischen Bedürfnisse festzustellen, der Tuberkulose-Status zu ermitteln und die Person zur nächsten zuständigen Person oder Abteilung weiterzuverweisen. Die Patient_innen sollen auf die ART gut vorbereitet- und ausführlich dazu beraten werden. Die Daten der Patient_innen sollen erhoben, gesammelt- und wenn notwendig mit Empfehlungen bezüglich anderer Gesundheitsinstitutionen oder Gemeinschaftorganisationen ausgestattet werden. (vgl. ebd. 13f)

Patient_innen Terminplan:

Die Aufnahmekrankenschwester führt die bereits genannten Erstuntersuchungen durch, testet das Blut des_ der Patienten_in erneut, um Zweifel am Status der Person auszuschließen, lässt den CD4-Wert messen und, wenn notwendig einen Stuhlabstrich machen. Erst dann wird die Person weiter zum Arzt_Ärztin, der Beratungskrankenschwester oder anderem zuständigen medizinischen Personal geschickt. Dieser Prozess kann sich bei unzureichenden Laborressourcen oder Personalmangel um mehrere Tage verzögern. Der_die Arzt_Ärztin bestimmt dann die Medikamentenkombination und Dosis, wobei weiteres Blut abgenommen wird, um die Möglichkeit einer toxischen Wirkung der Medikamente auf den Körper festzustellen. Je nach Reaktion des Körpers der_des Patienten_in auf die Medikamente und dem klinischen Stadium, werden Folgetermine in Intervallen zwischen zwei Wochen und sechs Monaten, ausgemacht. Initiation der ART und die labortechnische Überwachung sollen wie von den Richtlinien der WHO empfohlen, stattfinden. (vgl. MohSW 2012: 15f)

Beratung und ART-Befolgung:

Jedem_jeder Patienten_in wird empfohlen, eine_n Behandlungspartner_in zu bestimmen. Diese Person soll den_ die Patient_in an die Einhaltung der ART-Richtlinien erinnern und ihm_ihr unterstützend zu Seite stehen. Patient_innen werden regelmäßig über Infektionsrisikoverminderung, Ernährung und Familienplanung informiert und auch in ihren psychosozialen Bedürfnissen unterstützt. Diese umfassen rechtliche und soziale Unterstützung, Offenlegung des Status, mentale Gesundheit, sowie die Motivation, Selbsthilfegruppen von PLHAs beizutreten. (vgl. ebd.: 16)

Medizinische Dokumentation:

Allen Patient_innen soll mit dem ersten Besuch eine Identifikationskarte mit Identifikationsnummer (CTC1) und ein Dokumentationsformular für klinische Kontrollaufzeichnungen (CTC2) ausgestellt werden. Die Patient_innen werden je nach Stadium in ein Pre-ART- und ein ART-Register eingeordnet. Bei der Überweisung eines_einer Patienten_in in eine andere Institution, muss

dieser_diese beiden Dokumente vorweisen. Weiterhin sind regelmäßige Berichte über neue Registrierungen, Behandlungserfolge und Sterbefälle zu verfassen.

Der *District Aids Control Coordinator* kontrolliert diese Berichte und bietet Hilfestellungen in deren Bearbeitung und Monitoring. (vgl. MohSW 2012: 17ff)

Um eine ART erfolgreich und auf das unmittelbare, soziokulturelle Umfeld nachhaltig wirkend anbieten zu können, sind erweiternde Programme, sowie die Einbindung von PLHAs in die Bildungsarbeit um die ART von großer Wichtigkeit. Zusätzlich ist am Land der freiwillige Einsatz von Menschen aus PLHA-Gruppen und Organisationen besonders wesentlich, da es oft eine Ressourcen- und Personalknappheit auszugleichen gilt. Folgende Zusatzprogramme sollten neben einer umfassenden Gesundheitsüberwachung der ART, angeboten werden:

PMTCT:

Prevention of Mother to Child Transmission of HIV, beschreibt das Verhindern der Übertragung von HIV durch die schwangere Mutter auf das Kind mit einer ART während der Schwangerschaft. Beginnt die Mutter jedoch einmal mit der ART, kann sie die ARVs meist lebenslang nicht mehr absetzen, auch wenn ihr Immunsystem noch sehr stark ist. Dieses Programm wird von einer umfassenden Stillberatung, von verschärften Gesundenuntersuchungen, sowie Familieplanungshilfen begleitet. (vgl. ebd. 20, 198)

HBC:

Home based Care, ist eine Hilfestellung für chronisch kranke Menschen, welche aus gesundheitlichen und ökonomischen Gründen ihr Haus schwer verlassen können. Die Familien und die Gemeinschaft bilden das Zentrum von HBC. Gemeint ist nicht nur medizinische Hilfe und die Versorgung mit Medikamenten, sondern auch psychische, soziale und spirituelle Unterstützung der kranken Personen. HBC wird einerseits von Gesundheitsinstitutionen angeboten, indem mit Autos zu den betroffenen Personen gefahren wird. Jedoch wird es auch von *Community support groups*, Organisationen, PLHA-Gruppen und *expert-patients* angeboten, welche damit einen großen Beitrag zum lokalen Gesundheitsservice leisten. (vgl. MohSW 2010: 1f) Durch dieses Service werden Gruppen in abgelegenen Dörfern mit wichtigen Informationen versorgt und das lokale Stigma dadurch reduziert. Damit diese Leistung nach bestimmten Regeln durchgeführt wird, werden Seminare angeboten, in welchen PLHAs und medizinisches Personal zu HBC-Ausführenden ausgebildet werden. Erst dann dürfen sie ihr Service nach eigenem Ermessen oder je nach Aufforderung der jeweiligen Gesundheitseinrichtung ausführen. (vgl. MohSW 2012: 40f)

3.4 Internationale Beteiligung von Akteur_innen

In diesem Kapitel gilt es herauszufinden, welche internationalen/transnationalen Organisationen und Institutionen den HIV/Aids-Sektor im tansanischen Gesundheitssystem, durch Spendengelder unterstützen. Diese Informationen wurden aus den *policy papers*, Implementierungsberichten und Finanzberichten bereits genannter *policy papers* entnommen, sind aber schwierig genau zu bestimmen.

Dies hängt einerseits damit zusammen, dass in den meisten *policy papers* nur Finanzpläne für die Zukunft angegeben werden. Andererseits zeigen viele Berichte nur die Finanzierung bestimmter nationaler Programme und schaffen keine allgemeine Übersicht. Ein anderer Grund dafür mag auch sein, dass die Teilnahme internationaler Akteur_innen in ständigen Wandel ist und Ressourcen über verschiedene Kanäle fließen, welche nicht immer nachzuvollziehen sind. Daher ist die Bestrebung hier, lediglich eine Übersicht über Einzahlungssysteme und Hauptfinanziers des tansanischen Gesundheitssystems zu schaffen. Die genauen Finanzflüsse an einzelne Sektoren und Projekte würden aufgrund der zerstreuten Informationsquellen, einer eigenen Studie bedürfen. Zusätzlich ist zu ergänzen, dass offizielle Teile der *homepage* des MoHSWs, wie zum Beispiel die Seite der *finance and account units*, trotz mehrerer Versuche zu unterschiedlichen Zeiten, nicht zugänglich waren.

3.4.1 Spendengelder, Partnerschaften und Kooperationen mit Tansania

Überblicksmäßig beträgt das jährliche Budget für den HIV/Aids-Sektor etwa 500 Millionen USD. 97% der Ausgaben für den HIV/Aids-Sektor sind durch Spenden finanziert, wobei 86% alleine von nur zwei Gebern kommen- von PEPFAR zu 67% und dem Global Fund zu 19%. Über 80 Prozent der Spendengelder fließen jedoch nicht durch das Regierungsbudget, sondern werden von den Regierungen der jeweiligen Geber_innen und dessen Implementierungspartner_innen verwaltet. Dies bedeutet, dass die Umsetzungen dieser Gelder nicht unbedingt am NACP ausgerichtet sind, sondern oft eigenen Richtlinien folgen. Dies wirkt sich wiederum auf die Staatsverwaltung und das Vertrauensverhältnis zwischen Geber_innen und der tansanischen Regierung aus. (vgl. TACAIDS 2012: 9)

Folgende Tabelle soll eine Übersicht über Spendengeldeinkünfte zwischen 2007 und 2010, mit einer Vorausplanung auf 2014 bieten. (Tabelle in Mio. USD):

Development-Partner	2007 Actual	2008 Actual	2009 Actual	2010 Actual	2011 Proj.	2012 Proj.	2013 Proj.	2014 Proj.
PEPFAR (U.S.)	230.30	313.40	361.00	357.97	357.19	348.00	347.98	348.00
Global Fund	89.90	101.60	104.20	110.30	30.90	30.90	30.90	30.00
World Bank	15.40	25.30	19.50	20.80	19.70	5.00	0	0
UNJP	1.60	11.50	8.50	0.71	0.63	0.61	0.61	0.61
DANIDA (Denmark)	1.10	1.10	7.90	8.76	8.76	8.76	8.76	8.76
CIDA (Canada)	11.40	10.40	-	5.40	5.70	11.00	11.00	11.00
GIZ (Germany)	12.50	9.60	9.60	5.00	10.60	10.50	10.20	0
SIDA (Sweden)	5.30	0.80	5.70	1.50	4.50	4.00	0	0
EKN (Netherlands)	5.30	4.90	3.80	2.80	4.20	4.20	0	0
NORAD (Norway)	2.10	2.30	6.40	6.40	1.00	0	0	0
JICA (Japan)	1.10	3.74	3.13	1.87	0.60	0.60	0.60	0.36
DCI (Ireland)	2.00	1.70	1.20	0	0	0	0	0
DFID (U.K.)	2.00	1.30	0	0	0	0	0	0
Total (Mn USD)	380.00	487.60	530.90	521.50	442.80	423.50	410.10	398.70

(TACAIDS 2012: 18)

Überblicksmäßig ist zusammenzufassen, dass die Finanzierung des HIV-Sektors von den Finanzierungsstrategien der Regierung (MohSW, TACAIDS und lokale Regierung), den Entwicklungspartner_innen (Global Fund, PEPFAR), den Public Private Partnerships PPPs und selbstorganisierter Finanzierung von lokalen Gemeinschaften, abhängt. Die finanziellen Quellen sind daher Steuergelder, Weltbankkredite und Entwicklungsgelder von Entwicklungspartner_innen über Budget-Unterstützung oder Einzahlungen in den *Health Basket Fund HBF*. (vgl. MohSW 2013: 95)

Die HBFs wurden von der *Development Partners Group DPG* und von den Mitgliedern, welche Spenden durch eine gemeinsame Strategie kanalisieren wollten entwickelt, und in einem *Memorandum of Understanding* festgelegt und unterschrieben. Mit dem HBF ist es möglich eine große Gruppe von Spender_innen auf einer Plattform zu organisieren und damit zum Prozess der Dezentralisierung durch Übertragung von Verantwortung auf regionale und lokale Autoritäten, beizutragen. (vgl. DPG 2013, DPG 2008: 2)

Dies geschieht indem aus dem HBF, Transfers an die zuständigen Autoritäten in den Regionen und Bezirken geleistet werden, welche vor Ort für den Erhalt der Basisgesundheitsversorgung zuständig sind. (vgl. DPG 2012: 1) Insofern geht es hier nicht spezifisch um HIV/Aids-Leistungen, aber um eine Gesundheitsversorgung, ohne welche eine ART nicht angeboten werden kann. Der HBF wird im Sinne des *Sector Wide Approaches* SWAs, welcher verschiedene Sektoren effizient miteinander verbindet, durchgeführt und wurde von folgenden Partner_innen welche Gelder spenden, unterschrieben: CIDA *Canadian International Development Agency*, Dänemark, Irland, Niederlande, Germany KfW (deutsche Wirtschafts-Förderbank), Weltbank, *United Nations Population Fund* UNFPA und UNICEF. (vgl. ebd.: 6) Die Hauptgeber_innen im tansanischen Gesundheitssystem mit

dem Fokus auf HIV/Aids sind wie in der Tabelle zu erkennen, PEPFAR und der Global Fund:

PEPFAR-fund:

The United States President's Emergency Plan for Aids Relief, ist seit 2006 in Tansania aktiv. Mehr als eine Billion USD sind von dieser Organisation seither in die HIV/Aids-Leistungen dieses Landes geflossen. Großteils in die ART, die Versorgung mit ARVs und in die Prävention. Mit einem Durchschnittsbeitrag von 315, 5 USD Millionen pro Jahr, ist PEPFAR die größte Finanzierungsressource für HIV/Aids-Programme in Tansania geworden. (vgl. TACAIDS 2012: 9ff) Die Spenden werden durch die *National Partnership Framework* abgeleitet, welche von TACAIDS geführt wird.

2009 unterstützte PEPFAR 605 verschiedene CTCs, HBC-Programme und damit indirekt circa Hunderttausend PLHAs. Auch wird dieser *Fund* bei Planungen und Notfallsinitiativen, als eine technische Hilfe für das MohSW bezeichnet. Alle Spenden von PEPFAR fließen außerhalb des Budgets der tansanischen Regierung und werden durch 22 verschiedene nationale und internationale Implementierungspartner_innen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene eingesetzt. In den letzten Jahren stieg die Anzahl der lokalen Partner_innen. (vgl. ebd.; MohSW 2013: 95)

Diese sind in verschiedenen Institutionen verankert, welche in verschiedenen Bereichen der medizinischen Ausbildung, Natur, Familienplanung und anderen tätig sind. Die Aufteilung dieser Institutionen im Land ist nicht mit der Verbreitung von HIV/Aids abgeglichen und geographisch ungleichmäßig. Arusha hat zum Beispiel 13 stationierte Partner_innen, während andere Regionen weniger als drei haben. Eine leichte Kritik ist dem *Tansania Expenditure Report* gegenüber PEPFAR zu entnehmen. Trotz der bekannten Strategie PEPFARs *off-budget* zu spenden, sollten die Ausgaben an das tansanische Finanzministerium weitergegeben werden, damit sie in weitere Planungen mit eingerechnet werden können. Dies sei jedoch noch nicht passiert, obwohl es für Transparenz, Kooperation und Vertrauen zwischen US-Geber_innen und tansanischer Regierung von Hilfe wäre. (vgl. TACAIDS 2012: 9ff)

Global Fund:

Der *Global Fund for Aids, TB and Malaria GFATM*, ist ein unabhängiger, privater und der weltweit zweitgrößte Fund, welcher 2001 von den United Nations geschaffen wurde. (vgl. TACAIDS 2007: 3) Er wird von einer internationalen Plattform verwaltet, welche in Partnerschaften mit Regierungen, NGOs, zivilen Organisationen und dem privaten Sektor steht. Als internationaler Mechanismus vermittelt er zwar *Aid*-Gelder, implementiert diese aber nicht selbst. (vgl. Richey 2012: 830) Im Gegensatz zum PEPFAR-Fund, wird der GFATM vom *Tanzania National Coordinating Mechanism TNCM* koordiniert. (MohSW 2013: 95f) In Form von sieben „Runden“, welche auf die Bereiche Aids, Malaria und Tuberkulose fokussiert waren, hatte Tansania bis 2010 von zugesprochenen 986, 28 USD

Millionen, insgesamt 601, 6 USD Millionen tatsächlich ausbezahlt bekommen. Jedoch wurde 2011 verkündet, dass keine weiteren Finanzierungen bis 2014 möglich wären, was auf große Betroffenheit stieß, da sich das Land eben in einer Phase von Optimismus bezüglich der Bekämpfung von HIV/Aids befunden hatte. (vgl. ebd.; TACAIDS 2012: 13f)

Alle in der Tabelle bereits angeführten Organisationen hatten und haben eigene Finanzierungsbereiche im tansanischen Gesundheitssystem, wobei bei Weitem nicht alle in den HBF einzahlen.

- *JICA Japan International Cooperation Agency*: Finanzierte bestimmte HIV-Test Kits und unterstützte das NACP im Generellen. (vgl. TACAIDS 2007: 15)
- *CIDA Canadian International Development Agency*: Hat ihren Fokus auf die Unterstützung der lokalen Gemeinschaft in Bezug auf HIV/Aids. Unterstützt die NMSF und damit zusammenhängende PPPs und andere Gesundheitsprogramme in dreizehn verschiedenen Bezirken. (vgl. ebd.: 33; TACAIDS 2012: 15)
- *GIZ German Development Cooperation*: Unterstützt speziell vier Regionen, hauptsächlich in Präventionsarbeit, Bildungsarbeit, HBC und Verbreitung von Informationsmaterial über HIV/Aids. (TACAIDS 2012: 16)
- Weltbank: Finanzierte TACAIDS von dessen Gründung weg bis etwa 2003, als sie sich finanziell auf das *Tanzania Multisectoral Aids Program* konzentrierte. Der Fokus lag dabei auf *community-based interventions* und *mainstreaming* von HIV/Aids in Arbeitsplätzen. Seit 2010 liegt der neue Fokus auf Straßenprojekte, welche indirekt auch zu einer Verbesserung von HIV/Aids-Leistungen, durch leichtere Erreichbarkeit von Teilen des Landes, beitragen sollen. Die dadurch entstandene finanzielle Lücke in den vorherigen Investitionsbereichen, gilt es jedoch noch auszugleichen. (vgl. ebd.: 17; TACAIDS 2007: 32)
- *Clinton Foundation*: Finanzierte bis 2010 HIV/Aids Services in den Regionen Lindi und Mtwara. Der Stopp ihrer Spenden hinterließ ebenso eine finanzielle Lücke. (TACAIDS 2012: 17)
- CIDA and DANIDA: Unterstützen den NMSF-Fund, Regierungen auf Bezirksebene und nichtmedizinische, multisektorale HIV/Aids-Aktivitäten, sowie auch TACAIDS und MSD. (TACAIDS 2012: 17f)
- *United Nations Agencies*: UNICEF, UNJP und UNDP leisteten und leisten teilweise noch Beiträge und technische Unterstützung für HIV/Aids-Leistungen im öffentlichen und privaten Gesundheitssektor. (vgl. TACAIDS 2007: 32)

Generell wird in Bezug auf Spenden nun aber ein Rückgang festgestellt, welcher als eine mögliche Katastrophe beschrieben wird, sollte Tansania nicht genügend Maßnahmen ergreifen, um die Abhängigkeit von Spendengeldern zu mäßigen. Etwa 670 Millionen USD würden jährlich benötigt werden, wobei derzeit nur etwa 67 Millionen USD zur Verfügung stehen. Ein Grund dafür dürften Einsparungen im Zuge der Wirtschaftskrise sein, ein anderer, ein mangelhaftes und unzureichendes System bezüglich Auditing, Abrechnung und Berichterstattung über die Verwendung der Spendengelder in Tansania. Als Auswegsplan soll der *Tanzania Aids Control Trust Fund TACTF* gebildet und über zum Beispiel Steuergelder, Betreiben ausländischer Unternehmen im Land, *fund-raising*s und effizienter Administration, betrieben werden. (TACAIDS 2012: 3)

3.4.2 Zwischenfazit:

Im theoretischen Teil der Arbeit wurde mit dem Konzept *post-development* angefochten, dass das Konzept „Entwicklung“ als Organisationsmodell einer Gesellschaft funktionieren kann. Jedoch scheint „Entwicklung“ in Bezug auf erreichte Gesundheitsverbesserungen durch ökonomische und infrastrukturelle Veränderungen und die implementierte ART in Tansania, hilfreich gewesen zu sein. „Entwicklungsinterventionen,“ welche im Bereich der PHC und HIV/Aids über vertikale Programme von SCOs und NGOs umgesetzt wurden, könnten ersichtlicherweise die Kindersterblichkeit senken und die allgemeine Lebenserwartung erhöhen.

Zwar steht die ART noch nicht allen Tansanier_innen, welche sie brauchen würden zu Verfügung, aber diese Zahlen stiegen rasch über die letzten Jahre. Auch in Bezug auf Stigma und Aufklärung der Gesellschaft, geschahen einschlagende Veränderungen im Sinne der PLHAs. Das tansanische Gesundheitssystem schuf Rahmenbedingungen für die Umsetzung der ART in CTCs, welche entweder für sich alleine arbeiten oder in Krankenhäuser und *dispensaries* integriert sind. Allerdings sind auch Mängel in Personal und Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen festzustellen, sowie ein Rückgang im Einsatz von Spendengeldern internationaler Organisationen und Institutionen. Dies wird nach den gesundheitlichen Erfolgen der letzten Jahre als eine Bedrohung gesehen.

Eine weitere Schwierigkeit für die Regierung ist, dass viele Spenden nicht über das Regierungsbudget oder die *basket-funds* eintreffen und daher nicht in den Ausgaben des Staates aufscheinen. Zusätzlich wird erwähnt, dass PEPFAR und andere Organisationen sich als Akteur_innen außerhalb vom Regierungsbudget nicht immer an die tansanischen Planformulierungen halten. Insofern sei es schwierig für die tansanische Regierung Planungen für die Zukunft zu erstellen ohne einen Überblick über die Ausgaben und Investitionen von jenen Organisationen zu haben. Dem kommt auch im Sinne von finanzieller Unabhängigkeit Gewicht zu.

Gleichzeitig wird aber auch von tansanischen Akteur_innen selbst vertreten, dass der Einsatz der tansanischen Regierung nicht ausreichend ist um der Spendenabhängigkeit entgegenzutreten hat. Die ungleiche Beteiligung der tansanischen Regierung am AIDS- Budget zeigt gewissermaßen, dass eine Aid-Abhängigkeit auch eine politische Entscheidung sein kann. Der internationale Geldaufwand ist beinahe gleich hoch wie jener des restlichen tansanischen Gesundheitsbudgets, welches nicht für HIV/Aids eingesetzt wird. Würden also die Spenden zurückgezogen werden, bedeute dies eine Umstellung von Prioritäten in Richtung eines breiteren Gesundheitskonzeptes anstatt eines Fokus auf HIV/Aids. Dies wird auch von Aussagen tansanischer Beamte verstärkt, welche meinen, dass die AIDS-Ausgaben eher den Geber- als den Regierungsprioritäten entspreche. (vgl. Hunsmann 2012: 93)

Es ist auch stark zu vermuten, dass internationale Konzerne, welche Pharmazeutika und andere medizinische Ausstattung anbieten, Einfluss auf sozial-politische Prozesse ausüben können. Dies wurde bereits vermehrt an den Kämpfen um niedrige ARV-Preise in zum Beispiel Brasilien, Südafrika aber auch in Tansania festgestellt. Die ART in Tansania lässt sich von denselben Richtlinien der WHO wie europäische Länder leiten. Jedoch sind starke Unterschiede in Kombinationsmöglichkeiten von ARVs bei Resistenzen oder *treatment failure* ersichtlich, sowie auch ein großer Mangel an medizinischen Personal, Krankenversicherungen und eingeschränkte Möglichkeiten bei Laboruntersuchungen.

Es wurde aufgezeigt, dass die aktive Teilnahme der Bevölkerung an politischen und sozialen Entscheidungen, nicht zuletzt durch die Einforderung billigerer ARVs, sehr wichtig ist. Das Konzept des *therapeutic citizenship* und das Anwenden des *human rights based approaches* für NGOs und SCOs bietet auch der Bevölkerung und den PLHAs die Möglichkeit für ihre Rechte einzustehen beziehungsweise diese einzufordern.

Die Punkte der WHO, welche die erwünschten Eigenschaften eines Gesundheitssystems beschreiben, bieten einen passenden Richtwert für die Analyse des tansanischen Gesundheitssystems, speziell im Vorhaben zur Umsetzung der ART. Jedoch ist eine Kommunikation zwischen Regierung, internationalen Organisationen und der Bevölkerung unabdingbar, damit solche Gesundheitskonzepte erfolgreich umgesetzt und weiterbetrieben werden können.

4 Forschungsteil

4.1 Auswahl des Materials:

Die Auswahl folgender Informationsquellen erfolgte mit bereits vorhandenen Annahmen, welche mit den Hypothesen zur Forschungsfrage formuliert wurden. Diese gilt es nun zu verifizieren oder falsifizieren. Es geht darum, die Debatte um die CD4-Zähler als Beispiel für strukturelle Widersprüche im tansanischen Gesundheitssystem zu diskutieren. Insofern ist es notwendig, das vorhandene Quellenangebot so weit zu komprimieren, dass ein allgemeiner Überblick über die Aussagen geschaffen werden kann.

Des Weiteren sollen wesentliche Aussagen herausgefiltert werden, um dann deren Übereinstimmung oder Widersprüchlichkeit festzustellen. Daher eignet sich vorerst die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring, mit der ich zu den Hauptaussagen der Expert_innen gelangen möchte, um die Forschungsfrage zu beantworten. Verwendet werden ein von mir selbst durchgeführtes Interview und drei themenspezifische Interviewsequenzen, aus Interviews welche von Mag. Fabian Wirnsperger geführt wurden. Die Zustimmung für die Verwendung des Materials wurde von allen interviewten Personen eingeholt, sowie auch die Zusage für die Verwendung deren Namen.

Die meisten dieser Expert_innen publizieren selbst international zu diesem Thema, sind bereits dafür bekannt und wollen in ihrer Stimme auch erkannt werden, daher wäre eine Anonymisierung hier nicht zielführend. Zu den Interviewsequenzen von Mag. Wirnsperger lagen bereits Transkripte vor. Zusätzlich wurden gezielt Zeitungsartikel ausgewählt, welche bis auf einen österreichischen Artikel von tansanischen Autoren und Magazinen stammen und differenzierte Positionen zur CD4-Zähler-Debatte darbringen. Das Interview mit Vicky Ntetema wurde über Skype geführt, die anderen Interviews aus welchen Sequenzen verwendet werden, persönlich von Mag. Wirnsperger.

4.1.1 Interviews

Mein Kollege Mag. Fabian Wirnsperger hatte bereits Interviews im Zuge seiner eigenen Diplomarbeiten-Recherche geführt, in welcher er sich speziell mit PIUMA und den Spendengeldveruntreuungen in Bulongwa/Iringa/Tansania beschäftigte. Mit dem Zugriff auf sein Datenmaterial, konnte ich meine Recherchen mit den seinen Abgleichen indem ich Interviewsequenzen mit Mr. S. [anonym gehalten], Muhingo Rwyemamu und Jackson Mbogela verwende. Von allen Personen, deren Namen ich offen nenne, wurde das Einverständnis eingeholt. Mit den Stimmen dieser Interviewpartner_innen, habe ich die Möglichkeit zu Informationen aus teilweise erster Hand, da diese Expert_innen direkt in die öffentliche CD4-Zähler-Debatte involviert waren. Da diese Persönlichkeiten sehr relevant für die Debatte waren/sind, werden sie nun kurz vorgestellt:

Vicky A. Ntetema:

Ehemalige BBC Journalistin, arbeitete 1991-2010 in London als *Radio Producer Presenter* und als *BBC World Service Buro Chief* in Tansania. Seit ihrer Karriere als Journalistin ist sie bekannt für ihr Engagement in Themen, welche aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen von den meisten anderen Journalist_innen vermieden werden. Dazu zählt ihr wesentlicher Beitrag zur CD4-Zähler-Debatte ab 2006 bis heute. 2008 war sie Hauptverantwortliche in der Aufdeckung von Morden an Menschen mit Albinismus durch *witchdoctors* in Tansania als „Undercoverjournalistin“. Ab diesen Zeitpunkt wurde sie inoffiziell von Regierungsbeamten, *witchdoctors* und deren Anhänger_innen um ihr Leben bedroht. Einerseits da sie mit dieser Information laut einigen Politiker_innen das *image* von Tansania beschmutzt- und andererseits das Geschäft für *witchdoctors* zerstört hätte. Nichtwissend wer Feind oder Freund ist, ob Polizei oder Politiker, war sie gezwungen das Land zu verlassen und zeitweilig unterzutauchen. Seit 2010 arbeitet sie jedoch als *executive director* für die NGO *Under The Same Sun* in Tansania, welche Schutz und Rechte für Menschen mit Albinismus bietet. (vgl. Interview Ntetema 2013: 1)

Muhingo Rweyemamu:

Arbeitet seit 18 Jahren als Journalist und seit zwei Jahren für die tansanische *Habari Cooperation* welche fünf verschiedene Zeitungen führt. Als Herausgeber einer davon, der RAI Zeitschrift, konnte er sich auch umfassend an der CD4-Zähler-Debatte beteiligen, was für ihn innerhalb seiner Firma allerdings nicht problemlos war.

Jackson Mbogela:

Arbeitete als *Assistant Coordinator* in der CTC-Klinik in Bulongwa/Makete und als Koordinator für die NGO PIUMA. Er war ein maßgeblicher Mitstreiter in der Aufdeckung der Spendenveruntreuungen in der SCD Makete und dem *Bulongwa Lutheran Hospital*. Als Angestellter PIUMAs trug er wesentlich zur ersten Demonstration in der damaligen Region Iringa/heute Njombe, bei. Zeitgleich mit der CD4-Debatte in Bezug auf diese Region, wurde er aufgrund seiner „lauten“ Forderung nach Transparenz von hochgestellten Autoritäten illegal festgenommen und Wochen ohne Prozess im Gefängnis festgehalten. Bis heute ist er ein wichtiger Partner von PIUMA beziehungsweise von den ehemaligen PIUMA-Mitgliedern.

Mr. S.[Anonym]:

War Sekretär bei der führenden Partei CCM Chama Cha Mapinduzi im Bezirk Makete und pflegte Sympathien zu den *advocacy-actions* PIUMAs, sowie auch Freundschaften zu den PIUMA-Mitgliedern selbst.

Die Interview-/Sequenzen stammen von politisch und ethisch ähnlich denkenden Expert_innen, welche jedoch unabhängig voneinander arbeiten. Obwohl aber jene Expert_innen in der CD4-Zähler-Debatte ähnliche Ansätze und Ansichten vertreten, sprechen sie aus verschiedenen Positionen der Gesellschaft mit unterschiedlichen Bildungs-, Berufs- und Statushintergründen. Außerdem werden deren Ansichten mit den in der Inhaltsanalyse verwendeten Zeitungsartikeln, in welchen wiederum andere Perspektiven vertreten werden, abgeglichen.

4.1.2 Zeitungsartikel

Die Auswahl der Zeitungsartikel beschränkt sich auf sieben Exemplare. Die Artikel existieren in eingescannter Version und wurden im Zuge einer vom tansanischen Gesundheitsminister gefällten und sehr umstrittenen Entscheidung über CD4-Zähler, im Zeitraum 2008 bis 2012, veröffentlicht. Auffällig ist, dass sich in diesem Zeitraum die Information über CD4-Zähler kaum verändert hat, was bedeuten kann, dass sich tatsächlich kaum etwas dazu verändert hat. Obwohl es in diesem Zeitraum unzählige Artikel in Tansania gab, waren mir nur wenige zugänglich.

Einerseits, weil lokale Zeitungen aus dieser Zeit nur von wenigen Personen gesammelt wurden und online-Artikel vermutlich von Gegner_innen aus dem Netz genommen wurden. Außerdem erschien es mir ausreichend mit ein paar ausgewählten Exemplaren zu arbeiten, da die Grundinformationen und die verschiedenen Positionen der Hauptprotagonist_innen in der CD4-Zähler-Debatte, bereits in diesen Ausgaben ausführlich beschrieben sind. In der Auswahl befinden sich zwei deutsche Artikel aus der Furche, drei englische Artikel aus dem tansanischen Magazin *Thisday*, ein englischer Artikel aus der *Gazette* und ein Artikel aus der tansanischen Zeitung *Mwananchi*, welchen ich von Swahili auf Deutsch übersetzte. Trotz unterschiedlicher Positionen der Protagonist_innen in der Debatte, welche in den Artikeln und den Interviews beschrieben werden, kristallisiert sich ein regierungskritischer Diskurs heraus. In diesem werden Widersprüchlichkeiten im tansanischen Gesundheitssystem aufgezeigt und ausführlich diskutiert.

Ausgewählte Expert_innen und Artikel:

Interview mit Vicky Ntetema 2013 ab S. 1–19

Interview Muhingo 2007 S. 21–38

Interview Jackson 2007 S. 9–12

Interview Mr. S. [Anonym] 2007 S. 5, 6

Zeitungsartikel Furche 2008 „Unsere Geräte wurden sabotiert“

Zeitungsartikel Furche 2008 „Das Geschäft mit Aids“

Zeitungsartikel Thisday (Datum unbekannt) „Makete Mission Hospital also involved in CD4 machine scam“

Zeitungsartikel Thisday 2009 „HIV Test-kits row back in limelight with letter to Minister Mwakyusa“

Zeitungsartikel Thisday; Wa Simbeye, Finnigan 09.02.2009: „WHO must conclude investigations into Cyflow sabotaging allegations“

Zeitungsartikel Gazette; Baskind, Roy (2006): Corruption syphons AIDS money/Human greed compounds the misery of the HIV epidemic in sub-saharan Africa, in: The Gazette, 17.08.2006, S. A21

Zeitungsartikel Mwananchi (Datum unbekannt) „Mashine, vipimo feki vya Ukimwi“

4.2 Methodisches Vorgehen

4.2.1 Expert_inneninterview

Zur Datenerhebung eines Teiles des Analysematerials erschien mir das leitfadengestützte Expert_inneninterview geeignet, da ich für mein Forschungsvorhaben themenspezifisches Fachwissen benötigte. Unter Experte_in wird hier eine Person verstanden, welche über ein detailliertes und spezialisiertes Wissen auf einer bestimmten Ebene verfügt, über dessen Grenzen er_sie Bescheid weiß. (vgl. Liebhold, Trinczek 2009: 33) Meistens wird diese Kompetenz an einem bestimmten Beruf festgemacht, wie in diesem Fall, dem Journalismus.

Das Konstrukt „Expertin“ kann aber nur funktionieren, wenn die im Gegensatz genannten „Laien“ es anerkennen, was wiederum einen diskriminierenden Aspekt hat. Daher ist es notwendig sich dem Begriff insofern differenzierter anzunähern, als dass der zugeteilte Expert_innenstatus immer vom Forschungsinteresse des_der Wissenschaftler_in abhängt. Jedermann könnte insofern in irgendeiner Form Experte_in sein. Daher beziehen sich Expert_inneninterviews „[...] entweder auf diejenigen Akteure, die als Funktionseliten implizite und explizite Regelsysteme, Strukturen und Entscheidungsprozesse in dem relevanten Wirklichkeitsausschnitt repräsentieren, oder auf 'intime Kenner' der Situation im relevanten Feld, die nicht notwendigerweise (mehr) zur Funktionselite gehören müssen.“ (Liebhold, Trinczek 2009:35) Es geht um ein relativ offenes Verfahren mit einem inhaltlichen Leitfaden, indem aber noch immer Platz für Erzählpassagen der interviewten Person ist. (vgl. ebd.) Die von mir verwendeten Interviewsequenzen von Mag. Fabian Wirnsperger wurde ebenso mit demselben Prinzip durchgeführt. Während das Interview mit Vicky Ntetema im Juni 2013 geführt wurde, stammen die Interviewsequenzen von November 2007. Da 2007 als eine Hauptphase der öffentlichen CD4-Zähler-Debatte gelten kann und das Interview mit Ntetema als Rückblick und gleichzeitige Aktualisierung der Thematik fungiert, ist der zeitliche Unterschied von keiner wesentlichen Relevanz.

4.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse

In diesem Kapitel werde ich die detaillierte methodische Vorgehensweise in meiner Analyse des Forschungsteils beschreiben. Ich entschied mich die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring zu verwenden, wobei meine Vorgangsweise des Kodierens auch Parallelen zur thematischen Inhaltsanalyse nach Braun&Clark 2005 aufweist. Sie geht jedoch über eine einfache Zusammenfassung hinaus, da direkte Zitate aus dem Material im Fließtext der Analyse verwendet werden und die Hauptaussagen in Bezug auf die Theorie diskutiert werden.

Meine Vorgehensweise richtete ich nach Mayrings zusammenfassender Inhaltsanalyse, wobei es darum geht „[...] Grundformen des Interpretierens von Text mit inhaltsanalytischen Regeln beschreibbar und überprüfbar werden zu lassen.“ (Mayring 2010: 602)

Zuallererst soll das Analyse-Material in ein „Kommunikationsmodell“ eingebettet werden, um herauszufinden, welche Teile der Texte für Schlussfolgerungen relevant sind. In dieses Modell gehört aber weniger der Text, sondern der soziokulturelle Hintergrund der Interviewten, Autor_innen der Texte, sowie die Hintergründe der Textproduktion und die Adressaten dieser Texte. Auf den soziokulturellen Hintergrund der Informant_innen des Forschungsteils wurde bereits mit deren Vorstellung zuvor eingegangen.

Die Hauptanalyseinstrumente im Analysevorgang sind die Kategorien, welchen Textpassagen zugeordnet werden. Es geht also um ein regelgeleitetes Interpretationssystem. Die von mir befolgte Regel bildete sich aus dem Prozess des *Paraphrase-Selektion/Generalisierung-Reduktion*-Vorgangs, gemeinsam mit der Kodierung und anschließenden Kategorienbildung. Die Kategorienbildung wurde erst als Pilotdurchgang nur mit einem Teil des Materials durchgeführt, um die Zulässigkeit dieser für die Analyse zu überprüfen. (vgl. ebd.: 603, 606) Mayring spricht von einem „zirkulärem Verfahren,“ (ebd.:603) in welchem die Kategoriedefinitionen durch Rückkoppelungsvorgänge immer wieder neu in Bezug auf das Material überprüft werden. (vgl.ebd.) In meiner Analyse begann ich damit mein gesamtes Material, die Interview-/Sequenzen gemeinsam mit den Zeitungsartikeln, mit insgesamt 66 *codes* durchzukodieren, wobei ich das Material mehrfach durchlief.

In diesem Prozess wird das Material Zeile für Zeile durchgearbeitet und relevante Zeilen und Textpassagen werden markiert. Diese *codes* bestimmte ich immer nach jeweiligen Diskurssträngen oder themenspezifischen Begriffen, welche in mehreren Textstellen vorkommen. Anschließend überprüfte ich die Vorkommenszahl der einzelnen *codes*, ob sie regelmäßig oder immer in Zusammenhang mit bestimmten anderen *codes* markiert wurden. Jene die immer gebündelt mit bestimmten anderen auftauchten und daher bestimmte Thematiken in Zusammenhang brachten, fasste ich in Abstimmung mit meiner Forschungsfrage in sechs Kategorien mit Unterkategorien zusammen, deren Funktion ich ebenso mehrmals überprüfte und veränderte.

Mein Vorgehen war insofern induktiv, da ich erst herausfinden wollte welche Themenschwerpunkte sich aus dem Material heraus ergeben beziehungsweise, welche in meinem Forschungsvorhaben ergänzt werden sollten.

In der *Paraphrase* ging es bei meinem Material hauptsächlich darum, die Sprache des gesamten Materials auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen, die Texte also von Englisch und Swahili auf Deutsch zu übersetzen. Die *Selektion* oder *Generalisierung* fand über das Weglassen inhaltsgleicher Textpassagen und für den Inhalt irrelevanten Floskeln statt. Beim dritten Schritt, der *Reduktion*, ging es darum den Text in eine einheitliche, kurze und stichwortartige Sprachform zu reduzieren. Diese sollte später die Interpretation erleichtern. Diese Prozesse wurden alle in Tabellenform durchgeführt, um eine permanente Übersicht über das Material und Autor_innen zu bewahren. (vgl. ebd.: 606)

Der letzte Teil in diesem Prozess besteht aus der Interpretation des in Kategorien zugeordneten Materials, welche eine bestimmte Thematik behandelt. In diesem Prozess soll die Auswertung der öffentlichen CD4-Zähler-Debatte über die Offenlegung der Positionen aller Protagonist_innen, welche daran beteiligt sind, stattfinden. Andererseits soll mit der Analyse gezielt auf die in der Forschungsfrage und in meinen Hypothesen formulierten Widersprüchen des tansanischen Gesundheitssystems, in Bezug auf internationale Geber_innengemeinschaft, eingegangen werden. Durch die Zuordnung des Materials in Kategorien ist es mir möglich die einzelnen Hauptaussagen der Thematik gezielt auszuarbeiten und die Ergebnisse dieser Analyse mit meiner empirischen Grundlage zusammenzuführen. (vgl. ebd.: 303, 606)

4.2.3 Abgleichung der Auswertung mit dem medizinischen Report Jumah Madati`s

Jumah P. Madati, tansanischer *Ex-Chief Government Chemist*¹ verfasste 2007 seinen medizinischen Artikel: 'Probe Team on Evaluation of *Cyflow* CD4 Counting Machine and the SD *Bioline* HIV Rapid Test Kits.' In dem 146-Seiten langen Bericht wird der administrative, praktische und technische Ablauf der Evaluation der *Cyflow*-Maschine in der Muhimbili University MUCHS Tansania beschrieben.

Als Chemiker bezieht Madati sich neben den selbst erhobenen medizinisch-technischen Indikatoren, auf zahlreiche internationale medizinische Studien und auf die medizinischen Richtlinien unter welchen Evaluationen von pharmazeutischen Produkten in Tansania durchgeführt werden sollten. Zusätzlich stellt er in seinem Bericht eine Verbindung zur Mediendebatte her, welche durch die Disqualifizierung der *Cyflow* hervorgerufen wurde. Als erfahrener Chemiker und in der Rolle des kritischen tansanischen Auges auf medizinische Entscheidungen im tansanischen Gesundheitssektor, stellt er eine wichtige Informationsquelle in meiner Forschung dar.

Seine Arbeit, welche offiziell von der tansanischen Regierung nie veröffentlicht und anerkannt wurde, wird jedoch international von vielen medizinischen Spezialist_innen bestärkt und von deren Evaluationen derselben Maschinen bestätigt. Sämtliche Diskussionen und Argumentationen der Expert_innen und Autoren der Zeitungsartikel werden speziell in der Kategorie „Die Absetzung der *Cyflow*“ von Madatis fundierter Information unterstrichen und ergänzt. Diese Information wird hauptsächlich aus seinem „Probe Team Evaluation Report 2007“ gezogen, aber auch aus seinem späteren ausführlichen Brief an den tansanischen Gesundheitsminister mit dem Titel: „The Story behind the muzzled Probe Team Report on the *Cyflow* and the SD *Bioline* Sagas“ (Madati 2012:1)

¹Mit dem Begriff *Government Chemist*, welcher aus dem englischen übersetzt beides Apotheker und Chemiker bedeuten kann, wird hier eindeutig Chemiker gemeint. Die Aufgaben des *Chief Government Chemist* sind im *Government Chemist Laboratory* zu verorten, wo Qualitätsanalysen an zum Beispiel Lebensmittel und Wasser durchgeführt werden. Genauere Informationen sind auf der Webseite <http://www.gcla.go.tz/> nachzulesen.

4.3 Die Kategorien

Wie bereits erläutert, wurden die Kategorien in Bezug auf die Forschungsfrage und durch die Abstimmung der *codes* formuliert und sind schwer voneinander trennbar. Daher sollten sie als ständig voneinander bedingte und abhängige Elemente wahrgenommen werden.

Unter folgenden Kategorien wird die Analyse stattfinden:

- Kategorie 1: HIV/Aids in Tansania: Lebensumstände und Maßnahmen
- Kategorie 2: Korruption und Profitorientierung im Gesundheitssektor
- Kategorie 3: Die Absetzung der *Cyflow*
- Kategorie 4: Fallbeispiele aus Makete/Bulongwa und Formen des Widerstandes
- Kategorie 5: Konsequenzen durch die Verwendung der *Facscout* statt *Cyflow*
- Kategorie 6: Journalismus und Medienarbeit zu HIV/Aids in Tansania

4.3.1 Kategorie 1: HIV/Aids in Tansania: Lebensumstände und Maßnahmen

Die in dieser Kategorie zusammengefassten Informationen bewegen sich im Rahmen des tansanischen Gesundheitssystems, der aktuellen Lebensumstände in Bezug auf HIV/Aids, durch die Regierung ergriffene Maßnahmen um die Situation zu verbessern und kritischen Positionen dazu. In der *Gazette* wird HIV/Aids als eine Krankheit dargestellt, welche circa seit 25 Jahren unter uns weilt, bereits etwa 25 Millionen Menschen getötet hat und viele Kinder verwaiste.

Jedoch wurde HIV/Aids in den letzten zwanzig Jahren durch medizinische Erfahrungen und wachsende Expertise zu einer chronischen Krankheit gemacht. Die Möglichkeiten diese Infektion zu einer solchen zu machen, variieren jedoch und Behandlungsstandards sind nicht international normiert. Dies zeigt sich anhand von Statistiken die demonstrieren, dass in Sub-Sahara Afrika nur 97% der Menschen Zugriff auf eine medizinische Behandlung haben. Während für PLHAs im Westen mit einer ART bereits ein langes und produktives Leben möglich ist, wird der Virus im globalen Süden nach wie vor zu einem schmerzhaften Todesurteil. Diese Tatsache mag mit dem globalen Machtgefälle zwischen dem Westen und den afrikanischen Ländern zusammenhängen, wie in Kapitel Verortung von „Entwicklung“ und Entwicklungszusammenarbeit bereits diskutiert wurde.

Jackson Mbogela ergänzt hier, dass Patient_innen am Land 30–60 Kilometer zu Fuß in die Klinik gehen müssten, was für eine kranke Person sehr belastend sei. Dies würde sich dann darin äußern, dass viele ihre ART unterbrechen und in ihren Häusern bleiben, anstatt sich neue Medikamente zu holen und ihr Blut testen zu lassen.

Diese Menschen hätten Angst vor dem langen Weg und davor, dass sie vor Schwäche zusammenbrechen könnten. Dazu hätten viele nur eine Mahlzeit am Tag, ergänzt Muhingo. Auch er beschreibt diese Situation als sehr prekär und meint, dass viel zu wenige Menschen Zugang zu ARVs haben. Von 400 000 Bedürftigen würden nur etwa 100 000 die Möglichkeit auf eine ART haben.¹ Er erwähnt in diesem Zusammenhang auch die opportunistischen Infektionen, welche mit dem Sinken des CD4-Wertes zusammenhängen. Damit meint er, dass Menschen, die von diesen betroffen sind, diese nicht erkennen, kontrollieren und beobachten können, wenn sie ihre Blutwerte nicht regelmäßig testen lassen. Daher würden viele Patient_innen unnötigerweise sterben. Grundsätzlich ist die ART gratis, die ARVs werden kostenfrei zur Verfügung gestellt. Nur sei, laut Muhingo die Behandlung der opportunistischen Infektionen nicht in dieselbe inkludiert.

Dieses Problem betrifft auch die Führungen von guten CTCs und VCTs, da die Regierung großteils nur staatliche Krankenhäuser subventioniert. Auch das Management des Gesundheitssystems bemängelt Muhingo- es gäbe nur drei *refer-hospitals*, in welche Kranke weiter verwiesen werden könnten. Diese Information deckt sich jedoch nicht mit den Beschreibungen der oben analysierten *policy papers*, wo von achtzehn regionalen *referral-hospitals* die Rede ist. Ob nun Muhingos Information nicht aktuell ist oder die in den *policy papers* angepriesenen Krankenhäuser nicht die Funktion haben, welche sie versprechen, geht nicht klar hervor.

Vicky Ntetema kritisiert das bestehende System stark und betont, dass viele Menschen keine Auswahl in Bezug auf Krankenhäuser hätten. Sie müssen das am nächsten Liegende nehmen, auch wenn es nicht gut ist und am Land oft kein Strom verfügbar ist. Im Vergleich dazu meint sie, würden Regierungsbeamte und deren Familien vielfach in private und Missionskrankenhäuser gehen. Damit thematisiert sie, dass nur eine bestimmte Gesellschaftsgruppe zu den Krankenhäusern ihrer Wahl gehen kann.

Zu den weiteren Herausforderungen der Regierung gehört laut Muhingo das Management der über 800 000 Aidsweisen. Es ist anzunehmen dass die Unterbringung, Ernährungsversorgung und Bildung hier eine Rolle spielt weil es für viele Kinder kaum oder keine Bezugspersonen mehr gibt, welche über ökonomische oder gesundheitliche Ressourcen verfügen, um sie zu unterstützen. Ein großes Problem stelle HIV/Aids auch im Bildungssektor dar, wo Muhingo stark tätig ist. Er spricht von

¹Diese Zahlen sind jedoch auf 2007 zurückzusetzen, da zu dieser Zeit dieses Interview geführt wurde. Die aktualisierten Zahlen aus Kapitel 3.3 sind hier zu beachten.

schlechten Zuständen am Arbeitsmarkt, da viele junge Menschen während oder nach der Ausbildung zu Lehrer_innen sterben. Sie würden wegfallen, bevor sie überhaupt zu arbeiten beginnen können beziehungsweise erst kurz angestellt sind. Er erzählt hierzu von dem Beispiel aus einer Schule in Bulongwa/Makete, einem Ort der auch später in der Analyse als Beispiel dienen wird. Dort hätte es eine Zeit gegeben, in der von zweiundzwanzig angestellten Lehrer_innen, nur sechs da waren, also der Unterricht fast unmöglich war. Rein ökonomisch gesehen, unterstreicht der Theoretiker Hein hier, dass die Belastung für die Gesellschaft am höchsten sei, wenn junge Menschen und Menschen mittleren Alters sterben. Nach Gesellschaftsbildern in der Ökonomie, geht es hier um Ausbildungskosten und gesellschaftlichen Nutzen wie zum Beispiel die Auswirkungen auf Familienmitglieder. (vgl. Hein 2010:178)

Im Allgemeinen spricht Muhingo von Solidarität und Mitgefühl im Umgang mit PLHAs. Im Vergleich zu den anderen Expert_innen wie zum Beispiel Ntetema, steht er den Maßnahmen und der Gesundheitsleistung durch die Regierung zwar kritisch, aber auch positiv gegenüber. Dies lässt sich vermutlich auf seinen persönlichen und auch teilweise freundschaftlichen Bezug zum Präsidenten Jakaya Kikwete zurückführen. Er beschreibt die Test-Kampagne des Präsidenten, in welcher sich dieser öffentlich gemeinsam mit seiner Frau testen ließ, als sehr motivierend für viele Menschen dasselbe zu tun. Dazu hätte auch beigetragen, dass diese Kampagne anhand von Bildern, Propaganda und Bildungsarbeit weit im Land verbreitet und von vielen Menschen positiv aufgenommen wurde. Muhingos Art über den Präsidenten zu sprechen zeigt auch, dass er zu dem Zeitpunkt des Interviews auf die Stärken und Bemühungen des Präsidenten baute.

Kikwete hätte, mein Muhingo, der Rolle eines großen Vorbildes nachzukommen, was er zum Beispiel anhand der Test-Kampagne und Öffentlichkeitsarbeit auch tun würde. Er würde sich auch um Spendengelder bemühen. Als weitere Aufgabe nehme sich Kikwete, Waisenkindern Bildung auf Kosten des Staates zu ermöglichen. Die *First Lady* würde ihren Teil zu diesem Bereich beitragen, indem sie einen Verein zur Förderung von Aids-Waisen gründete. Dieser sei speziell auf Mädchen-Bildung und Frauenthemen fokussiert. Weiters wurde eine Agenda für HIV/Aids als Pflicht in allen Ministerien eingeführt, was sich darin äußert, dass in jedem Seminar oder jeder Konferenz eine Verbindung zu HIV/Aids hergestellt werden sollte. Zum Beispiel, soll in einer Sitzung zum Thema Straßenbau, für den Schutz der Arbeiter, ein Vortrag zu HIV/Aids gehalten werden, in welchem sie motiviert werden Kondome zu verwenden.

Auch in der Zeitung *Thisday* wird auf den Versuch Kikwetes „to cleanse the mess“ (Thisday 2009) hingewiesen, indem er zu Beginn seiner Amtszeit mindestens drei Sekretär_innen austauschte. Kikwete habe demnach korruptes Personal aus den Ministerien gefeuert, um mit besseren Umständen sein Amt beginnen zu können.

4.3.2 Kategorie 2: Korruption und Profitorientierung im Gesundheitssektor

In dieser Kategorie werden allgemeinere Stellungnahmen zu Korruption in Tansania beschrieben. Der Fokus liegt auf systematischer Korruption und Machtverschiebungen auf verschiedenen Ebenen aufgrund von korrupten Vorgängen.

Wie in einem Artikel der *Gazette* aufgezeigt wird, gibt es einen großen Einsatz von Arbeit und Geldern in Tansania um HIV/Aids zu bekämpfen. Ein Arzt in diesem Artikel stellt die offene Frage, warum es trotz dieses Einsatzes so sein kann, dass nachwievor so viele Tansanier_innen aufgrund einer schlechten medizinischen Versorgung, an der Infektion sterben. In diesem Zusammenhang ist er sich sicher, dass nicht die Krankheit selbst, sondern „Korruption“¹ die HIV/Aids-Patient_innen töte.

Unterkategorie 1: Systematische Korruption und dessen Auswirkung auf die Bevölkerung

Die ART ist eine internationale Industrie geworden und es wird die Frage aufgeworfen, inwiefern jene Firmen ein Recht auf Profit dieser Art haben. Regierungsverträge mit großen Konzernen würden viel Geld einbringen, wobei diese Konzerne ebenso großen Einfluss auf das jeweilige Land ausüben würden, um jegliche Konkurrenz zu beseitigen. Anscheinend geschehe dies oft mit der Hilfe auswärtiger NGOs und Organisationen. Korruption sei kein afrikanisches Phänomen, sondern etwas, das überall auf der Welt vorkommt, auch in Ländern welche nicht kolonialisiert wurden, argumentiert Ntetema. Jedoch würde Korruption in ärmeren Ländern mehr Schaden anrichten. Sie betont hierbei, dass das Maß der Korruption variiert und in afrikanischen Ländern bedeutend höher sei.

Der Journalist Muhingo stimmt mit dieser Feststellung überein und ergänzt, dass Korruption ein großes Problem im Kampf gegen HIV/Aids darstellt. Viele Regierungsbeamt_innen würden immer reicher werden, weil sie Teil von Geschäften sind, welche mit HIV/Aids zu tun hätten. Er dürfe aber keine Namen nennen, fügt er hinzu. Ihm nach sei es einfach, einen Präsidenten welcher ein Ökonom ist, in diesem Fall Jakaya Kikwete, in medizinischen Anliegen zu hintergehen.

Es sollte jedoch auch motivierendere Aussichten in der Zukunft geben, wenn laut dem Arzt Dr. Brandl in der *Gazette*, Geber- und Empfängerländer einen stärkeren Antikorruptionsmechanismus einführen würden, in welchem Diebstahl sanktioniert und mehr Transparenz gefordert werde. Auch sollten von Aktionären von Firmen, Managern und den Konzernen selbst ehrliche Geschäftspraktiken zu erwarten sein. Muhingo erzählt, dass es seit der Amtsinnahme des Präsidenten Kikwete, wirksame Maßnahmen gegen Korruption gäbe.

¹Das Wort Korruption bezieht sich hier einerseits auf die Vermutungen in der CD4-Zähler-Debatte, dass die Muhimbili University Schmiergelder entgegengenommen hätte. Gleichzeitig bezieht sich der Arzt aber auch auf die Korruptionsskandale in der *South Central Diocese*, bei welchen es um Spendengeldveruntreuungen durch den lokalen Bischof und dem *Bulongwa Lutheran Hospital* ging. <http://www.rainerbrandl.blogspot.co.at/>

Er erwähnt diesbezüglich Untersuchungen, welche herausfinden sollten, woher Korruption gespeist wird. Ebenso würde das „prevention of corruption bureau“(Muhingo 2007: 22) gestärkt werden.

Es gäbe auch die Möglichkeit dem Präsidenten durch einen Anruf oder eine SMS-Nachricht, direkt von korrupten Vorgangsweisen zu berichten. Für diesen Zweck würden zwei Nummern zur Verfügung stehen und sollte der Präsident mehr darüber erfahren wollen, ruft er zurück, meint Muhingo. Auch die Medien seien nun viel freier und die Anliegen der Menschen würden von den Politiker_innen gehört werden. Es gäbe die Möglichkeit, freier zu sprechen, zum Beispiel bei Veranstaltungen des Premierministers, wo man Anliegen vorbringen könne und es auch vorkommt, dass Spitzenpolitiker_innen offen für etwas beschuldigt werden. Diese Art des freien Sprechens trage zum Antikorruptionsdiskurs bei. Von einem Erfolg diesbezüglich, ist jedoch noch nicht die Rede.

Das Grundproblem sei die systematische Korruption in Tansania. Hierbei unterscheidet Muhingo zwischen großer und kleiner Korruption. Gibt es einen öffentlichen Diskurs gegen die „große Korruption“, wäre dies für gewöhnliche Bürger_innen akzeptabel, da diese ja in die „kleine Korruption“, die Alltagskorruption involviert sind: Polizei, Schule, Wasseranschluss, öffentlicher Transport, Büros und viele andere Bereiche. Daher sei Korruption sehr schwer zu entfernen, da sie so tief in der Gesellschaft verankert ist. Ein Bereich bedingt den anderen. Gesetzesbrüche werden begangen weil sie akzeptiert werden. Muhingo bringt ein Beispiel des Auto- oder Busfahrers: Er rast, wird von der Polizei angehalten und weiß, er muss nur ein bisschen bezahlen damit er nicht angezeigt wird. Fahrer und Polizei kooperieren und es gibt daher niemanden, der bei der Polizei Bericht erstattet. Ein anderes Mal sollte ein Bus die Gäste von A nach B bringen, unterbricht die Strecke aber vor dem Ziel und teilt allen mit, dass die Fahrt zu Ende sei. Alle müssen aussteigen und den doppelten Preis zahlen, da sie nun einen anderen Bus nehmen müssen. Die Menschen würden sich aber nicht beschweren, meint Muhingo.

Laut Theoretikern Beck und Nagel kommt es durch häufige korrupte Vorgänge in der Gesellschaft zu einem „abnehmenden Unrechtsbewusstsein, sowie [zu] ein[em] Vertrauensverlust in Amtsträger und Institutionen.“ (Beck, Nagel 2012: 36).

Muhingo beschreibt ebenso die „große Korruption“ der Regierung, in welcher es korrupte Beamte_innen gebe. `Wenn dort in einem Team von elf Personen, sechs korrupt sind, werden sich alle gegen dich aufstellen wenn du etwas dagegen sagst,` ergänzt er. Wenn Menschen in der Regierung korrupt sind, sei es schwierig sie von außerhalb zu bekämpfen. Das alte System erhält Korruption, weil sie toleriert wird. Ntetema bringt das Beispiel von TACAIDS, welches sich im Zusammenhang mit HIV/Aids, auf die notwendige Einhaltung der Menschenrechte bezieht. Diese Abteilung erklärt sich von der Regierung als unabhängig, wobei allerdings deren Vorsitzenden von der Regierung selbst berufen wurden und TACAIDS daher niemals Kritik an dieser üben würde. Die zwei Probleme sind

den Aussagen der Expert_innen nach also, dass die Korruption in der Regierung selbst sitze und das System an sich korrupt sei.

Besonders stark betroffen vom Phänomen der Korruption ist laut der Zeitschrift *Thisday* das tansanische Gesundheitsministerium. „Korruption, Diebstahl, Lügen und intellektuelle Sabotage,, (Thisday 2009) sei dort gängig und manche hochgestellte Beamten_innen würden auf Kosten armer Tansanier_innen ein nobles Leben führen. HIV/Aids sei der Bereich in dem die meiste Korruption durch hochqualifizierte medizinische Expert_innen, Ärzt_innen, Pharmazeut_innen und Laborant_innen stattfinden würde. Viele halten national und international hohe Positionen inne, wie zum Beispiel auch in der WHO. Korruption scheint in diesem Zusammenhang häufig und ohne rechtliche Folgen zu passieren, wobei aber manchmal Konsequenzen für korrupte Angestellte in Form von Versetzungen in andere Abteilungen oder frühes Entlassen in die Pension, gezogen würden.

Ntetema betont die verheerenden Folgen korrupter Verhaltensweisen besonders auf die Bevölkerung. Sie zögert nicht, sich emotional und polemischer Art auszudrücken und spricht von Korruption als etwas, was einfach nur egoistisch, böse und menschenfeindlich sei. Regierungen in Europa würden nicht so einfach eine teure Maschine wie die *Facscout* neben einer günstigen wie *Cyflow* akzeptieren. Die Regierung Tansanias aber schon, weil deren Autoritäten korrupt seien. Mit traurigem Ton spricht sie von der Bereitschaft der Tansanier_innen ihre eigenen Menschen gegen Geld, an einer Krankheit die sie nicht töten sollte, sterben zu lassen. Jene Menschen würden eher im Sinne des Geldes anstatt im Sinne von "My country, my nation, my people." (Ntetema 2013:19) handeln.

Unterkategorie 2 : Machtverlagerungen durch Korruption und Profitorientierung

Durch Aussagen, hauptsächlich von Ntetema und Muhingo, lässt sich verstehen, dass Geschäfte mit verschiedenen Konzernen auch mit indirekten Macht- und Kontrollabtritten oder Machtverschiebungen, zugunsten der reichen tansanischen Eliten und jenen Firmen, zu tun haben. Hier geht es darum, wer wen finanziert und zu welche Konditionen. Diese riesigen, komplexen Verhandlungen zwischen internationalen Geber_innen, Konzernen und dem tansanischem Staat bedürfen einer weit umfassenderen Untersuchung, werden aber in dieser Arbeit nur in Bezug auf die CD4-Zähler analysiert. Muhingo spricht in der *Furche* davon, dass viele Spenden von Privatpersonen an den tansanischen Staat wegfallen würden und daher mehr Hilfe aus der Wirtschaft- und gekoppelt mit Korruption komme. Dies lässt vermuten, dass neue Formen der wirtschaftlichen Abhängigkeiten entstehen, welche sich in weit größeren Dimensionen bewegen. Muhingo vermutet in der *Furche*, dass auch viel Korruption durch die Vorgangsweisen westlicher Firmen, beispielsweise durch Druckaufbau, „importiert“ werden.

„[...] corruption is the key here why we continue in Tanzania, in Africa, to receive goods that are rejected elsewhere.“ (Ntetema 2013: 9)

In westlichen Ländern, würde auf die Qualität geachtet würde, ergänzt sie. Alte Computer, kaputte Maschinen, *fake*-Güter und billige Substandard-Technikprodukte aus Asien und sogar toxischer Müll würden in Afrika abgeladen werden. „They can sell anything to anybody. I mean they can even sell deep freezers to Eskimos in Atland (unv.) or in the Northpol.“ (ebd.), meint sie zynisch. Dabei bezieht sie sich auf korrupte Verkaufspraktiken von Firmen, verweist aber hauptsächlich auf die US-amerikanische Firma BD. Es sei einfach, meint sie, tansanische Politiker_innen zu bestechen, da diese egoistisch seien und nicht an die Interessen der Menschen welche sie vertreten, denken. Es hätte früher die Geschäfts-Vereinbarung gegeben, dass die Person die einen illegalen Verkauf oder Ankauf deckt, 10% des Verkaufspreises bekommt. Heute sei der Prozentsatz auf 30% gestiegen, was vermutlich damit zusammenhängt, dass härtere Sanktionen für korrupte Geschäfte existieren und sie, wie Muhingo erwähnte, mehr verfolgt werden.

Muhingo und Ntetema beziehen ihre Aussagen besonders auf die bestrittenen Geschäftshandlungen von BD bezüglich der Facscount-Maschine. Für „die Amerikaner“, wie beide Expert_innen die Zuständigen von BD bezeichnen, gehe es rein um den Absatzmarkt, um das Geschäft. BD würde selbstverständlich nur für die eigenen Maschinen werben. Die Expert_innen in der Muhimbili Univercity (MUCHS) hätten darüber Bescheid gewusst, dass die *Cyflow* für Tansania besser geeignet ist. Jedoch sei die Regierung laut Ntetema, gegen Geld, davon überzeugt worden die *Facscount* zu nehmen. Und dieses Geld stammt ihr nach von „den Amerikanern“.

Nun gibt es das Argument einiger Beamten_innen, welche für die exklusive Verbreitung der *Facscount* verantwortlich sind, dass die *Facscount* nicht gekauft worden wäre, sondern gespendet wurde. Ironischerweise kommen diese Spenden aber vom PEPFAR-Fund, der in Kapitel 3.4 bereits beschriebenen US-Geberorganisation. Diese würde nach Ntetema mit ihren Spenden den Kauf von Facscount-Maschinen nach dem Motto: "You want my money? Buy my machines or buy the machines from my country!", (Ntetema 2013:13) finanzieren. Dies sei auch der Grund, warum es nur Facscount-Maschinen in staatlichen Krankenhäusern gibt, weil diese großteils von US-Funds bezahlt worden wären.

Diese Art von Kollaborationen führt Muhingo weiter aus, indem er über die Beziehung von BD mit der *Clinton-Foundation* spricht. Er ist sich sehr sicher, dass die *Clinton-Foundation* mit pharmazeutischen Firmen zusammenarbeitet und von BD substituiert werde. Unter anderem, indem sie Facscount-Maschinen kauft, welche vermutlich nicht für westliche Länder bestimmt seien. Beide US-amerikanischen Parteien würden so profitieren, die *Clinton-Foundation* beispielsweise, indem sie Arbeitsplätze in Form von Forschungsunternehmen in einem Land schafft. Zusätzlich sei es ihnen möglich, Einfluss auf politische Führungskräfte in einem Land auszuüben.

Muhingo belegt seine Vermutungen mit in den USA offengelegten Namen von Personen aus der *Clinton-Foundation*, welche BD unterstützen.

Die *Clinton-Foundation* hat laut Muhingo ein sehr positiv wirkendes Erscheinungsbild und Bill Clinton sei ein Mensch mit guter öffentlicher Medienpräsenz „[...] but you know this is not a (free ride?)“. (Muhingo 2007: 38) Mit dieser Aussage weist Muhingo auf die Konditionen hin, unter welchen die *Clinton-Foundation* Gelder zu Verfügung stellt.

Weiterhin ist sich Muhingo sicher, dass BD die *Clinton-Foundation* benutze um die Konkurrenz, also *Partec*, auszuschalten. „I’ll be the last person to say that *Clinton Foundation* or the Americans are helping the Tanzanian, or are helping the poor countries.“ (Muhingo 2007: 35) Er ergänzt, dass Firmen wie BD Geschäfte auf Kosten der Gesundheit der Tansanier_innen machen würden und die Schwächen des Landes, die Korruption der Menschen die an der Macht sind, benutzen würden, um ihr Geschäft durchzuziehen. Dazu bringt er das Beispiel einer koreanischen Firma, die einen bestimmten HIV-Test anbietet, aber von denselben Mächten aus dem Land verdrängt werde, obwohl deren Tests günstiger und effektiver wären. Bereits in Kapitel 3.2.4 wird darauf hingewiesen, dass die Medikamente, welche den Patient_innen zukommen, nicht nur aus medizinischen Gründen ausgewählt werden, sondern je nach dem_der Sponsor_in und damit verbundenen Konditionen: „The type of drugs a client is actually given for HIV-treatment is not determined solely on medical grounds, but on the basis of which `sponsor` is funding their treatment slot.“ (Richey 2012: 832)

4.3.3 Kategorie 3: Die Absetzung der *Cyflow*

Die Absetzung der *Cyflow* ist am schwierigsten von den anderen Kategorien zu trennen, da sie das Ergebnis vieler verschiedener, voneinander bedingten Faktoren ist. Medien, korrupte Handlungsweisen der Konzerne, Regierungsbeamte, sowie tansanische Lebensumstände die in den anderen Kategorien erläutert werden, spielen hier eine fast gleich große Rolle. Der erste Teil dieser Kategorie, welcher den Vorgang der Absetzung der *Cyflow* beschreibt, besteht aus einem Vergleich der Berichterstattungen verschiedener Zeitungsartikel, während im zweiten Teil die Stimmen der Expert_innen dazu sprechen. Da die Quellen teilweise aus unterschiedlichen Zeiten stammen, werden diese Ungenauigkeiten mit Informationen aus Madatis wissenschaftlichen Originalreport präzisiert und fehlende Aspekte ergänzt.

Zuerst sollte kurz wiederholt werden dass, wie auch in der Furche beschrieben, der CD4-Wert, welcher mit einer CD4-Zähl-Maschine getestet wird, für die Bestimmung des Immunsystems notwendig ist. Wie bereits in Kapitel 3.1.3.3 erläutert, soll die ART, welche von Nebenwirkungen begleitet ist, erst unter einem bestimmten Wert begonnen werden, da sich ein Immunsystem über diesem Grenzwert noch selbst stützen kann. Der CD4-Wert ist also wesentlich für die Bestimmung der ARVs und den richtigen Zeitpunkt des ART-Startes.

In diesem Zusammenhang ist die Weltaidskonferenz 2002 zu erwähnen, bei welcher die Cyflow-CD4-Zählmaschine von *Partec* zum ersten Mal als Alternativtechnik für „Entwicklungsländer“ nach dem langjährigen BD-Monopol, präsentiert wurde. Besonders erfreulich war für viele, dass dieser Test nur 2 Euro kostet. Diese Tatsache löste jedoch zuerst Zweifel aus. Es wurde gerätselt, ob die Maschine auch seriös sei, wenn sie im Vergleich zum BD-Facscout-Test welcher 40 USD kostete, so billig angeboten wurde, erzählt die *Furche*.

In Bezug auf TC, ist Theoretikerin Richey der Meinung, dass es stark darauf ankommt, über welchen Weg Medikamente in das Land kommen, denn jeder Sponsor gibt andere „Pillen“ unter anderen Konditionen. Diese mehr politischen als wissenschaftlichen Entscheidungen, welche sie thematisiert, lassen sich gut auf die Entscheidung des tansanischen Gesundheitsministeriums, für die *Facscout*- und gegen die *Cyflow*-Maschine, übertragen. (vgl. Richey 2012: 833) Über welchen Weg CD4-Zähler nach Tansania gelangen, soll in der Folge veranschaulicht werden.

Unterkategorie 1: Widersprüchliche Reporte und „Diskreditierung“ der Cyflow

Nur kurze Zeit wurden die Cyflow-Maschinen erfolgreich in Tansania verwendet, bis diese 2005 im MUCHS einer Evaluierung unterzogen wurden. Dies geschah unter den Richtlinien des *Private Health Laboratories Regulations Act PHLB* von 1997, welcher am 1.7.1998 in Kraft getreten war und besagt, dass neue medizinische Geräte und Medikamente nach ihrer Funktionabilität geprüft werden müssen, bevor sie verwendet werden. Der CD4-Zähler von *Partec* galt seit 2002 als preisgünstige Alternativmethode zur amerikanischen *Facscount*. (vgl. Madati 2007: 70f)

Zum Zeitpunkt der Evaluation waren bereits Cyflow-Maschinen in neun verschiedenen Gesundheitseinrichtungen im Einsatz. Diese Einrichtungen führten nach den Forschungen Madatis, „cross-checks“¹ mit den naheliegenden Krankenhäusern durch und waren mit den Ergebnissen ihrer Maschinen sehr zufrieden. (vgl.ebd.: 29f) Am 24.10.2005 wurde ein 18-seitiger Cyflow-Evaluation-Report freigegeben mit dem Ergebnis, dass die Partec-Cyflow Maschine, Modell: CyflowR SL, 5 Parameters, im Vergleich zur CD-Facscount bei Werten unter 200 CD4-Zellen, was den Schnittpunkt für den Beginn einer medikamentösen Therapie darstellt, ungenaue Werte ergebe und daher vom Hersteller verbessert werden sollte. (vgl. ebd.: 51) In der Folge wurden durch die MUCHS und PHLB alle *Partec* Cyflow-Maschinen landesweit offiziell disqualifiziert und ein weiterer Import dieser verhindert. (vgl. ebd.: 63)

Als auf diesen Entschluss hin Berichte in den Medien erschienen die sich gegen die exklusive Verwendung der *Facscount* richteten, sandte der damalige Gesundheitsminister Dr. Mwakysa 2007 ein Drei-Mann *Probe Team* aus, um die Fakten zur Evaluation der *Cyflow* zu überprüfen. Dieses Team bestand aus *Ex-Chief Government Chemist* Jumah P. Madati und zwei anderen Gesundheitsexperten Prof. Philip R.Hiza, ein pensionierter ehemaliger *Chief Medical Officer* im MOHSW und Prof. Raphael A.Lema, pensionierter Pathologe, zu jenem Zeitpunkt *Vice Chancellor of IMTU*. (vgl. Madati 2007:1) Die Kooperation innerhalb des Teams stellte sich nach Erzählungen Madati's in *Thisday* als sehr schwierig heraus. Madati hätte sich bereits während des Prozesses beschwert, dass seine Teamkollegen sich nicht am Projekt beteiligen- und nicht zu vereinbarten Treffen kommen würden. Die Arbeit des Teams sollte innerhalb von neun Monaten abgeschlossen werden und der Gesundheitsminister forderte das Team auf, ihre Berichte zu harmonisieren, was aber nicht geschah. Stattdessen kam erst zwei Jahre später am 7.4.2008, ein laut *Thisday* unseriöser Bericht heraus, mit dem Ergebnis, dass die Cyflow-Maschine bei Tuberkulose koifzierten Patient_innen ungenau messe und die Ergebnisse der durchgeführten Evaluation richtig wären. Daraufhin wurde vom Gesundheitsminister Prof. Mwakyusa angefordert, dass ab sofort nur mehr Facscount-Maschinen in staatlichen Krankenhäusern verwendet werden sollten. Die Informationen über die Verwendung der

¹Vergleiche der Testergebnisse, Austausch über Handhabung der Maschine, Berichte über Effektivität der Maschine.

Cyflow scheinen sich allerdings zu widersprechen.

Während in den Medien einerseits vom Verbot der *Cyflow* in allen staatlichen Krankenhäusern und einer vollkommenen „Verbannung“ dieser Maschinen in *Thisday* gesprochen wird, bezieht sich Madati auf den Cyflow-Evaluation Report. Dieser besagt, dass die Cyflow-Maschine aufgrund ihrer genannten Defizite disqualifiziert werde und erlaubt dann aber am Ende des Berichtes: „The CyFlow machines can only be used in Referral Hospitals where good quality assurance can be conducted.“ (Madati 2012: 14) Obwohl also laut der Evaluation 2005 gravierende Fehler in der Maschine festgestellt wurden “[...] the use of the [CyFlow] machine will exclude individuals who are eligible for ART leading to denial of treatment.” (Cyflow Evaluation Report 2005 in Madati 2012: 14), wird angenommen dass die Qualität der *Cyflow* in *Referral Hospitals* garantiert werden könne. Zu dem gleichzeitigen Verbot und begrenzter Erlaubnis der Cyflow-Maschine kommt hinzu, dass von dem Ergebnis einer einzigen Maschine auf alle geschlossen wurde. Laut Madati wurde nur genau ein Modell, die CyFlowR SL, Blue, 5 Parameters, im Vergleich zur *Facscount* evaluiert. Diese könne jedoch offiziell nicht als Maßstab gelten, da auch sie weder evaluiert noch registriert sei. (vgl. Madati 2007: 51)

Was in dieser Entscheidung des Gesundheitsministers außer Acht gelassen und öffentlich erst gar nicht erwähnt wurde ist, dass Madati seinen eigenen, viel detaillierteren 151-Seiten Report bereits im März 2007 eingereicht hatte. Dies sei geschehen, bevor Hiza und Lema ihren 37-Seiten Bericht, welcher als Endbericht anerkannt wurde, einhändigten. Ein weiterer Widerspruch zeigt sich darin, dass Madati für ‘seine gute Arbeit’ gelobt wurde, als er seinen Report dem Gesundheitsminister persönlich übergab. In der Folge jedoch, wurde er zur Pressekonferenz vom 15. März 2008, in welcher das Ergebnis präsentiert wurde, nicht eingeladen, so *Mwananchi*. Stattdessen wurde sein Bericht in der Pressekonferenz kritisiert und seine Anforderungen auch seinen Report zu veröffentlichen, auf Weiteres ignoriert. Es hätte nicht einmal ein Beschwerdebrief an den Gesundheitsminister geholfen. Madati ergänzt in *Thisday*, dass er keine Kopie des Berichtes von Hiza und Lema zur Evaluation bekommen hatte wie vereinbart war, obwohl seine Team-Kollegen im Gegenzug schon die Möglichkeit hatten, seinen Bericht zu überprüfen.

Madati argumentiert in seinem Report gegensätzlich zum Report von Hiza und Lema. Er ist sich sicher, dass die Evaluation der *Cyflow* im MUCHS bewusst sabotiert wurde und man mit falschen Prozeduren und Annahmen vorgegangen sei. Er verweist darauf, dass die Regierung hier ihren Aufgaben nicht nachkomme. Ebenso ist er besorgt, dass nun viele Menschen landesweit falsche Testergebnisse bekommen würden wenn sie die *Facscout* verwenden, welche er für Tansania als ineffizient einstuft. Sollte jemand falsche oder ungenaue Ergebnisse aufgrund einer defekten Maschine erhalten und daher keine oder eine zu früh angesetzte Therapie bekommen, bedeutet dies einen verfrühten Tod der Person.

„And no one will know that the cause of this particular death is obviously the defective CD4 counting machine or its reagents which mis-counted his/her CD4s in the first place.“ (Madati 2012: 10)

In *Mwananchi* wird im Prozess der Diskreditierung der *Cyflow* und Stärkung der *Facscout*, *Korruption* vermutet. Es gäbe Firmen, deren Namen nicht genannt werden dürfen, welche bereits vor der Evaluation im MUCHS Schmiergeld angeboten bekamen, um eine solche Evaluation mit der *Cyflow* durchzuführen.

Der Gesundheitsminister argumentiert hierzu in *Thisday*, dass auch die WHO die *Cyflow*-Maschine schlecht bewertet hätte und dass das Ergebnis lediglich den fundierten Laboruntersuchungen im MUCHS zugrunde liege. Bei dieser Bezugnahme handelt es sich laut Madati um eine unwissenschaftliche Behauptung, da die WHO sich nie gegen die *Cyflow*-Maschine ausgesprochen hätte. Dr. Mwakyusa hätte aus einem Bericht, welcher von WHO-Berater_innen veröffentlicht wurde zitiert: „The one parameter CyFlow may also be inappropriate for TB co-infected patients.“ (WHO Report 2004 in Madati 2012: 16)

Dieser Bericht würde aber keineswegs als WHO-Statement gelten, da im selben Report zu Beginn vermerkt wird: „This Report contains the collective views of an international group of experts, and does not necessarily represent the decision or the stated policy of the WHO.“ (Madati 2012: 16) und in einem anderen zugleich veröffentlichten Report steht: „WHO and UNAIDS disclaim all responsibility for any use made of the data contained herein, and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use. This document must not be used in conjunction with commercial or promotional purpose“. (CD4 T-Cell Enumeration Technologies Information, 2004 in ebd.: 16) Diese Stellungnahmen zeigen, dass die WHO offiziell keine Meinung zur Qualität der einen oder anderen Maschine abgegeben hat.

In *Mwananchi* wird berichtet, dass der aktuelle Gesundheitsminister Dr. Hussein Ali Mwinyi, als er auf die CD4-Zähler-Debatte angesprochen wurde, nichts vom Report Madatis gewusst hätte. Er würde sich aber auf jeden Fall um diese Sache kümmern und Dr. Madati gerne treffen. Hingegen äußerte sich der ehemalige Gesundheitsminister Prof. Mwakyusa zu Madati, dass dieser seine

Probleme zur richtigen Zeit hätte berichten sollen, anstatt jetzt so einen Lärm zu machen. Die Arbeit sei getan und der Endbericht wäre vorhanden. Damit bezieht er sich aber auf den Report von Prof. Hiza und Prof. Lema.

Unterkategorie 2: Gründe für die Korruptionsvermutung

Für die Evaluierung der *Cyflow* und dessen Absetzung gilt, wie bereits angedeutet, von vielen Seiten die Korruptionsvermutung. Daher geht es nun darum, diese Vermutungen zu belegen und Widersprüche aufzuzeigen, welche diese Entscheidung des Gesundheitsministeriums fraglich machen.

Wie Budowski in Kapitel 2.4 bereits argumentierte, der WHO-Anspruch, dass die zivile Gesellschaft ein Gesundheitssystem und dessen gesundheitlichen Maßnahmen mitgestaltet, kaum möglich. Besonders, wenn machtpolitische Interessen von Eliten im Gesundheitssystem Handlungen und Definitionen alleine bestimmen, möglicherweise sogar mit persönlicher profitorientierter Intention. (vgl. Budowski 2007:145)

Jackson Mbogela, welcher lange Zeit im ländlichen Bulongwa lebte, im CTC- und mit der lokalen NGO PIUMA, welche sich aus HIV/Aids Patient_innen gebildet hatte, arbeitete, hat eine klare Vorstellung darüber welches Equipment für die ART in Tansania geeignet ist:

Es werde eine CD4-Zählmaschine benötigt, die in abgelegenen Gegenden mit unregelmäßiger Stromversorgung funktioniert, auf steinigem Wegen transportierbar sei und welche von einer Person ohne hohe Ausbildung betrieben werden kann. Dazu sollte sie die Funktion haben auch Kinder, also den CD4%-Satz zu messen. Makete zum Beispiel hätte laut ihm 200 Dörfer, von welchen nur fünf über eine Stromversorgung verfügen und dort auch nur wenige Häuser. Der Strom dort würde über Generatoren oder kleine Kraftwerke gewonnen.

Die Ansprüche Mbogelas stimmen jedoch nicht mit der aktuell, ausschließlichen Verwendung der Facscount-Maschinen in staatlichen Krankenhäusern überein, welche in der *Furche* thematisiert wird. Der Einsatz von Partec-Maschinen sei inoffiziell in privaten- und Missionskrankenhäusern möglich, obwohl sie in Tansania nicht zugelassen sind. In Regierungskreisen wird aber laut Muhingo gesagt: "If you want to use them (..) [Cyflow-Maschinen], use in refer-hospital. " (Muhingo 2007: 28)

Wenn die Verwendung der *Cyflow* nur in diesen drei Krankenhäusern angeboten wird, weist das bei einer Bevölkerung von ca. 47 Millionen Menschen auf eine sehr geringe Chance für die meisten Menschen hin, einen Test mit der *Cyflow* zu bekommen, da diese meist in abgelegenen Gegenden leben.

Alle Expert_innen in dieser Analyse und anscheinend auch die Autoren der Zeitungsartikel sind sich einer Meinung, dass die Cyflow-Maschine den Eigenschaften, welche von Mbogela zuvor erwähnt wurden, entspricht. Daher sei das plötzliche Verbot dieser sehr überraschend gewesen, da diese Maschine nicht nur im *Bulongwa Lutheran Hospital* BLH erfolgreich zum Einsatz kam.

Bis heute wird sie im Ikonda-Krankenhaus inoffiziell für 2000 Menschen verwendet, wobei zu erwähnen ist, dass diese Einrichtung für ein effizientes Gesundheitservice bekannt ist. Die *Cyflow* läuft auch auf Batterien, kann den CD4%-Satz messen und ist einfach zu bedienen, so *Mwananchi* und *Gazette*. Anhand von vielen unterschiedlichen Studien auf der ganzen Welt zeigt Madati auf, dass die Cyflow-Maschine im Vergleich zur *Facscout* eine preisgünstige und schnelle Leistung bringt. Sie sei klein und kompakt, habe eine kurze Durchlaufzeit der Proben und könne daher ohne großen technischen Aufwand bis zu 200 Tests am Tag durchführen. (vgl. Madati 2007: 84ff) Folgende Punkte sollen die Widersprüchlichkeit dieser Debatte in Bezug auf die umstrittene Facscout-Maschine genauer veranschaulichen.

Evaluationen:

Alle medizinischen Produkte die nach Tansania kommen, sollen erst von deren Produktionsfirmen und dann vom Empfängerland nach ihrer Funktionsfähigkeit und Effizienz überprüft werden bevor sie zu den Kranken gebracht werden, so *Mwananchi*. Laut Muhingo durchlief die *Cyflow* diesen Prozess im *Private Laboratory Board*, die *Facscout* aber nicht. Dies bedeutet, dass in Tansania die *Facscout* statt der *Cyflow* verwendet wird, obwohl diese weder evaluiert oder registriert wurde, ergänzt *Thisday*. Wie bereits erwähnt wurde, durchlief die Cyflow-Maschine den *Private Health Laboratories Regulations Act 1997*-Maßnahmen entsprechend, die Evaluation. Daher ist es fragwürdig, warum die Facscout-Maschine von dieser Evaluation ausgenommen blieb. Madati spekuliert hier, dass diese Ausnahme damit zusammenhängt, dass die *Facscout* seit ihrer Existenz in den letzten 15 Jahren ohne Konkurrenz am afrikanischen Markt bestehen konnte. Trotz technischer Innovationen und Veränderungen seit ihrer Einführung, sei sie nie wieder in Frage gestellt worden, obwohl jenes Modell im Vergleich mit der *Cyflow*, veraltet sei. Es ist verpflichtend, Medikamente und Maschinen alle 3–5 Jahre zu re-evaluieren meint Madati, was jedoch in diesem Fall nicht passierte. (vgl. Madati 2007:70f)

Kosten:

Seit 2002 liegt der Cyflow-Test Nettopreis bei 1,75 Euro, wobei Roland Göhde der Chef *Partec*’s im Interview in der *Furche* meint, dass der Preis noch günstiger sein könnte, wenn sich *Partec* nicht immer gegen wettbewerbswidrige Praktiken verteidigen müsse. Im Gegensatz dazu kostete 2006 ein Facscout-Test in Tansania 25 USD, in Simbabwe zum Vergleich 56 USD. Um 2008, die Zeit als der Artikel in der *Furche* geschrieben wurde, dürfte der Test 40 USD in Tansania gekostet haben. Den verschiedenen internationalen Studien, welche von Madati aufgezählt werden, ist zu entnehmen, dass die Facscout-Preise pro Test und für die Reagenzien sehr stark zwischen ca. 5–20 USD schwanken, was wohl mit Konkurrenzbedingungen am Markt zusammenhängt. (vgl. Madati 2007: 32)

Im *Thisday* wird von Mangel an *Facscout*-Reagenzien und deren verdoppelten Preis berichtet. Die *Furche* äußert sich ebenso kritisch dazu und sieht es als unverständlich, dass der teureren Variante Vorzug gegeben wird. In diesem Falle wäre die Spende einer *Facscout*-Maschine nur eine scheinbare Hilfe, da dann erst die teuren Reagenzien und Teststreifen besorgt werden müssten. Zu dem könnten diese Utensilien nur von BD gekauft werden, stehen daher in keinem Konkurrenzverhältnis mit anderen Anbietern. Muhingo drückt seine Meinung zu der Kostenfrage zynisch aus:

„[...]entweder man ist sehr reich und kann sich deshalb diesen CD4-Zähler leisten, oder jene Experten, die den Einsatz des teureren Gerätes entscheiden sind nicht wirklich intelligent.“ (Muhingo zitiert in Furche 2008)

Inbetriebnahme und Lagerung:

Für die Inbetriebnahme der *Facscout* sind laut aller in der Analyse involvierten Expert_innen einige Faktoren wesentlich: Die *Facscout* benötigte eine fixe Stromversorgung und funktioniert weder mit Batterien oder Solarenergie, so Muhingo und Mbogela. Dazu sei sie sehr groß und schwierig zu bedienen. Man brauche, sagt Ntetema, einen Universitätsabschluss, um sie als Techniker_in betreiben zu können. Daher sei diese Maschine für ländliche Gebiete einfach nicht geeignet.

Sie habe auch eine sehr lange Durchlaufzeit, was bedeutet, dass nur wenige Tests an einem Tag möglich sind. Von 200 Patient_innen könnten an einem Tag nur 10-15 Menschen getestet werden, berichtet *Mwananchi*. Ein weiteres Problem stellen die BD-Reagenzien dar, welche in einem Kühlschrank bei 2–8°C gelagert werden sollten, wobei aber nur 10% der Tansanier_innen über Strom verfügen. Dies bedeute, dass die Kühlung in einigen Krankenhäusern, vielen kleinen *dispensaries* oder in einer mobilen Klinik, die in abgelegene Dörfer fahren, nicht möglich wäre.

Auch in der Hitze Dar-es-Salaams würden diese Reagenzien schnell kaputt gehen, fügt Muhingo hinzu. Es seien auch koreanische Reagenzien in Tansania angeboten worden, welche bei Raumtemperatur lagerbar sind. Diese wurden aber vom MohSW abgewehrt, was vermutlich mit den bereits genannten konkurrenzwidrigen Bedingungen, zusammenhängt.

Internationale Studien:

In *Mwananchi* wird berichtet, dass weltweit bekannte Wissenschaftler_innen und Reporte von über 30 Universitäten besagen, dass die *Cyflow* am besten für „Entwicklungsländer“ geeignet sei.

Madati verweist auf über 300 Studien und auf Vergleiche von *Facscout*- und *Cyflow*-Modellen, unter welchen viele als „*multi-center-studies*“¹ durchgeführt wurden. Diese sind zahlreich online auf <http://www.pubmed.org> und <http://ajp.amjpathol.org> zu finden. (vgl. Madati 2007: 45f, 48, 88ff; vgl.

¹ „Controlled studies which are planned and carried out by several cooperating institutions to assess certain variables and outcomes in specific patient populations.“ (NCBI 2014)

Madati 2012: 18, 36) Nach persönlicher Recherche auf diesen Webseiten, ist dies nur zu bestätigen. Viele dieser Studien und Evaluationen wie die Stanford University/Zimbabwe University Study 2006, Cambodia/Belgium Study 2004, Joint Havard/Boston/Nigeria Study 2005 (vgl. Madati 2007.: 45ff, 79ff), Thailand 2004, Boston 2005 und Luxemburg 2006 (ebd.:45ff), um ein paar zu nennen, zeigen im Überblick entweder eine gute Korrespondenz zwischen den Ergebnissen beider Maschinen oder sogar einen Vorsprung der *Cyflow* in Präzision und Schnelligkeit bei der Durchlaufzeit und Vorbereitung der Reagenzien. Zusätzlich wird auch auf den preislichen Vorteil der *Cyflow* hingewiesen.

Da die *Facscout* erst ab 2002 in einem Konkurrenzverhältnis mit anderen Anbietern stand, wurde sie laut Madati nie mit dem modernen *Flow-Cytometers*¹ verglichen und Madati ergänzt: „[...] practically no single international *multi-center study* exists for the BD *FACSCount* which would ascertain its accuracy and precision compared to large flow cytometry systems like BD *FACSCalibur*, Counter *EPICs*, Partec *PAS*²etc.“ (Madati 2007: 71) Zur Qualitätsfrage der *Cyflow* und *Facscout* sei zu ergänzen, dass die *Cyflow*-Maschinen von IVD „In Vitro Diagnostic use“³ ein offizielles Zulassungszeichen erhalten habe, welches zeigt dass der Sicherheitsstandard von Gerät und Reagenzien nach den “International Products Safety Standards”, (ebd.2012: 37) überprüft wurde. Die *Cyflows* seien auch „CE“-gekennzeichnet⁴,

was in Europa für alle medizinischen Produkte verpflichtend ist. Im Vergleich dazu würden die BD-Geräte wie die *FACSCount*, nicht über diese Zulassungszeichen verfügen, sondern lediglich von der lokalen FDA „Food and Drugs Authority“ in den USA anerkannt werden. (vgl.ebd.) Daraus sei zu schließen, dass die *Facscout* europäischen Standards nach nicht zugelassen ist.

In *Mwananchi* wird argumentiert, dass die Entscheidung des Gesundheitsministers in Tansania nicht mit den WHO-Gesetzen übereinstimmt. Es ist zu vermuten, dass diese Behauptung auf die ART-Richtlinien der WHO hinweist, in welchen ein regelmäßiges Messen der CD4- und CD4%-Werte empfohlen wird.

¹*Flow-Cytometry* wurde bereits 1953 in den USA entwickelt, wobei das heute verwendete System von Wolfgang Göhde 1968 in Deutschland entwickelt und über Partec erstmals kommerzialisiert wurde. (vgl. NewsMedical 2014) „[...] is a technique for counting and examining microscopic particles, such as cells and chromosomes, by suspending them in a stream of fluid and passing them by an electronic detection apparatus.“ (ebd.)

²Hier ist die Rede von Maschinen verschiedener Hersteller, welche sich aufgrund ihrer technologischen Ausstattung mit *Flow-Cymetry* vom Modell BD *FACSCount*, welches in Tansania in Verwendung ist, unterscheiden. Die *FACSCounts* welche die “flow-cytometry” verwenden, haben auch nur eine Evaluation durchgangen, in welcher sie mit einer “*Dynabead*”-Methode verglichen wurde. Diese habe jedoch keine “flow-cytometry”. Daher ist diese kein Referenzpunkt in einer Evaluation. (vgl. Madati 2012: 36)

³Technology for in Vitro Diagnostics Development & Manufacturing. <http://www.ivdtechnology.com/about>

⁴Die Anforderungen der CE-Kennzeichnungen werden in Abstimmung mit den EU-Richtlinien zu Medizinprodukte, In-Vitro-Diagnostika und aktive implantierbare medizinische Geräte formuliert. (vgl. IHK 2014)

Ähnliche Fälle:

In der *Furche* werden andere Fälle einer Monopolisierung durch BD-Geräte erwähnt. Zum Beispiel berichtet die *Furche* über die Sabotage der *Cyflow* in Ruanda, obwohl sie auch dort erfolgreich angewandt worden war. Jedoch seien wettbewerbswidrige Vorgangsweisen zum Hindernis geworden. Ebenso wären in Botswana Facscount-Maschinen in ländlichen Gegenden verteilt worden, welche nicht funktionieren. Ntetema betont, dass mehrere Länder, Informationen von Wissenschaftlern aus verschiedenen afrikanischen Staaten nach, in derselben oder ähnlichen Situation seien.

Wenn von anderen Ländern die Rede ist, stellt sich auch die Frage, wo BD-Geräte, speziell die *Facscount* und wo *Cyflow*-Maschinen vertrieben werden. Laut Madati und der *Partec-homepage* werden die *Cyflow*-Geräte weltweit, auch im Westen vertrieben, wobei der größte Markt, aufgrund der hohen HIV/Aids-Rate und dem damit zusammenhängenden Bedarf, in Afrika zu verorten sei. Doch werden in Europa auch teurere Technologien beworben, welche als solche nicht nach Afrika gelangen. Das *Facscount*-Modell welches in Tansania vertrieben wird, wird laut Madati und Ntetema in keinen westlichen Ländern vertrieben, da es zum Beispiel in Europa keine ausreichenden Zulassungszeichen besitzt, welche ihre Qualität garantieren. (vgl. Madati 2007: 78, 83; Madati 2012:3)

Ergebnisse von Madatis Report:

Abgesehen von den bereits angeführten Vor- und Nachteilen der Maschinen und den Argumentationen der verschiedenen Parteien in der Debatte, konnte Madati durch seine Nachforschungen über die Evaluierung der *Cyflow* im MUCHS, drei Hauptgründe eruieren. Er will mit diesen belegen, warum die Absetzung der *Cyflow* von Korruption begleitet sein muss und warum die Evaluation ein falsches Ergebnis herausbrachte.

Die Beteiligten, welche laut Madati die folgenden Punkte mitbewirkten sind „[...] several MoHSW and MUCHS officials, aided by some officials of NACP, AMREF, MSD, and even WHO, jumped on the band wagon of repeatedly discrediting *CyFlow*.“ (Madati 2007: 93) :

1. Die Evaluation wurde verspätet:

Die zu evaluierende *Cyflow*-Maschine wurde erst 1,5 Monate nach ihrer Ankunft vom Dar es Salaam Flughafen abgeholt. In der Folge fand ein dreitägiges Training für den Umgang mit der Maschine und den Vorgang der Evaluierung statt. Trotz Zuversicherungen dass die Evaluation bereits im Gange sei, stand die Maschine 6,5 Monate im MUCHS ohne in Betrieb genommen- oder gereinigt zu werden. Nach dieser Zeit wurde als Grund für die Verspätung des Evaluationsbeginns angegeben, dass die Reagenzien für die Referenzmethode nicht vorhanden seien und neu geliefert werden müssten. Madati ergänzt hier, dass das Anfangstraining niemals ohne diese Reagenzien stattfinden hätte können und dies daher eine Lüge sei. (vgl. Madati 2007: 38ff, 92, 70)

Als neuen Reagenzien gesponsert wurden und die Maschine in Betrieb genommen werden sollte, funktionierte sie nicht und ein Partec-Techniker kam für die Eruierung des Problems. Dieser stellte fest, dass sich durch die lange Aufbewahrung des Gerätes ohne Inbetriebnahme, Schimmel in den Röhrchen festgesetzt hatte und der Bildschirm daher nicht funktionierte. All diese Faktoren führten zu einer 10-monatigen Verspätung der Evaluation, welche im Endeffekt selbst nur einen Monat dauerte. (vgl. ebd.: 52f, 92f)

2. Abgelaufene Lagerzeit der Reagenzien und alte Blutproben:

Die in der Evaluation verwendeten Reagenzien wurden zwei Monate vor ihrem Ablaufdatum verwendet, was zuerst auf keinen Verdacht stoßen ließ. Doch bei medizinischen Produkten kommt dem *shelf-life*, also der Lagerhaltbarkeit eine große Bedeutung zu. Und die Reagenzien von *Partec*, sowie auch jene von BD haben beide nur eine bestimmte Lagerhaltbarkeit. Und da diese Haltbarkeit sich verändern kann wenn die Produkte außerhalb der ursprünglichen Verpackung gelagert- oder Hitze ausgesetzt werden, minimiert sich diese Lagerhaltbarkeit rasch. Und dies war der Fall im MUCHS denn die Reagenzien wurden vier Monate nach ihrer Lagerhaltbarkeitsgrenze verwendet. Diese Reagenzien seien Madati nach, zum Vergleich mit einer Facscount-Maschine eingesetzt worden, welche mit frischen Reagenzien versehen wurde. (ebd.: 28ff) Zusätzlich sollen auch die Blutproben, welche verwendet wurden, bereits zu alt gewesen sein um korrekte Ergebnisse zu erbringen.

In einem e-mail erzählt der Techniker, welcher die Maschine vor der Evaluation startbereit machte: „I want to point out that no fresh samples were compared as required by the procedures, and that the (evaluation) exercise was carried out in protest.” (Mr. Khisa zitiert in Madati 2012: 36) Dieses Verhalten kann demnach also eine Reaktion auf Druck und ‚Überwachung‘ durch *Partec* gewesen sein, vermutet Madati.

3. Falsches Vorgehen und Manipulation der *Cyflow*-Einstellungen:

Die Verwendung der alten Blutproben kann bereits als ein Akt gelten, welcher gegen die Vorschriften und Vorgaben der Evaluation verstieß. Zur selben Zeit wurden auch Partec-Techniker nicht mehr am MUCHS-Campus erlaubt um in die Evaluation einzusehen. Es gibt weder ausgedrucktes Material, noch andere Dokumentationen der Techniker selbst, welche die Evaluation durchführten, um deren Vorgang nachzuverfolgen. (vgl. ebd. 36)

Als die Maschine nach der Evaluation zurück nach Deutschland zu *Partec* transportiert wurde, konnten, wie im Bericht Madatis genau aufgelistet wird, Manipulationen an den Display-Einstellungen der Maschine festgestellt werden. *Partec* nach wurden die *Predefined Settings* ignoriert, welche aufscheinen sobald die Maschine eingeschaltet wird. Die Partec-Maschine würde alle an ihr durchgeführten Vorgänge und Änderungen am Display speichern und somit sei nachgewiesen worden sein, dass Einstellungen mutmaßlich von hochgebildeten Spezialisten gekonnt verändert wurden, was

zu einer falschen Abfolge des Evaluationsprozesses führte. (vgl. Madati 2012:12f)

Muhingo meint, dass es schwierig sei, ihm Glauben zu machen, dass diese Handlungen nicht von Korruption begleitet waren. Es gäbe keinen Grund die *Facscout* zuzulassen, daher bleibe nur mehr dieses Fazit. Hier sind sich Muhingo, Ntetema und Mbogela einig.

Die Theoretiker Beck und Nagel führen bereits in Kapitel 1.8 an, dass sich Korruption oft an der „schlechten Qualität eines Auftrags“ (Beck, Nagel 2012: 36) und hohen externen Kosten zeigt.

„Das Zahlen eines Bestechungsgeldes ist für ein Unternehmen vielmehr gerade dann attraktiv, wenn es unter legalen Umständen kaum eine Chance hätte, den marktwirtschaftlichen Wettbewerb zu gewinnen.“ (ebd.)

Ntetema ergänzt, dass die *Facscout* außerdem dort wo sie produziert wurde nicht verwendet wird, weil sie veraltet ist. Dieses Argument lässt sich damit zusammenführen, dass die *Facscout* nach europäischen Standards nicht zugelassen ist. Daraus lässt sich schließen, dass dieses Modell zumindest in Europa nicht vertrieben wird. Es sei unlogisch eine Maschine zu nehmen, die nur in der Stadt funktionieren kann, da sie nur dort verlässlich mit Strom versorgt werden kann, fährt Muhingo fort. Und 80% der Tansanier_innen leben am Land. Wenige „gewöhnliche“ Tansanier_innen wissen über diesen Fall Bescheid, da auch der wissenschaftliche Report von Madati nie richtig veröffentlicht wurde, ergänzt er.

Warum sollten so viele Leben riskiert werden, wenn es gute Maschinen gibt, fragt sich Ntetema. Und was hat es zu bedeuten, dass *Cyflow* zwar in staatlichen Krankenhäusern verboten, aber in Missions- und privaten Krankenhäusern nur inoffiziell erlaubt sind? Es bedeutet, dass die Meinung unter allen medizinischen Spezialist_innen, auch denen welche das Verbot *Cyflows* bewirkt haben, eine andere ist als sie vorgeben. Sie müssen wohl denken, dass *Cyflow* gut ist. Aber weil irgendwer irgendwo bestochen wurde, meint Ntetema mit ironischen Unterton, muss nun jemand nun dafür büßen.

In *Mwananchi* zeigt sich Madati besorgt darüber, dass viele Menschen infolge dieser Entscheidung und der Verwendung der *Facscout*, ungenaue Testergebnisse bekommen könnten. Denn die logische Folge der Verwendung einer Maschine, welche nur unter bestimmten Umständen funktioniert, wäre dass sie falsche oder keine Testergebnisse produziert. Mbogela ergänzt, dass es das Recht der Patient_innen sei bei solchen drastischen Beschlüssen mitzuentcheiden.

Ruger 2003 spricht auch von der Beteiligung der Menschen, selbst bei Reformen von Gesundheitsinstitutionen und deren Umsetzung. Es sei „[...] exercise of people's freedoms, though the liberty to participate in social choice and in the making of public decisions.“ (Ruger 2003: 678)

Unterkategorie 3: Die Rolle der WHO und anderer internationaler Akteur_innen und Institutionen

In der öffentlichen CD4-Zähler-Debatte, kommt auch den internationalen Organen eine wesentliche Rolle zu, da diese wie bereits im Theorieteil thematisiert, oft als Vertreter_innen der Geber_innengemeinschaft im jeweiligen Empfängerland agieren und erheblichen Einfluss auf Gesetzmäßigkeiten des Gesundheitssektors in Tansania haben.

In der Diskussion über die Verantwortlichkeit für die Absetzung der *Cyflow*, wird in der *Furche* und *Thisday* eine WHO-Abteilung in Geneva/Schweiz, mitverantwortlich gemacht. Es hätte eine Bekämpfung der *Cyflow*-Geräte über das *Essential-Health-Technologies-Department* der WHO gegeben, in welcher zwei Mitarbeiter_innen eine leitende Rolle gespielt hätten. Eine Untersuchung gilt als Beweis, dass es eine elektronische Korrespondenz zwischen Dr. Faustine Ndugulile vom MoHSW und Dr. Vercauteren von der besagten WHO Abteilung gab. In diesem Kontakt sei die Leistung der *Cyflow* bemängelt worden. Die durch diesen Kontakt erhaltenen Argumente und die bereits erwähnte Studie über die *Cyflow*, welche allerdings nicht als Standpunkt der WHO gilt, sollen auch im Nachhinein von Prof. Mwakyusa gegen Anschuldigen bezüglich seiner Entscheidung verwendet worden sein. Zusätzlich sei nachgewiesen, dass dieselbe WHO-Abteilung persönlichen Kontakt zu BD hat.

Kopien der E-Mails zwischen den besagten Parteien führt Madadi Jumah in seinem Bericht an. Eine E-Mail weist zusätzlich auf eine Involvierung BDs in diese Kommunikation zwischen WHO-Abteilung und MoHSW hin. Sie ist an Dr. Faustine Ndugulile, den Chef des *MoHSW Diagnostic Services Department* gerichtet, beinhaltet Kritik an der Leistung der *Cyflow* und eine Behauptung, dass *Partec* bezüglich einer Vergleichsstudie nicht mit der WHO kooperieren würde. Daher würde die WHO keine Maschinen mehr von dieser Firma kaufen. (vgl. Madati 2007: 47)

Madati belegt in seinem Report allerdings, dass diese Information nicht richtig ist, indem er eine Liste von *Cyflow*-Maschinen anführt, welche in den letzten Jahren von der WHO gekauft wurden. Ebenso führt er Listen der Vergleichsstudien an, welche unter anderen, auf Anweisungen der WHO hin, mit der *Cyflow* durchgeführt wurden. (vgl. ebd.: 43f) Für WHO-Mitarbeiter_innen ist es nicht erlaubt offizielle Statements zu Geräten zu geben, wie es in diesem Fall geschehen ist. (vgl. Madati 2012:17)

Ntetema ist der Ansicht, dass die WHO sich öffentlich nicht zur CD4-Zähler-Debatte äußern darf, jedoch indirekt Position ergreifen würden, indem sie und UNICEF nur *Cyflows* und keine *Facscouts* kaufen. Außerdem sei die WHO vom Kontakt mit der tansanischen Regierung, mit TACAIDS und dem *National Aids Control Program* abhängig. Da diese Organe Forschungsberichte und Data produzieren, welche sie dringend benötigen. Auch mit dem *Global Fund* verhalte es sich ähnlich, denn auch dieser arbeite nur mit Regierungen zusammen und nicht mit Einzelpersonen.

Keine Einzelpersonen, Organisationen oder Institutionen, welche von Spendengeldern abhängig sind, würden über korruptes Vorgehen eigener Regierungsbeamter berichten. All diese Institutionen, meint Ntetema, hätten Madatis Report bekommen, aber da Madati nicht von der Regierung vertreten wird, gelte sein Bericht als das private Anliegen eines individuellen Untersuchers und werde als solches ignoriert. Damit werde seine Information ungültig gemacht. Und wäre die WHO an der Wahrheit interessiert, hätte sie diesen Fall privat untersucht, was aber nie passierte. Dies zeigt nach Ntetema, dass die WHO die damit verbundenen Menschenrechtsverletzungen ignoriert.

„In Medicine, this shift has been so radical that an expert opinion is now considered the lowest form of evidence, only to be used in the absence of any other form of evidence, and not to be used to make recommendations.“ (Matheson 2009: 1193)

Jedoch betont Ntetema auch, dass es Menschen seien die korrupt sind und nicht die Institutionen. Demnach sollen nur einige wenige Menschen in hohen Positionen für die Stille über die *Cyflow*-Debatte verantwortlich sein. In *Thisday* wird gefordert, dass die WHO ihre Untersuchungen zu der Beteiligung der besagten Abteilung an der Sabotage, abschließen sollte, damit Tansania nicht weiterhin ein Ziel fehlerhafter Technologien von reichen Ländern sei.

4.3.4 Kategorie 4: Fallbeispiele aus Makete/Bulongwa und Formen des Widerstandes

Diese Kategorie ist aufgeteilt in Informationen zum Bezirk Makete, damit verbundenen Lebensweisen und dem Beispiel der NGO PIUMA, welche sich gegen korrupte Mechanismen auf lokaler und internationaler Ebene aufstellte.

Unterkategorie 1: Mögliche Gründe für eine hohe Infektionsrate

In dieser Kategorie wird zuerst über erhöhte Ansteckungsrisiken aufgrund von prekären Lebensumständen, Aberglauben und schädigenden traditionellen Praktiken gesprochen. Als Beispiel wird der Bezirk Makete/Tansania herangezogen. In der Folge wird auf ein spezielles Beispiel des Widerstandes gegen korrupte Handlungen eingegangen: Die NGO PIUMA, welche in der CD4-Zähler-Debatte als ein Fallbeispiel revolutionärer Handlungen gelten kann. Über diese NGO wird aber in der Retroperspektive erzählt, da sie heute nicht mehr in dieser Form existiert und die Mitglieder nicht mehr denselben Tätigkeiten nachgehen. Die Interviews mit den Expert_innen, bis auf Ntetema, wurden zu einer Zeit geführt, zu der PIUMA noch aktiv war. Dasselbe gilt für die Zeitungsartikel, aber trotzdem sind diese Quellen wesentliche Aufzeichnungen des damaligen Geschehens.

Der Bezirk Makete, in der Njombe- damals Iringa Region, wies laut Ntetema, 2004/05 die höchste HIV-Infektionsrate Tansanias auf und war daher ein großes Thema für die Politiker_innen. Die Menschen aus dieser Gegend hätten keine Information oder Aufklärung bezüglich HIV/Aids, wurde diskutiert, und es gäbe traditionelle schädigende Praktiken, welche die Infektionen besonders fördern. In Makete lebten zu dieser Zeit etwa 105 000 Menschen, darunter 35% Aids-Waisen. Ntetema beschreibt wie kleine Kinder sich um ihre kranken Eltern kümmerten und Ehemänner jahrelang weit weg arbeiten würden. Daher sei es oft so, dass Mütter auf Ausschau nach ökonomischer Hilfe sind um ihre Familien zu erhalten, was zu einem hohen Ausmaß an Promiskuität führt.

Ntetema spricht auch über die Kultur dieser Region. Es sei normal, dass die Familie des Mannes die Witwe erbt wenn er sterben sollte. Dabei wird aber nicht bedacht, dass die Frau mit HIV infiziert sein könnte und dies ein Risiko darstellen würde.

Sie beschreibt auch eine Art von Plot, welche Ehemann- und Frau planen, um sich Geld zu beschaffen. Sie würden vortäuschen, dass er Ehemann auf Reisen ginge und wenn er dann „abgereist“ ist, geht die Frau in ein lokales Pub und trinkt Bier. Dort würde sie sich einen anderen Mann suchen und mit diesem in ihr Haus gehen. Der Ehemann würde dann von seiner vorgetäuschten Reise zurückkommen und beide miteinander im Bett erwischen. In der Folge würde er den fremden Mann erpressen und ihm drohen, dass das ganze Dorf von der Affäre erfahren würde, wenn dieser ihm nicht einen bestimmten Geldbetrag gebe. Der fremde Mann würde mit Sicherheit bezahlen. Solche Praktiken unter anderen würden die hohe Infektionsrate speisen.

Viele NGOs begannen sich in Makete zu bilden um etwas gegen HIV/Aids zu unternehmen, aber es ist schwierig die Denkweise der lokalen Menschen zu ändern, meint Ntetema. Es existiert viel Aberglaube, besonders der Glaube an *witchcraft* und *witchdoctors*. Ein Fachbericht spricht davon, dass 93% der tansanischen Bevölkerung daran glauben, wobei Studien der Regierung von 60% ausgehen. Es sei ein strukturelles Problem weil auch Spitzenpolitiker_innen, besonders während des Wahlkampfes, zu *witchdoctors* gehen würden und dies einander sogar vorwerfen. Es sei also kein Geheimnis. Wenn jemand HIV/Aids hat, glauben die Verwandten dass diese Person sei verhext ist, trotz des medizinischen Wissens dass jemand infiziert werden muss, um HIV/Aids zu bekommen. Dieser Aberglaube stellt laut Ntetema ein großes Problem dar.

Der Wissenschaftler Mattes schlägt hier die Brücke zu *therapeutic citizenship*. Im Bezirk Makete leben viele Menschen mit ökonomischen Einschränkungen und das soziale Leben ist in Familienstrukturen und Netzwerke gegenseitigen Austauschs eingebettet. Dies sei nach Mattes oft der Grund, dass jene moralischen Vorstellungen dieser Netzwerke, in diesem Fall der Glaube an *witchdoctors*, nicht mit dem Wertesystem biomedizinischer Rationalität übereinstimmen. Und das würde dann die Entscheidungen von PLHAs und ART-Patient_innen stark beeinflussen und ihre Möglichkeiten, in Netzwerke der TCs integriert zu werden, stark einschränken. (vgl. Mattes 2011: 165)

Unterkategorie 2: Fallbeispiel PIUMA

In Bulongwa, einem Dorf im Bezirk Makete, formte sich kurz nachdem die ART im dort gelegenen Missionskrankenhaus, dem *Bulongwa Lutheran Hospital BLH* eingeführt wurde, eine Selbsthilfegruppe aus PLHAs. PIUMA PIMA UISHI KWA MATUMAINI [Teste dich um mit Hoffnung zu leben], wurde 2005 zu einer NGO und hatte, wie in der *Furche* berichtet wird, 260 Mitglieder. Muhingo hielt die Medien bereits seit geraumer Zeit über diese NGO, in welcher Jackson Mbogela (interviewter Experte) jahrelang tätig war, auf dem Laufenden. Die Rolle PIUMAs wurde besonders darin erkannt, gemeinsam für die Rechte der Gemeinschaft zu kämpfen und sich für Menschenrechte einzusetzen, erzählt Ntetema.

Sowie der Theoretiker Cataldo bereits in Kapitel 3.2 ansatzweise beschreibt, entsteht TC als ein selbstermächtigender Mechanismus im Sinne der Patient_innenrechte. Diese Rechte seien aufgrund der Abhängigkeit von der Durchführungskraft der Regierung, sowie der Angst davor, dass das vorhandene *Service* eingestellt werden könnte, besonders relevant. Speziell für Menschen mit starken ökonomischen Einschränkungen,

ist es notwendig unterstützende Netzwerke aufzubauen und sich auf ihren Status als PLHAs zu beziehen. (vgl. Cataldo 2008: 908) Obwohl Cataldo über ein Beispiel brasilianischer *favelas* spricht, lässt sich das Prinzip auf andere prekäre Situationen übertragen. Die ARVs, meint er, wären die

Verbindung zwischen dem „individual body“ (ebd.) und dem Staat. Genau diese Verbindung gilt es nun für TCs auszunutzen, indem sie ihre Rechte auf eine adäquate ART, unabhängig von ihrem ökonomischen Status, einfordern. Wo die *performance* des Staates nicht effizient genug erscheint, kommt NGOs eine größere Rolle zu, wie sich eben am Beispiel PIUMAs zeigt. (vgl. ebd.: 908f; Nguyen, Cyriaque (u.a.) 2007: 34)

PIUMA-Mitglieder hatten zu jener Zeit die Aufgabe einer Vorbildwirkung für PLHAs und auch die Rolle, vielen Menschen Treue zur eigenen Arbeit zu zeigen. PIUMA hatte bestimmte Ziele, sagt Mbogela. Es ging darum das Stigma zu senken und die PLHA-Rechte einzufordern, indem die Mitglieder für ihre eigene Infektion oder Krankheit einstanden und vor Menschenmengen sagten: „Ich bin HIV-positiv.“ Mit diesem Aufdecken des eigenen „positiven Status“, wird laut Nguyen der Sprung zum *therapeutic activism* getan, welcher sich über Selbst-Transformationen und Ermächtigungen der Mitglieder zeigt. In der Folge würde dieser Prozess sehr stärkend auf die Gemeinschaft wirken. (vgl. Nguyen, Cyriaque (u.a.) 2007: 33f) Es ging darum Menschen zu motivieren sich testen zu lassen und Informationen über HIV/Aids in die Dörfer zu tragen, berichtet die *Furche* zu PIUMA. Menschen sollten mit der ART beginnen um zu leben.

PIUMA hatte geplant eine mobile Klinik mit einem Geländewagen zu eröffnen, mit welcher sie in die Dörfer fahren würden. Der Einsatz PIUMAs äußerte sich aber auch über mehrere *advocacy*-Aktivitäten, zum Beispiel dem Aufschrei, als abgelaufene ARVs im lokalen BLH verteilt wurden. Dieser Fall wurde auch erfolgreich über die Medien nach Außen getragen. Wie auch die südafrikanische Organisation *Treatment Action Campaign* TAC¹, stellte PIUMA seine sozio-politischen Forderungen mit einer menschenrechtlichen Fundierung, direkt an die nationale Regierung mit der Unterstützung von internationale Partner_innen. Die CD4-Zähler-Debatte fand, wie sich hier zeigt, auf verschiedenen Ebenen und nicht nur in der Hauptstadt statt.

Ein Missionskrankenhaus in einem kleinen Dorf wie Bulongwa, würde auf den ersten Blick wohl kaum den Glauben erwecken etwas mit der CD4-Zähler-Debatte zutun zu haben. Jedoch berichten die Expert_innen und Zeitungsartikel von Bulongwa und PIUMA als Teil der Faktoren, welche zur Debatte wesentlich beitrugen.

Ein österreichischer Arzt Dr. Brandl führte seit 2005 die *Care and Treatment Clinic CTC* im BLH und behandelte mit seinem tansanischen Team etwa 650 Patient_innen. Ein CD4-Zähler von *Partec* wurde gespendet und war permanent im Einsatz, beschreibt die *Gazette*.

¹Die *Treatment Action Campaign* TAC, trug mit ihrer *advocacy-work* wesentlich zu einem günstigen Zugang zu ARVs in Südafrika bei und forderten die größten Pharmaziefirmen dabei heraus, wobei dessen erfolgreiche Mobilisierungsausmaße größtenteils nicht jenen PIUMAs vergleichbar sind. http://www.tac.org.za/about_us [Zugang: 14. 1. 2014]

Durch den Einsatz PIUMAs sei die *Community* sehr gestärkt worden, was für den von HIV/Aids stark geschüttelten Bezirk von großer Wichtigkeit war. In Kapitel 3.2.3 wird die Rolle des *expert-patients* beschrieben, welcher mit ausreichend Wissen, Personallücken im ART-Bereich ausgleicht und wichtige Aufgaben in PLHA-Netzwerken erfüllt. Auch in PIUMA führen meist jene Patient_innen in abgelegene Dörfer, um andere Menschen zum HIV-Test aufzufordern und zur ART zu motivieren, welche selbst kurz vor dem Tod standen, bevor sie mit der Therapie begannen. Wieder gestärkt, haben diese Menschen, Berater_innenrollen und leitende Positionen in *advocacy*-Prozessen PIUMAs angenommen und waren ebenso teilweise als Fixpersonal in der NGO eingestellt. (vgl. PIUMA 2013)

Besonders im Zusammenhang mit folgenden Geschehnissen, gewinnt der *therapeutic activism* PIUMAs an Bedeutung:

In der *Thisday* erschien ein Artikel: „Makete Mission Hospital also involved in CD4-machine Scam“, in welchem über die Vertreibung des Arztes Dr. Brandl geschrieben wurde. Dieser hatte Probleme mit der ELCT, der Diözese in Makete gehabt. Aus dem Bericht der *Gazette* und Aussagen Ntetemas ist zusammenzufassen, dass das CTC-Team am 12. April 2006, gewaltvoll aus dem Krankenhaus hinausgeworfen wurde, das CTC kurzzeitig geschlossen und Dr. Brandl aufgrund von Drohungen kurzfristig das Land verlassen musste. Kurz nach der Aussperrung erschien der Gesundheitsminister im BLH mit einer Facscount-Maschine, womit er die *Cyflow* ersetzte. Die Expert_innen sind der Meinung, dass es sich hier um keinen Zufall handelte. In Folge der Schließung und der resultierenden sehr mangelhaften klinischen Versorgung für HIV/Aids-Patient_innen, starben laut Ntetema innerhalb des ersten Monats 19 PIUMA-Mitglieder. Dr. Rainer Brandl spricht 2007 in einer seiner Publikationen von 48 dokumentierten Toten, und auf der PIUMA-homepage wird 2010 von 70 Todesfällen unter ehemaligen ART-Patient_innen seit der Aussperrung gesprochen. Viele der Verstorbenen sollen PIUMA-Aktivist_innen gewesen sein. (vgl. Brandl 2007, Pamoja 2010) Es ist stark anzunehmen, dass diese Zahl bis heute gestiegen ist, da sich laut Ntetema die ART-Situation in Bulongwa kaum verändert hat.

Der Grund warum nach bereits kurzer Zeit viele starben oder kränker wurden, war, meint sie, der Mangel einer *Cyflow*-Maschine. Die *Facscount* im BLH funktionierte nach kurzer Zeit nicht mehr, weswegen viele keine Chance mehr gehabt hätten, mit ihrer ART normal fortzufahren. Da die *Facscount* im BLH kaum in Betrieb war, mussten viele Menschen in andere, weit weg gelegene Krankenhäuser gehen, um ihr Blut testen zu lassen. Es hätte auch den Versuch gegeben Blutproben zu sammeln und gemeinsam in eines der nächsten Krankenhäuser zu transportieren. Dies funktionierte aber nicht, da die Proben auf den holprigen Wegen und in der Hitze unbrauchbar wurden. Mr. S., ein lokaler Regierungsmitarbeiter, sieht den Grund warum das BLH die *Facscount* verwendet darin, dass sie einfach kein Geld hatten und die Maschine nur genommen haben weil sie gratis war.

Er bemängelt, dass diese Maschine nicht mobil sei. Aber auch wenn sie es wäre, könnte sie niemand bedienen, weil sie zu kompliziert sei. Eine mobile Maschine wäre notwendig, weil die Menschen weit weg wohnen und Transportmittel zu teuer sind. Mit einer mobilen Maschine wäre es möglich den Patient_innen mit der medizinischen Versorgung nachhause zu folgen. Dann müssten viele, die keine Möglichkeiten haben, nicht sterben sondern würden motiviert werden ihr Blut testen zu lassen. Denn von alleine, meint Mr. S., würden sie nicht kommen.

PIUMA zeichnete sich dadurch aus, dass sie die erste Demonstration in der Region gegen den lokalen Bischof, der als korrupt galt, durchführten. Damit machten sie laut Muhingo großen Eindruck und viele bekamen auch Angst vor der NGO. Durch ihren Einsatz im Kampf für das Menschenrecht auf Gesundheit, konnte PIUMA mit Unterstützung von tansanischen Mitstreiter_innen, welche aber keine Mitglieder waren, große Erfolge erzielen und auch hohe politische Instanzen erreichen, so die *Furche*.

Das besagte Skandal um die abgelaufenen ARVs im BLH und die Spendengeldveruntreuungen in der Diözese/Makete SCD in Verbindung mit dem Bischof, wurde aufgedeckt und von den Verantwortlichen zugegeben. In der *Gazette* wird allerdings bemängelt, dass keine rechtlichen Maßnahmen für diese Personen folgten. Des Weiteren wurden zwölf politische Autoritäten in hohen lokalen Positionen aufgrund von Geldveruntreuungen vor Gericht gebracht. Dies sei, so Muhingo, noch nie so schnell auf Bezirksebene passiert, es sei tansanische Geschichte. Es wäre damit allerdings nur ein kleiner Teil der lokalen Korruption aufgedeckt worden, ergänzt er, denn niemand stiehlt allein, es ginge hier um eine Korruptionskette.

Der Einsatz PIUMAs verlief jedoch nicht problemlos. In deren Einsatz wurden PIUMA-Mitglieder illegal festgenommen und manche sogar kurzzeitig eingesperrt. Über Verhaftungen und Diskriminierungen von PIUMA-Mitgliedern berichtet auch die *Gazette*. Die Theoretikerin Tripp berichtet aus der Geschichte von mehreren *advocacy*-NGOs in Tansania, aus welchen Mitglieder festgenommen wurden oder welche als NGOs von der Regierung wieder abgemeldet wurden, weil sie als „zu politisch“ auftraten und eine Gefahr für den Ruf der Regierung darstellten. (vgl. Tripp 2000: 200ff)

Muhingo spricht diese Herausforderungen an, welchen PIUMA als aktive NGO ausgesetzt war. PIUMA-Mitglieder wären „einfache Menschen“ und verfügen über keine hohe Bildung, daher würde eine solche NGO Hilfe von außerhalb der Gruppe benötigen. Damit bezog er sich auf professionelle Unterstützung in Bildung und Organisation. Den Mitgliedern PIUMAs sollte immer wieder neues Wissen vermittelt werden, zum Beispiel über Rechte die ihnen zustehen.

Nach Muhingo`s und Mr. S.`s Aussagen, gab es auch Probleme im finanziellen Management PIUMA`s.

Mr. S. meint, Geld sei ein Problem, weil Menschen der Gesellschaft nicht freiwillig helfen. Muhingo ergänzt, dass viele Menschen keine Veränderungen wollen weil Geld auch so kommt. Beim Bischof hätte beispielsweise eine solche Einstellung existiert. Für viele NGOs oder Missionen sei es einfach Spendengelder zu bekommen. Daher würden viele keine Entwicklung oder Veränderung anstreben, weil durch ein erfolgreiches Ergebnis die Gelder weniger werden könnten. Veränderung bedeutet hier für viele weniger Geld. Und viel Geld bedeutet gleichsam, weniger Ambitionen etwas zu verändern. Er bezieht dieses Prinzip auch auf PIUMA, indem er sagt, dass manche Menschen eine Chance die Geld bringen könnte, ergreifen würden, so wie der Bischof, welcher viele Gelder veruntreut hatte. Unter anderem waren es tatsächlich solche Mechanismen, welche PIUMA mit der Zeit schwächer werden ließen.

PIUMA-Mitglieder als *TCs*, bekamen durch die Etablierung der ART neue gesundheitliche und soziale Möglichkeiten, über welche sie agieren konnten. Jedoch zeigen die Beispiele der Verhaftungen von PIUMA-Mitgliedern, und die aus dem Aktivismus resultierenden sozialen Ausgrenzungen aufgrund von Angst in der Gesellschaft, auch Grenzen auf. Dass es trotz der Idee des *global therapeutic citizen*, welches lokale Anliegen globaler gestalten will, viele Einschränkungen gibt. Dies bestätigt auch die Theoretikerin Richey. (vgl. Richey 2012: 827) Das Beispiel PIUMA's zeigt nicht nur eine politische Einschränkung in *advocacy-work* auf, sondern ebenso Einschränkungen aufgrund von fehlender Bildung. Dass die meisten von HIV/Aids-betroffenen Menschen, wie es Muhingo bereits erwähnte, einen zu geringen Bildungsgrad aufweisen, um eine NGO ohne Hilfe von außen betreiben zu können.

4.3.5 Kategorie 5: Konsequenzen durch die Verwendung der *Facscout* statt *Cyflow*

„[...] from looking at the number of people that have died in PIUMA for example, for me, we have a disaster in our hands.“ (Ntetema 2013: 16)

In einer demokratischen Welt gäbe es normalerweise eine Wahl meint Muhingo in Bezug auf die CD4-Zählmaschinen. In dieser Kategorie sollen die finanziellen und real-gesundheitlichen Dimensionen aufgezeigt werden, welche die Folgen der Verwendung der *Facscout* beschreiben.

Finanzielle Auswirkungen:

Offiziell ist der CD4-Test für alle gratis, wird in der *Furche* vermerkt. Der Finanzierungsvorgang für die ART läuft nach Muhingo so ab, dass die *Clinton-Foundation* ins Regierungsbudget einzahlt und davon dann die CD4-Tests der *Facscout* finanziert werden: 45.000 tansanische Shillings per Test und Person. Somit geht es hier um ein Preisverhältnis, wie in Kategorie drei bereits aufgezeigt, von circa 2:45, da der Test mit der *Cyflow* nur zwei USD kostet. Bevor der *Cyflow*-Test auf den Markt kam, kostete ein Test mit der *Facscout* 300.000 tansanische Shillings, dann sank er mit der neuen Konkurrenz auf 40 USD, in Kenya sogar auf 5 USD und nachdem die Konkurrenz verschwunden war, stieg der Preis wieder auf 40 USD. Der Maschinenkauf der *Facscout* kostet 20 000, der von *Cyflow* 17 000, aber das sei nicht das Thema, sagt Muhingo. Viele *Facscouts* wären ohnehin gespendet worden, aber die Betriebskosten wäre das Problem.

Laut *Furche* existiert ein Schweigen zu den hohen staatlichen Kosten, welche sich Tansania mit der *Facscout* aufbürdet, aber es ginge um sehr viel Geld, betont Ntetema. Und wie von ihr bereits diskutiert wurde, können sich nur reiche Tansanier_innen einen korrekten CD4-Test leisten, da diese in private- und Missionskrankenhäuser gehen können, wo die *Cyflow*-Maschine inoffiziell verwendet wird. Diese ist erstens billiger zu betreiben und zweites sind diese Personen in der Lage den Betrag für die Tests zu bezahlen, welcher in diesen Institutionen verlangt wird. Menschen ohne finanzielle Ressourcen müssten sich nun entweder mit fehlerhaften Testergebnissen der *Facscout* zurechtfinden oder ohne CD4-Test auskommen.

Auch Mattes, der eine Studie in Tanga/Tansania durchführte betont, dass Menschen mit mehr Ressourcen, oft Regierungsangestellte, die ihren Status nicht offenlegen wollen, in private Institutionen gehen. Dort würden sie vertraulicher behandelt werden, und müssten sich nicht genau an Termine und *check-ups* halten. Dafür würden sie aber auch für die Tests bezahlen. Dieser Luxus sei jedoch für die meisten tansanischen Bürger_innen unleistbar. (vgl. Mattes 2011: 167)

Reale/gesundheitliche Auswirkungen:

Die Auswirkungen sind nicht nur an den Kosten des Staates ersichtlich, sondern viel mehr an den betroffenen Menschen zu sehen. Jedoch gibt es wenige Statistiken und Dokumentationen, welche die Folgen der Verwendung der *Facscout* aufzeigen.

Laut Muhingo gibt es im ganzen Land nur siebzehn CD4-Maschinen die offiziell in Betrieb sind und das sei bei weitem nicht genug für ein Land mit 36 Millionen Einwohner_innen und zwei Millionen HIV-positiver Menschen, von denen 400 000 auf ARVs sind. Siebzehn Maschinen, welche noch dazu *Facscouts* sind, können diese Arbeit nicht erfüllen.

Das bedeutet, dass viele Menschen ihre Therapie ohne CD4-Test beginnen und früher von den ebenso gefährlichen Nebenwirkungen der Medikamente beeinträchtigt werden oder daran sterben.

Der Weg zu einem CD4-Test ist zu groß, so Ntetema. Die meisten Menschen sterben nicht am Virus, sondern weil sie keine Therapie zur richtigen Zeit bekommen. Bei infizierten Kindern und bei der Mutter-Kind-Übertragung muss das Kind/Baby den CD4%-Satz testen lassen, wozu die *Facscout* nicht in der Lage ist. Der Schluss daraus ist einfach, dass diese Kinder sterben würden. Dies sei somit eine Verweigerung des überlebensnotwendigen CD4-Tests und CD4%-Tests, sowie einer Therapie zur richtigen Zeit.

„You are denying this person the right to live, the right to be treated, the right for better health services.“ (Ntetema 2013: 14) Sie erwähnt in diesem Zusammenhang die Aufstände PIUMA's, welche jedoch auch unterdrückt- und PIUMA-Mitglieder bedroht wurden. Es sei den Menschen, welche bereits krank sind, nicht möglich immer zu kämpfen und gleichzeitig zu leben. Außerdem gebe es wenig Unterstützung und Unterstützer_innen für PIUMA, weil viele Angst haben ihre Arbeitsstellen zu verlieren oder im Gefängnis zu landen. Die Theoretiker Nguyen und Cyriaque (u.a.) sprechen in diesem Zusammenhang von biologischer und sozialer Verletzlichkeit in gesellschaftlichen Netzwerken. PLHAs wären einer Doppelbelastung ausgesetzt, da sie einerseits ihren „positiven Status“ einsetzen müssten, um an medizinische Ressourcen zu gelangen und andererseits ihr soziales Netzwerk aufrechtzuerhalten haben. (vgl. Nguyen, Cyriaque u.a. 2007: 32)

Für PIUMA-Mitglieder war dies die größte Herausforderung, da sie neben *advocacy*-Aktionismus, welcher für den Großteil der Gesellschaft einschüchtern wirkt, das Vertrauen zu Freunden und Familie aufrecht erhalten mussten. Und da TCs mit ihrem Status, einige wenige medizinische Rechte mehr erhalten als andere Bürger_innen, (vgl. Nguyen 2010 zitiert in Richey 2012: 841) kann dies vermutlich auch Reaktionen wie Neid und Missmut hervorrufen.

4.3.6 Kategorie 6: Journalismus und Medienarbeit zu HIV/Aids in Tansania

In dieser Kategorie wird fast ausschließlich Vicky Ntetemas Information über Journalismus als leitendes Element der CD4-Zähler-Debatte verwendet und herausgefunden inwiefern die öffentliche Medienarbeit das Potential hat, einen Beitrag zum Antikorruptionsdiskurs zu leisten.

Ntetema erklärt, dass eine Gruppe von Journalist_innen in Tansania, die *Association of Journalists against AIDS in Tanzania AJAAT*, dem Thema HIV/Aids besonders nachgeht. Die Journalist_innen dieses Vereins würden in ländliche Gegenden fahren und untersuchen warum die Infektionsrate in bestimmten Teilen des Landes höher ist als in anderen. Sie würden sich darüber informieren, ob die Patient_innen dort ihrer ART nachgehen und überprüfen wieviel Information über HIV/Aids diese Menschen erreicht. AJAAT sei auch dafür zuständig, dass neue Informationen in diese Gegenden gelangen und habe daher auch einen Bildungsauftrag.

Sie würden neue Gesetze und *policies* untersuchen oder neue Maschinen und Medikamente die auf den Markt kommen, um dann über sie zu berichten. Sollten Missstände oder Nichteinhaltungen bezüglich von der Regierung selbst erstellten Regelungen oder *policies* passieren, oder die Gesundheitsleistung in machen Gebieten versagen, machen sie Politiker_innen darauf aufmerksam und fordern sie auf, ihre Versprechen einzuhalten. Im Augenblick wird aber in den Medien nicht sehr viel über HIV/Aids gesprochen, meint Ntetema, eher über den Rückzug internationaler Geber_innen aus HIV/Aids-Programmen. Aber sie ergänzt, dass es hier um keine Krankheit ginge, die morgen verschwinden würde und daher wird das Thema auch nie aus den Medien verschwinden, sondern immer wieder neu aufgegriffen werden.

Unterkategorie: Beitrag zum Antikorruptionsdiskurs anhand der CD4-Zähler-Debatte

„This debate was hot in the media in year from 2005 to sort of 2006/2007. It was really, really hot.“

(Ntetema 2013: 4)

So leitet Ntetema zum Thema ein und betont wie betroffen Tansanier_innen über die Geschehnisse zu den CD4-Zählern waren. Die Debatte begann mit einem medialen Aufschrei, dass unverständlicherweise nur *Facscount*-Maschinen verwendet werden würden, berichtet *Thisday*. Daraufhin folgten, nach Ntetema, Beschwichtigungen vom Gesundheitsminister in den Medien, dass Untersuchungen auf der MUCHS im Gange seien, um diesen Fall zu klären. Der Endbericht kam auch offiziell heraus, jedoch im Vorteil der *Facscount* und die *Cyflow* sei öffentlich diskreditiert worden sein. Ntetema wurde ab einem bestimmten Zeitpunkt, daran gehindert über diesen Fall in der Öffentlichkeit zu berichten. Sie erzählt, dass ihr BBC-Boss sie eines Tages bat nicht mehr über diesen Fall in den Medien zu berichten, da er Anrufe von Politiker_innen bekommen hätte, die nicht damit einverstanden waren.

So wurde der Informationsfluss durch Ntetema unterdrückt und sie entschied sich, die Informationen auf lokale Medien und andere Journalist_innen zu verteilen, welche sie nach Außen tragen sollten. Sie meint, dass sie in diesem Prozess realisiert hatte, wie viele Verschwörungen und Bestechungen durch die „Amerikaner,“ (gemeint BD-Vertreiber und Firma) gegen die *Cyflow*, beginnend mit den Geschehnissen an der MUCHS, involviert waren. Auch die lokalen Journalist_innen seien schließlich bestochen- und der Informationsfluss so gestoppt worden sein. Auf diesem Weg wären die Informationen über CD4-Zähler um 2008 herum verschwunden. Erst 2012, meint Vicky, wurde die Thematik wieder neu aufgegriffen, als US-Diplomaten dazu befragt wurden, welche aber deren Beteiligung in Verschwörungen verneinten.

Es gab aber keine Antwort auf die Frage, warum die *Facscourt* in Tansania verkauft wird obwohl sie nicht für tansanische Lebensumstände geeignet ist. Die *Furche* berichtet von journalistischer Arbeit zu Korruption und Aids, welche trotz unterdrückender Mechanismen geleistet wurde. Zum Beispiel wird der Fall eines Journalisten erwähnt, der festgenommen wurde als er im Zuge der Anklagen gegen den Bischof in Makete tätig war.

Auch die Theoretikerin Judith Asher betont die Wichtigkeit von Medien im Kampf um das Recht auf Gesundheit und auch in der internationalen Bekanntmachung von lokalen oder nationalen Problemen, da dadurch ein Druck von außen entstehen würde, der Veränderungen verlangt. (vgl. Asher 2010: 5) Dies war unter anderem auch die Strategie von PIUMA, welche über nationale und internationale Medienpräsenz, Unterstützungen und Zuspruch erhielten, und so Druck auf den Staat, in Bezug auf Gesundenleistungen ausüben konnten.

„Documenting violations of the right to health, and using this information both for advocacy and for seeking remedies can alert the public to the reality of local conditions and what changes need to be made. Working with the media, NGOs can bring urgent problems to the attention of a wider public and can mobilize national and even international public pressure to bring about change.“ (Asher 2010: 5)

Dies ist auch der Anspruch des in Kapitel 2.4.3 beschriebenen *human rights based approaches*. Im Interview beschreibt Muhingo, dass die Medien in Tansania heutzutage viel freier seien als früher und ergänzt dass auch die *Top-leaders* neue Themen aufnehmen- und zuhören würden. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Möglichkeiten der Einforderung des Rechts auf Gesundheit über NGOs und die Medien, trotz der neuen Freiheit, von welcher Muhingo spricht, sehr minder erscheinen, speziell da, wo *advocacy-work* durch die Angst vor Konsequenzen stark eingeschränkt ist. In der *Furche* meint Muhingo, der betont selbst Menschen durch HIV/Aids verloren zu haben, wiederum: „Es ist besser im Kampf zu sterben, also kampfflos unterzugehen.“ (Muhingo zitiert in Furche 2008)

4.3.7 Forschungsfazit:

Die Expert_innen sprechen teils in detaillierten Beschreibungen, aber auch oft in unpräzisen Zuteilungen. Dies lässt die Handlungen des Gesundheitsministeriums, der Regierung und Regierungsbeamt_innen sowie anderer Mittelspersonen, oft miteinander verschwimmen. Jedoch wurde versucht, die Hauptaussagen klar herauszuarbeiten und auf das Anliegen des Forschungsvorhabens hin zu analysieren.

In Kategorie 1 wurde die prekäre gesundheitliche Situation in Tansania geschildert, welche sich auch auf den Bildungssektor ausbreitet. Dabei wurden Kostenprobleme bei der Behandlung von opportunistischen Infektionen angesprochen, sowie auch die Asymmetrie des Zugangs auf Gesundheitservice. Während reiche Menschen zwischen Gesundheitsinstitutionen wählen können, muss sich die ärmere Bevölkerung mit mangelhaft ausgestatteten und kostenpflichtigen Einrichtungen abfinden. Die Bestrebungen des Präsidenten und der *First Lady* sind jedoch darauf ausgerichtet, eine HIV/Aids-Agenda in alle politischen Bereiche einzuführen und sich besonders um Aids-Waisen zu kümmern.

In Kategorie 2 wurden Phänomene der Korruption und Machtkonstellationen behandelt, wobei der Begriff Korruption von den Expert_innen meistens als „Missbrauch von öffentlicher Macht zu private[m] Vorteil“ (Lambsdorff 2007 zitiert in Beck, Nagel 2012: 31f) definiert wird. In den Beschreibungen dieser geht es, wenn sie von Korruption sprechen, um alle drei theoretischen Ansätze, welche in der Einleitung erläutert wurden: Korruption als nutzenmaximierendes Verhalten, Missbrauch der von Übergeordneten anvertrauten Macht und Beeinflussung von öffentlichen Entscheidungen durch Bestechungsgelder. Korruption wird als internationales Phänomen mit besonderer Ausprägung in Afrika beschrieben. Es existieren aber Report-Mechanismen für die Bevölkerung, wenn Korruption beobachtet werden sollte. Die Meinungs- und Aussprachefreiheit in Bezug auf Politiker_innen soll über die letzten Jahre viel größer geworden sein. Der Journalist Muhingo unterteilt in große- und kleine Korruption und schiebt diese aber in die Kategorie „altes System“, wobei Korruption aber auch gegenwärtig offensichtlich von der Gesellschaft toleriert wird. Die Anschuldigungen gehen jedoch hauptsächlich an Beamte_innen in hohen medizinischen und politischen Positionen, wo diese für den eigenen Profit Machtabtritte des tansanischen Staates an beispielsweise multinationale Konzerne in Kauf nehmen.

Das Ergebnis davon ist der Erwerb von Produkten oder Dienstleistungen niedriger Qualität oder das Empfangen von Spendengeldern unter Konditionen. In Bezug auf den Konzern BD wird die Clinton-Foundation als Partnerin erwähnt, welche unverständlicherweise in den tansanischen *policy papers* unter den Gebergesellschaften keine explizite Erwähnung findet.

In Kategorie 3 wurde der Vorgang einer vermutlich von Korruption beeinflussten Evaluierung der CD4-Zählmaschine *Cyflow* beschrieben. Hier ist zusammenzufassen, dass einer von zwei Evaluationsberichten trotz Übereinstimmungen mit internationalen Studien, bewusst ignoriert wurde. Mit der Anerkennung des anderen Berichtes entschied der Gesundheitsminister, trotz medizinischer Widersprüche und mangelhafter Rechtfertigungen, gegen die *Cyflow* und zugunsten der amerikanischen *Facscout*. Die wissenschaftlichen Argumente aus internationalen Studien und Jumah Madatis Report schließen in Bezug auf dieses in Tansania verwendete Facscout-Modell eindeutig fundierter ab als die Argumentation des Gesundheitsministers.

Besonders bezüglich Preis, Inbetriebnahme und Funktion des Ermessens eines CD4%-Satzes, lässt sich der Vorteil für Tansania in der *Cyflow* erkennen. Außerdem werden ähnliche Beispiele einer Monopolisierung durch BD in anderen afrikanischen Ländern erwähnt, was vermuten lässt, dass sich bestimmte marktwirtschaftliche Strategien BDs wiederholen. Die Rolle der WHO wurde in Bezug auf diese Debatte insofern diskutiert, als dass Angestellte aus einer WHO-Abteilung an der Sabotage der *Cyflow* beteiligt gewesen sein sollen. Ebenso werden verschiedene Anschuldigungen an die WHO erhoben. Sie würde in diesem Falle Menschenrechtsverletzungen ignorieren und trotz ihrer einflussreichen Position als gesundheitspolitische Normengeberin, zu diesem Fall schweigen. Jedoch wird auch betont, dass diese Anschuldigungen differenziert zu betrachten sind, da die WHO mit Regierungen zusammenarbeite und nicht mit individuellen Forschern wie Jumah Madati. Dies ändert jedoch nicht die Tatsache, dass eine ineffiziente Maschine in Tansania vertrieben wird, welche gegen die Prinzipien der ART-Richtlinien der WHO verstößt.

Kategorie 4 bezieht sich auf die CD4-Zähler-Debatte auf lokaler Ebene. In der von HIV/Aids stark betroffenen Region Iringa, heute Njombe, wurde durch PIUMA's *advocacy-work* Widerstand gegen die Entscheidungen des Gesundheitsministeriums geleistet. Das Konzept des TC und des *expert-patients* gewinnt besonders hier an Bedeutung. Das Beispiel PIUMAs illustriert die direkten Auswirkungen von mangelhaften oder inexistenten CD4-Tests durch die Einführung der *Facscout*. In Kategorie 5 wurde aufgezeigt, dass die Preisdifferenz zwischen CD4-Tests mit *Cyflow* und *Facscout* bis ins Fündundzwanzigfache geht.

Der Staat hat aufgrund der hohen Betriebskosten der *Facscout* hohe Zahlungen zu leisten, welche anderen Bereichen des Gesundheitssystems somit fehlen. Bezüglich gesundheitlicher Auswirkungen, können außer dem Beispiel PIUMAs keine statistischen Beweise vorgelegt werden. Als Folge wird aber „die falsche Therapie zur falschen Zeit“ vermutet, da ohne CD4-Test das Immunsystem nicht effektiv abgeschätzt werden kann. Die schwerwiegendsten Folgen werden für Kinder unter fünf Jahren vermutet, welche mit bereits existierenden Behandlungslücken von der *Facscout* nicht auf ihren CD4%-Wert getestet werden können.

Aus Kategorie 6 ging hervor, dass die tansanischen Medien eine wesentliche Rolle in Sachen Aufklärungs- und Bildungsarbeit spielen. Die Freiheit der Medien soll über die letzten Jahre gewachsen sein und Politiker_innen können über sie auf Missstände und Ungleichheiten aufmerksam gemacht werden. Die Medien als Trägerinnen der CD4-Zähler-Debatte leisteten einen lebenswichtigen Beitrag für das Recht auf Gesundheit von PLHAs und gaben auch diesen eine Stimme, um öffentlich über ihre Situation sprechen zu können.

Das Anwenden der WHO-*building blocks* für Gesundheitssysteme aus Kapitel 3.3. 3.1 soll einen Überblick über die Auswirkungen der CD4-Zähler-Debatte auf das tansanische Gesundheitssystem schaffen:

In Bezug auf *Service Delivery* wurde die Möglichkeit für eine einwandfreie Therapie mit regelmäßigen und leistbaren CD4-Tests eingeschränkt. Ein Mangel in *Health workforce* zeichnet sich darüber aus, dass ausgebildetes Personal für die Bedienung der *Facscount* fehlt. Die *Health Information Systems* leiteten fehlerhafte und unzureichende Informationen zu den Rechten der Patient_innen und Aufklärung über CD4-Werte weiter.

Im Bereich des *Financing* ist eine ineffiziente Verteilung zugunsten der *Facscount* anstatt *Cyflow* festzustellen sowie eine wenig zielführende Umsetzung von Spendengeldern für HIV/Aids, da diese nach den ART-Richtlinien der WHO eingesetzt werden sollten. Bei access to essential medicines sind noch viele Fortschritte notwendig, wozu nicht nur das Bereitstellen von ARVs gehört, sondern ebenso der effiziente und nachhaltige Einsatz begleitender Laboruntersuchungen, darunter CD4-Tests. Zuletzt ist das Leadership/Government zu nennen, welches mit der Verantwortung, möglichst vielen Tansanier_innen eine ART anzubieten, transparente Rahmenbedingungen schaffen sollte, damit nicht nur internationale Partner_innen, sondern auch die Bevölkerung an Entscheidungen teilhaben kann. Diese Rahmenbedingungen sind jedoch noch nicht ausreichend geschaffen. (vgl. WHO 2010a: 6f)

5 Resümee

„No one should be denied access to life-saving or health-promoting interventions for unfair reasons, including those with economic or social causes.“ (Margaret Chan WHO Director General 2008 zitiert in WHO 2013: 94)

Aus dem Forschungsteil ging hervor, dass in den Jahren zwischen den jeweiligen Interviews (2007-2013) keine maßgeblichen Veränderungen bezüglich dieses Falles stattgefunden haben. Auslöser von Veränderungen oder Thematisierungen der kritischen Zustände geschahen hier entweder über die Medien oder *advocacy-work* von *therapeutic citizens* und lokalen NGOs wie PIUMA. In der Forschungsfrage wurde die Suche nach den Widersprüchen im tansanischen Gesundheitssystem in Bezug auf die Implementierung der ART formuliert. Mehrere Widersprüche wurden identifiziert, während aber nicht alle Vorannahmen aus den Hypothesen bestätigt werden konnten: Die Umsetzung von ART-Geldern durch das MohSW und Investitionen in Facscount-Maschinen zeigt auf jeden Fall profitorientierte und korrupte Züge auf, da Entscheidungen offensichtlich nicht in Hinsicht auf Verbesserung der medizinischen Infrastruktur, sondern in Bezug auf marktwirtschaftliche Vorteile gefällt wurden. Jedoch konnten diese nicht in Bezug auf bestimmte Akteur_innen identifiziert werden, da die Verkaufsstrategie von BD, einem absatzmarktorientierten Konzern, nicht per se als ein krimineller Akt bezeichnet werden kann. Ebenso wenig sind die von den Expert_innen vermuteten Schmiergeldzahlungen von BD an die *Muhimbili University* nachgewiesen. Jedoch ist die fehlende wissenschaftliche Sinnhaftigkeit der pro-Facscount- Entscheidung des Gesundheitsministers ohne die Vermutung von Schmiergeldern, auch sehr schwer nachvollziehbar. In den verwendeten tansanischen *policy papers* wird oftmals von mangelnden Ressourcen gesprochen (speziell was Labortests betrifft) und von der Notwendigkeit höherer Geldspenden, um eine bessere ART zu ermöglichen. Diese Argumentation widerspricht sich jedoch, wenn beachtet wird, dass die Investition in die viel teurer zu betreibende Facscount auf keinen Mangel von Ressourcen hinweist. Der Einsatz der Facscount in Tansania widerspricht eindeutig den ART-Richtlinien der WHO, jedoch ist fraglich, inwiefern die Einhaltung und Umsetzung dieser rechtlich bindend ist.

Die gesundheitliche Gefährdung der PLHAs in Tansania durch die Verwendung der Facscount ist nicht durch Statistiken belegt. Hier wäre es notwendig, über eine bestimmte Zeit *ART-follow-ups* und Krankheitsverläufe dahingehend zu untersuchen. Das einzige, jedoch signifikante Beispiel der direkten Auswirkungen zeigt sich an der NGO PIUMA, in welcher die Tode vieler Mitglieder auf die Verwendung der Facscount bzw. die Nichtverwendung einer solchen Maschine überhaupt zurückzuführen sind.

Das Konzept „Entwicklung“, welches im Zwischenfazit in Bezug auf die Verbesserung von Lebenserwartung und Kindersterblichkeit als ein geeignetes Instrument erschien, lässt sich in der CD4-Zähler-Entscheidung des MoHSWs auf Escobars *post-development* Ansatz übertragen, insofern dass jene vom Prozess ausgeschlossen wurden, welche von „Entwicklung“ eigentlich profitieren hätten sollten. (vgl. Escobar 2007:19f) Es scheint hier nicht ausschließlich die Zielgruppe zu sein, welche von der ART-„Entwicklungsleistung“ in Tansania profitiert. Die Hoffnung auf eine effiziente ART, nach internationalen Standards, durch Akteur_innen, welche „Entwicklung“ fördern sollten, wurde vielen PLHAs wieder genommen. Tansania hat, wie viele andere Länder, die MDGs unterschrieben, darunter das Ziel sechs, welches das Bekämpfen von HIV/Aids, Malaria und anderer Krankheiten beschreibt.

Das HSSP3 erwähnt dieses Ziel besonders in Bezug auf die Verminderung der Kindersterblichkeit, was jedoch wiederum im Widerspruch zur CD4-Zähler-Entscheidung steht. Hier erscheint bedenklich, dass die internationale Geber_innengemeinschaft, welche die internationale Entwicklungspolitik mit Fokus auf Menschenrechte und MDGs formuliert, in einem solchen Fall keine Position ergreift oder für die Klärung von Missständen einschreitet. Dies lässt darauf schließen, dass viele Geber_innen, Pharmakonzerne, NGOs und andere Organisationen das Konzept der EZA und „Entwicklung“ nach eigenen wirtschaftlichen Interessen nutzen und den eigenen Konzepten nicht immer gerecht werden. Denn „Aid business beschäftigt direkt und indirekt Millionen Menschen.“ (Schicho, Nöst 2006: 44)

Es ging klar hervor, dass in einem Land wie Tansania die Pharmaindustrie neben der Geber_innengemeinschaft eine große Rolle spielt. Sie hat durch das Mitwirken in der Forschung eines Landes und dem Anbieten von Medikamenten Zugang auf die jeweilige „Entwicklung“. Medikamente sind oft Ursache für Konflikte in der Gesundheitspolitik, weil private Herstellerfirmen viel Profit am Markt machen wollen. (vgl. Hein 2010: 182) Es lässt sich auch feststellen, dass „Entwicklung“ Machtungleichheiten durch das Einwirken auf das jeweilige Gesundheitssystem über Monopole, Patente und konditionierte Spenden, reproduzieren kann. „[...] inequity is systematic, produced by policies that tolerate or actually enforce unfair distribution of access to power, wealth, and other necessary social resources.“ (WHO 2013: 109)

Auch Budowski äußerte sich diesbezüglich mit Kritik und meinte bereits im Theorieteil der Arbeit, dass das Gesundheitssystem in der Realität nicht von der Bevölkerung mitbestimmt wird, sondern von mächtigen Eliten, welche Gesundheitsreformen ohne Mitsprache der Bevölkerung einführen. Um jedoch Veränderungen in Machtkonstellationen zu bewirken, bedarf es Raum und Platz für soziale Bewegungen und widerständische Mechanismen, von welchen Escobar in Kapitel Verortung von „Entwicklung“ und Entwicklungszusammenarbeit spricht. Es wurde dargelegt, dass politischer Aktionismus, wie er aus Südafrika bekannt ist, auch in Tansania viel erreichen konnte.

Für eine faire Partizipation der Bevölkerung an politischen gesundheitsbetreffenden Entscheidungen ist, daher eine „legal civic identity“ (WHO 2013: 158) wesentlich. So kann der Zugang zu sozialen Angeboten legal genutzt werden. In diesem Zusammenhang sollte beispielsweise der Status der *therapeutic citizens* ernstgenommen- und PLHAs ein Mitbestimmungsrecht eingeräumt werden:

„Ministries of Health can act as a catalyst to involve key people and institutions and reach beyond government to involve those affected by policies.“ (ebd.:118)

In diesem Bezug erweist sich der *human rights based approach* als eine sinnvolle Plattform, um Leistungen einzufordern. Trotzdem bleibt fraglich, ob jene PLHAs eine Möglichkeit auf ein *global therapeutic citizenship* mit den als universal deklarierten Rechten haben und mit der *global community* aufgrund ihres Status verbunden sind.

Die Akteursanalyse soll nun anhand einer Zusammenfassung beteiligter Akteur_innen in der CD4-Zähler-Debatte auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene in Bezug auf *post-development* fertiggestellt werden:

Der lokalen Ebene kann in Bezug auf die Entscheidung für die *Facscount* im Generellen keine wesentliche Verantwortung gegeben werden. Speziell hier aber sind die Folgen davon drastisch spürbar und es gibt keine Auswegmöglichkeiten für die lokale Bevölkerung. Das Beispiel des BLHs zeigt zwar, dass bestimmte politische Vorgänge Anklang bei lokalen Autoritäten finden können, wenn diese davon profitieren, aber es zeigt keine direkte Beteiligung dieser in der Entscheidung des MohSW.

Mit der nationalen Ebene gewinnt das Wort „Empfängerland“ (im Sinne von „Entwicklungsland“) in der CD4-Zähler-Debatte an besonderer Legitimation, denn hier geht es tatsächlich fast ausschließlich um das Empfangen von Geldern, Gütern und Dienstleistungen von Außen durch die tansanische Regierung und das MohSW. Das Empfangen betrifft in diesem Falle die Spenden von *Facscount*-Maschinen durch PEPFAR und die *Clinton-Foundation*, das vermutete Empfangen von Schmiergeldern durch einzelne Persönlichkeiten im Zuge der *Cyflow*-Evaluation, sowie die Implementierung einer Maschine, welche in einem Land wie Tansania nicht effizient eingesetzt werden kann. Systemische Korruption wurde im Forschungsteil auf allen Ebenen festgestellt und als eine große Schwäche des tansanischen Gesundheitssektors erkannt, welche von multinationalen Akteur_innen ausgenutzt werden kann und sich hauptsächlich auf jene Menschen auswirkt, die sich im untersten Bereich dieses Machtgefüges befinden: die HIV-Patient_innen und die Allgemeinbevölkerung.

Der internationalen Ebene muss in Bezug auf die CD4-Zähler-Debatte mit besonderer Aufmerksamkeit begegnet werden. In Kapitel 3.3.3 wurde aufgezeigt, dass das tansanische Gesundheitssystem ein Erbe der britisch-kolonialen Strukturen ist. Daher muss es im Kontext der Kolonialgeschichte und den damit verbundenen Machtkonstellationen betrachtet werden, in welchen es nicht allein, sondern als Teil eines großen Netzwerkes aus internationalen Geber_innen und den Erfindern von „Entwicklung“ fungiert. Hier wird nun die Brücke zu *post-development* geschlagen.

HIV/Aids in Afrika gilt als eine Lücke in diesem Konzept- da es um das Überleben von Menschen geht und es sehr unangenehm ist, diesen Bereich in Bezug auf Spendenabhängigkeit und „Entwicklung“ anzufechten. Wird zum Beispiel eine Therapie aufgrund weniger finanziellen Ressourcen unterbrochen, hätte dies fatale Folgen für die landesweite Ansteckungsgefahr und die Bildung von Resistenzen gegen die leistbaren *first-line ARVs*. (vgl. Hunsmann 2012: 90ff) Hier stellt sich wie in Kapitel 2.1 diskutiert die Frage, ob AIDS-Interventionen denn auch zu „Entwicklung“ gehören, was der Theoretiker Hunsmann auf jeden Fall bejaht:

„The international AIDS response is ‘development’ par excellence; it is a stereotypical example of the type of dependency relation radical critics of aid want to put an end to.“ (ebd.: 89f)

Außerdem hätte die Verbreitung von AIDS erst über „Entwicklung“, größere Mobilität, demographische Konzentration und moderne, aber in Tansania unsichere medizinische Praktiken in diesem Maße geschehen können. In einem prä-industriellen und prä-kolonialen Afrika, meint Hunsmann, hätte der Virus nie solche Ausmaße erreicht. (vgl. ebd.: 102)

Zusätzlich sei auch die Implementierung der ART in Tansania komplett fehlgeleitet:

„The undemocratic nature of AIDS-related decision-making in Tanzania is striking. [It] almost entirely bypasses domestic democratic structures.“ (ebd.: 93)

Jene internationalen Geber_innen, welche sich einst so sehr für demokratische Strukturen in Tansania einsetzten, wie die Weltbank, WHO, UNICEF und UNDP, widersprechen also ihren eigenen Konzepten. Regierungsbeamt_innen, welche HIV/Aids-Services umsetzen, berichten in erster Linie an ihre Geber_innen und nicht an die tansanische Regierung.

„By introducing this systematic donor-bias into domestic structures of political accountability, the inflow of external funding for HIV/AIDS contributes to the perpetuation of anti-emancipatory structures of domination.“ (ebd.: 94)

Sogar ein Spendenrepräsentant meint dazu:

„If you look at it, the TNCM [the National Coordination Mechanism of the Global Fund in Tanzania] is a blatant violation of good governance principles!“ (Interview Bilateral-31 zitiert in ebd.: 93)

Eine Umsetzung von *post-development*-Ideen wird in einer „long-term perspective“(ebd.:100) gedacht, während Aid-Geber_innen eher in Kurzzeitdimensionen planen. HIV/Aids wurde zum Beispiel zu Beginn als „humanitarian emergency“ (ebd.: 101),

als ein kurzzeitiger humanitärer Einsatz gehandhabt, welcher sich in Tansania zu einem Normalzustand entwickelte, da der Spendenfluss weiterbestand. Außerdem wurde als ethisch inkorrekt verstanden, die einzige Überlebenschance der PLHAs, welche von den ARVs abhängen, plötzlich abzdrehen. (vgl.ebd.)

Aus dem Vergleich der verschiedenen Ebenen ist jedoch herauszulesen, dass die nachhaltigsten Schäden im tansanischen HIV/Aids-Sektor durch eine Spendenabhängigkeit, an welcher das Leben einer ganzen Bevölkerung hängt, bewirkt werden können. Dies passiert allerdings auch mit Zustimmung der tansanischen Regierung, welche aufgrund einer beinahe vollkommenen Finanzierung der AIDS-Services durch externe Gelder, selbst weniger Ressourcen aufzustellen hat. Eine weitere destruktive Rolle kommt transnationalen Akteur_innen zu, welche aus einem kooperativen Netzwerk heraus agieren.

In diesem Fall besteht dieses Netzwerk aus dem Pharmakonzern BD, der *Clinton-Foundation* und dem PEPFAR-Fund und konnte in dieser Kombination nicht nur die finanziellen Lücken des Gesundheitssektors in Tansania decken, sondern gleichsam ein pharmazeutisches Monopol erschaffen. Welche nachhaltig schädigenden Dimensionen solche Interventionen erreichen können, wurde anhand der CD4-Zähler-Debatte ausführlich aufgezeigt.

Die Auseinandersetzung dieser Arbeit mit dem Recht auf Gesundheit sowie dem Recht auf Unabhängigkeit durch die Verwerfung des „Entwicklungskonzeptes“, stellt ein schwieriges Unterfangen dar. Die Widersprüche in Bezug auf Armut, Gesundheitspolitik und sozialer Partizipation, sollten auf jeden Fall nicht voneinander getrennt betrachtet werden, sondern in Kooperation mit den Vertreter_innen jener Menschen, die von einem Gesundheitssystem profitieren sollten, gelöst werden.

“In its [ART] distribution across the continents and in relation to access to drugs that can save lives, it is a global epidemic that defines the excluded of the world – the wretched of the earth. Above all, HIV/AIDS defines those who can purchase well-being and those who cannot.”
(Barnett and Whiteside 2002 zitieren in Hardon, Dilger 2011: 11)

6 Bibliographie

Agostino, Ana (2007): Post-development. Unveiling clues for a possible future. In: Ziai Aram (2007): Exploring Post-development. Theory and Practice, Problems and Perspectives. London, New York: Routledge. 197-212

AETC Natural Resource Center (2013): HIV Classification: CDC and WHO Staging Systems. http://www.aidsetc.org/aidsetc?page=cg-205_hiv_classification [Zugang: 25. 11. 2013]

Aids.gov (2013): Stages of HIV. <http://www.aids.gov/hiv-aids-basics/just-diagnosed-with-hiv-aids/hiv-in-your-body/stages-of-hiv/> [Zugriff 25. 11. 2013]

Aids.gov (2014): Opportunistic Infections. <http://aids.gov/hiv-aids-basics/staying-healthy-with-hiv-aids/potential-related-health-problems/opportunistic-infections/> [Zugriff: 8. 1. 2014]

AidsInfo (2013): HIV/Aids: The Basics. <http://aidsinfo.nih.gov/education-materials/fact-sheets/19/45/hiv-aids--the-basics#> [Zugriff: 22. 11. 2013]

AidsInfo (2013a): CD4 T Lymphocyte. <http://aidsinfo.nih.gov/education-materials/glossary/113/cd4-t-lymphocyte> [Zugriff: 22. 11. 2013]

aidsmap (2013): Use of ART while breastfeeding. <http://www.aidsmap.com/Use-of-ART-while-breastfeeding/page/1730678/> [Zugang: 27. 11. 2013]

Altmann Andre', LengauerThomas (u.a.) (2009): Bioinformatische Unterstützung der Auswahl von HIV- Therapien.<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00287-009-0352-7> [Zugriff: 24. 11. 2013]

Asher, Judith (2010): „Part 1: Gaining knowledge: Understanding the legal framework. Chapter 2: What is meant by the right to health” In: The Right to Health: A Resource Manual for NGOs. The Wallenberg Institute Professional Guides to Human Rights. Hrsg. Asher; Leiden, Boston: Martinus NIJHOFF Publishers. 27-44

Beck, Lotte; Nagel, Volker (2012): Korruption aus ökonomischer Perspektive. In: Graeff, Peter; Grieger, Jürgen (2012): Was ist Korruption? Begriffe, Grundlagen und Perspektiven gesellschaftswissenschaftlicher Korruptionsforschung. Baden/ Deutschland: Nomos. S. 31-41

Brailsford, Sally; Harper, Paul (u.a.) (2012): Health Systems. <http://www.palgrave-journals.com/hs/journal/v1/n1/pdf/hs20129a.pdf> [Zugriff: 29. 08. 2013]

Bliss, Frank; Neumann, Stefan (2008): Participation in International Development Discourse and Practice. „State of the Art“ and Challenges. INEF Report 94/2008. <http://inef.uni-due.de/page/documents/Report94.pdf> [Zugriff: 1. 12. 2013]

Budowski Monica (2007): „Policy matters“: Gesundheit und Entwicklung. In: Einführung in die Entwicklungssoziologie. Themen, Methoden, Analysen. Wien: Mandelbaum. 141-171

Brandl, Rainer (Juni 2007): The Treatment and Care Situation after the lock-out. http://rainerbrandl.blogspot.co.at/2007_06_01_archive.html [Zugang: 14. 1. 2014]

BzgA (2013): Gib Aids keine Chance. HIV-Übertragung. http://www.gib-aids-keine-chance.de/wissen/aids_hiv/hiv-uebertragung.php [Zugang: 12. 11. 2013]

Cataldo, Fabian (2008): New forms of citizenship and socio-political inclusion: accessing antiretroviral therapy in a Rio de Janeiro *favela*. In: *Sociology of Health & Illness*. Vol. 30; Nr. 6. 28. Aug. 2008. London: Goldsmiths, Department of Anthropology. 900-912 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2008.01124.x/pdf> [Zugriff: 20. 10. 2013]

CDC, Centers for Disease Control and Prevention (2013): About HIV/Aids. <http://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html> [Zugriff: 22. 11. 2013]

CHRAGG Commission for Human Rights and Good Governance (2001): <http://chragg.go.tz/docs/act/7-2001.pdf> [Zugriff: 15. 11. 2012]

DPG Development Partners Group (2008): Memorandum of Understanding between the Partners (Government of Tanzania & Development Partners) participating in the pooled funding („Basket“) of the Health Sector. 2008-2015
http://hdptz.esealtd.com/fileadmin/documents/Key_Sector_Documents/Induction_Pack/MoU-Health_Basket_2008_-_2015.pdf [Zugriff: 20. 12. 2013]

DPG Development Partners Group Tanzania (2012): Side Agreement between Health Basket Partners and the Government of Tanzania, Fiscal Year 2012/13. <http://www.tzdpdg.or.tz/index.php?id=1195> [Zugriff: 20. 12. 2013]

DPG Development Partners Group (2013): DPG Homepage. The Health Basket Fund. <http://www.tzdpdg.or.tz/index.php?id=1164> [Zugriff: 20. 12. 2013]

Englert, Birgit; Grau Ingeborg (u.a.) (2006): Globale Ungleichheit in historischer Perspektive. In: Nord-Süd-Beziehungen. Kolonialismen und Ansätze zu ihrer Überwindung. Wien: Mandelbaum-Verlag. 13-27

Escobar, Arturo (1995): Encountering Development. The Making and the Unmaking of the Third World. New Jersey: Princeton University Press

Escobar, Arturo (2007): `Post-development` as concept and social practice. In: Ziai, Aram (2007): Exploring Post-development. Theorie and practice, problems and perspectives. London, New York: Routledge. 18-33

Flick, Uwe (2002): Einleitung und Überblick. In: Innovation durch New Public Health. Göttingen, Bern u.a.: Hogrefe-Verlag. 3-20

Gomes, Bea de Abreu Fialho (2003): Entwicklungszusammenarbeit (EZA): Ein Werkzeug zur Gestaltung der Nord-Süd Beziehung. Wien: Mandelbaum. In: Die Praxis der EZA. Akteure, Interessen und Handlungsmuster. 13-27

Gomes, Bea de Abreu Fialho (2006): Geber-Empfänger-Beziehungen. Partnerschaften und Hierarchien. In: Gomes, Beatriz de Abreu Fialho; Maral-Hanak, Irmi; Schicho, Walter (Hg): Entwicklungszusammenarbeit. Akteure, Handlungsmuster und Interessen. Wien: Mandelbaum, 11-23.

Grieger, Jürgen (2012): Einleitung: Korruption, Korruptionsbegriffe und Korruptionsforschung. In: Graeff, Peter; Grieger, Jürgen (2012): Was ist Korruption? Begriffe, Grundlagen und Perspektiven gesellschaftswissenschaftlicher Korruptionsforschung. Baden/ Deutschland: Nomos. S. 3-13

Hall, John; Taylor Richard (2003): Health for all beyond 2000: the demise of Alma Ata Declaration and primary health care in developing countries. In: MJA The medical journal of Australia; Global Health; Vol. 178; 6. January 2003. <https://www.mja.com.au/journal/2003/178/1/health-all-beyond-2000-demise-alma-ata-declaration-and-primary-health-care> [Zugriff: 28. 10. 2013] 17-20

Halle Louis J. (1969[1967]): Der Kalte Krieg. Ursachen, Verlauf, Abschluss. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Hardon, Anita; Dilger, Hansjörg (2011): Global AIDS Medicines in East African Health Institutions. In: Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness. 30:2, 136-157 <http://dx.doi.org/10.1080/01459740.2011.552458> [Zugriff: 10. 10. 2013]

Hedlund, Stefan; Lundahl, Mats (1989): Ideology as a Determinant of Economic Systems: Nyerere and Ujamaa in Tanzania. Research Report Nr. 84. Upsala: The Scandinavian Institute of African Studies.

Hein, Wolfgang (2010): Gesundheit, soziale Ungleichheit und Global Health Governance. In: Kolland Franz, Dannecker Petra u.a. (2010): Soziologie der globalen Gesellschaft. Wien: Mandelbaum Verlag. 174-209

Hickey, Sam; Mohan Giles (2004): Relocating participation within a radical politics of development: insights from political action and practice. In: Hickey, Sam; Mohan Giles (Hrsg.): Participation. From Tyranny to Transformation? Exploring New Approaches to Participation in Development. London [u.a.]: Zed Books. 159-174

HIV positiv leben (2013): Symptome. <https://www.hiv.de/symptome.html?url=1> [Zugang 25. 11. 2013]

Hunsmann, Moritz (2012): `Alternatives to Development` and Acute Dependency: HIV/AIDS as a Blind Spot of Post-Development Theory? In: JEP Journal für Entwicklungspolitik (2012): Post-Development: Empirische Befunde. Vol.: 28; 4-2012. Wien: Mandelbaum Edition Südwind. 88-108

IHK (2014): CE-Kennzeichnung von Medizinprodukten.
<http://www.muenchen.ihk.de/de/innovation/Produktsicherheit-und-Managementsysteme/Produktsicherheit-CE-Kennzeichnung-und-Normen/Medizinprodukte> [Zugriff: 9. 12. 2013]

Kielmann, Karina; Cataldo Fabian (2010): Tracking the rise of the „expert patient“ in evolving paradigms of HIV care. In: AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 22:S1, DOI: 10.1080/09540121003721000. England, Wales, London: Routledge. 21-28
<http://dx.doi.org/10.1080/09540121003721000> [Zugriff: 15. 10. 2013]

Kothari, Uma (2006): An agenda for thinking about „race“ in development. In: Progress in Development Studies, 6 (1), 9-23.

Lancaster, Carol (2007): Why Foreign Aid? Setting the Stage. In: dies. Foreign Aid. Diplomacy, Development, Domestic Politics. Chicago: The University of Chicago Press. 1-25

Lange, Siri (2008): The Depolitization of Development and the Democratization of Politics in Tanzania: Parallel Structures as Obstacles to Delivering Services to the Poor. In: Journal of Development Studies. 44: 8. 1122-1144.

Lange, Siri; Wallevik, Hege (u.a.) (2000): Civil Society in Tanzania. CMI Report 6/2000.
<http://www.cmi.no/publications/file/988-civil-society-in-tanzania>. [Zugriff: 12. 12. 2013]

leDEA (2008): Antiretroviral Therapy in resource-limited settings 1996–2006: patient characteristics, treatment regimens and monitoring in Sub-Saharan Africa, Asia and Latin America. 870-879
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722496/> [Zugriff: 30. 10. 2013]

Liebold Renate, Trinczek Rainer (2009): Experteninterview. In: Kühl Stefan, Strodtholz Petra, Taffertshofer Andreas (Hrsg.) (2009): Handbuch. Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden. Wiesbaden/DL: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 32-57

Madati, Jumah (2007): Probe team on evaluation of Cyflow CD4 counting machine and the SD Bioline HIV rapid test kits (März 2007), Online: [http://www.cd4counter.blogspot.com/\[13.10.2009\]](http://www.cd4counter.blogspot.com/[13.10.2009]).

Madati, Jumah (2012): Ein Brief an den Gesundheitsminister. The story behind the muzzled probe team report on the *Cyflow* and the *SD Bioline Sagas*. [Noch nicht öffentliches Dokument, als e-mail verfügbar, Verfasser hat für seine Verwendung zugestimmt]

Matheson, Donna (2009): A right to health: Medicine as Western cultural imperialism. In: *Disability and Rehabilitation*, 2009; 31(14): 1191–1204
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09638280902773794> [Zugriff: 2. 11. 2013]

Mattes, Dominik (2011): „We are just supposed to be quiet“: The Production of Adherence to Antiretroviral Treatment in Urban Tanzania. In: *Medical Anthropology: Cross-cultural Studies in Health and Illness*. 30(2). London, Berlin: Routledge; Taylor & Francis Group. 158-182
<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01459740.2011.552454> [Zugriff: 21. 10. 2013]

Mayring, Phillip (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey, Günter/ Muck, Katja (Hrsg. 2010): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften, 601-613.

Mee Yu Ly, Easterbrook Phillipa (u.a.) (1997): Relationship between CD4 Count and CD4% in HIV-infected people. In: *International Journal of Epidemiology*. Vol. 26, Nr. 6; 1367- 1372
<http://ije.oxfordjournals.org/content/26/6/1367.long> [Zugriff: 8. 1. 2014]

Mohanty, Chandra Talpade (1994): *Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses*. In: Williams Patrick and Chrisman Laura 1994: *Colonial Discourse and Post-Colonial Theorie. A Reader*. New York: Columbia University Press. 196-221

MOH Ministry of Health Tanzania (1990): National Health Policy.
<http://www.tanzania.go.tz/pdf/Nationahealthpolicy.pdf> [Zugriff: 28. 10. 2013]

MoHSW Ministry of Health and Social Welfare/The United Republic of Tanzania (2003): Second Health Sector Strategic Plan HSSP 2. July 2003-June 2008. „*Reforms towards delivering quality health services and clients satisfaction.*” [http://ihi.eprints.org/803/1/MoHSW.pdf_\(30\).pdf](http://ihi.eprints.org/803/1/MoHSW.pdf_(30).pdf) [Zugang 10. 12. 2013]

MoHSW Ministry of Health and Social Welfare/The United Republic of Tanzania (2009): Health Sector Strategic Plan HSSP 3. July 2009-June 2015. „Partnership for Delivering the MDGs.” http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R226_MOHTanzania_2009_HSSP_III.pdf [Zugriff: 6. 6. 2013]

MoHSW Ministry of Health and Social Welfare/The United Republic of Tanzania (2010): National Guidelines for Home Based Care Services. National Aids Control Program NACP. <http://www.nacp.go.tz/documents/FINAL%20-%20Revised%20Guideline.pdf> [Zugriff: 20. 6. 2013]

MoHSW (2012): National Guidelines for the management of HIV and Aids. NACP National Aids Control Program 2009 [4th edition]. <http://www.nacp.go.tz/documents/nationalguideline42012.pdf> [Zugriff: 12. 12. 2013]

MohSW (2013): NACP, National Aids Control Program. Third Health Sector HIV and Aids Strategic Plan HSHSP 3. 2013-2017. http://ihi.eprints.org/2291/1/HSHSP_III_-_FINAL_Draft_15SEP2013__final_output_to_NACP_withNBTS_update04112013.pdf [Zugriff: 10. 12. 2013]

Muhingo Rweyemamu (2007): Interviewsequenzen für Forschungsteil. Geführt von Fabian Wirnsperger. S. 21-38

Murray, Sally (2006): Poverty and Health. Artikel in Public Health Magazin. CMAJ. 28. März 2006. 174(4). CMA Media: S. 923 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1405857/> [Zugang: 10. 8. 2013]

Nations Online (2013): Administrative Map of Tanzania. <http://www.nationsonline.org/oneworld/map/tanzania-administrative-map.htm> [Zugriff: 31. 1. 2014]

NCBI National Center for Biotechnology Information (2014): Multicenter Studies as Topic. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68015337> [Zugriff: 9. 1. 2014]

NewsMedical (2014): Flow Cytometry-What is Flow Cytometry? <http://www.news-medical.net/health/Flow-Cytometry-What-is-Flow-Cytometry.aspx> [Zugriff: 9. 1. 2014]

Nguyen, Vinh-Kim; Cyriaque, Yapo Ako (u.a.) (2007): Adherence as therapeutic citizenship: impact

of the history of access to antiretroviral drugs on adherence to treatment. In: AIDS Magazin 2007; 21; (suppl. 5)31-35 <http://journals.lww.com/aidsonline/pages/default.aspx> [Zugriff: 29. 10. 2013]

Ntetema, Vicky A. (2013): Interview zur CD4-Zähler Debatte geführt mit Elisabeth Zenz. S. 1- 19.

One World (2013): United Republic of Tanzania. Country Profile. <http://www.nationsonline.org/oneworld/tanzania.htm> [Zugriff: 12. 12.]

Pamoja (2010): Who killed Veneranda? <http://www.piuma-simba.org/site/> [Zugang: 14. 1. 2014]

Parmley, William W. (2000): Poverty and Health. In: Journal of the American College Cardiology. Vol. 35, Nr. 5. April 2000. San Fransisco, California: Elsevier Science. 1359-60 <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1126397> [Zugang: 11. 8. 2013]

PIUMA (2013): About PIUMA. <http://www.piuma-simba.org/site/about/> [Zugang: 2. 10. 2013]

Prime Ministers Office (2001): National Policy on HIV and Aids. <http://www.moh.go.tz/index.php/explore/policies/summary/26-policies/23-national-hiv-aids-policy-prime-ministers-office-2001> [Zugriff: 30.11. 2012]

PMO Prime Ministers Office (2009): NACP National Aids Control Program 2009 [3th edition]. National Guidelines for the management of HIV and Aids. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/tanzania_art.pdf [Zugriff: 1. 11. 2012]

Richey, Lisa Ann (2012): Councelling Citizens and Producing Patronage: AIDS treatment in South African and Ugandan Clinics. In: *Development and Change* 43(4). International Institute of Social Sciences. UK, USA: Blackwell Publishing. 823-845 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-7660.2012.01782.x/pdf> [Zugriff: 20. 10. 2013]

Rosenbrock, Rolf (2002): Die Public Health Perspektive: Krankheit vermeiden- Gesundheit fördern. In: Flick, Uwe (2002): Innovation durch New Public Health. Göttingen, Bern u.a.: Hogrefe- Verlag. 20-43

Ruger, Jenniver Prah (2003): Health and Development. In: The lancet. Vol. 362. 30. August. S. 678

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673603142432#> [Zugriff: 21. 10. 2013]

Schicho Walter, Barbara Nöst (2006): Entwicklungsdiskurs und Praxis der EZA: Konzepte, Akteure und Widersprüche. In: Entwicklungszusammenarbeit. Akteure, Handlungsmuster und Interessen. Wien: Mandelbaum Verlag. 43-65

Semali A. J. Innocent (2003): Understanding Stakeholders' Roles in Health Sector Reform Process in Tanzania: The Case of Decentralizing the Immunization Program. <http://ihi.eprints.org/1150/1/Semali%2CThesis.pdf> [Zugriff: 2. 6. 2013]

Spivak, Gayatri Chakravorty (1994): Can the subaltern speak? In: Williams, Patrick, Chrisman, Laura (1994): Colonial Discourse and Postcolonial Theory: A Reader. New York: Longman. 66-112

TACAIDS Tanzania Commission for Aids (2007): Annual Report 2007. Report for the Period July 2006- June 2007. <http://www.tacaids.go.tz/documents/TACAIDS%202007%20Annual%20Report.pdf> [Zugriff: 21. 6. 2013]

TACAIDS (2012): Public Expenditure Review, 2011 HIV and Aids. Tanzania Mainland. <http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/92798/> [Zugriff: 19. 12. 2013]

TACAIDS (2013): Tanzania Third National Multi-Sectoral Strategic Framework for HIV and Aids 2013/14-2017/18. http://www.tacaids.go.tz/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=25&Itemid=136 [Zugriff: 11. 12. 2013]

Tripp, Aili Mari (2000): Political Reform in Tanzania. The Struggle for Associational Autonomy. In: Comparative Politics Magazine. Vol. 32. No. 2. Jänner 2000. 191-214. <http://www.jstor.org/stable/422397?seq=1> [Zugriff: 2. 12. 2013]

UNAIDS/ WHO (2003): A history of the HIV/Aids epidemic with emphasis on Africa. http://www.un.org/esa/population/publications/adultmort/UNAIDS_WHOPaper2.pdf [Zugriff 21. 11. 2013]

UNAIDS (2010): Fact- sheet. Sub- saharan Africa.
http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_SSA_em_en.pdf [Zugriff: 21. 10.2013]

UNAIDS (2011): Data-Tables.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2225_UNAIDS_datatables_en.pdf [Zugriff 22.11. 2013]

UNAIDS (2013): Global fact sheet.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/20130923_FactSheet_Global_en.pdf [Zugriff: 21. 11. 2013]

UNAIDS (2013a): Aids by the numbers
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_en.pdf [Zugriff: 21. 11. 2013]

UNAIDS (2013b): UNAIDS report on the global Aids epidemic 2013.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf

UNAIDS (2013c): Treatment 2015.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2484_treatment-2015_en.pdf [Zugriff: 21. 11. 2013]

United Nations (2005): Millenium Project. Fast Facts: The faces of poverty.
<http://www.unmillenniumproject.org/documents/3-MP-PovertyFacts-E.pdf> [Zugriff: 26. 10.2013]

United republic of Tanzania (2013): History. <http://www.tanzania.go.tz/home/pages/72> [Zugriff: 11. 12. 2013]

United Republic of Tanzania (2003): HIV/Aids Care and Treatment Plan 2003-2008.
<http://www.nacp.go.tz/documents/careandtreatmentplan.pdf> [Zugriff: 10. 12. 2013]

USAID (2008): Tanzania HIV/Aids and Malaria Indicator Survey. 2007-08.

http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AIS6/AIS6_05_14_09.pdf [Zugriff: 10. 12. 2013]

Varela, Maria do Mar Castro; Dhawan Nikita (2005): Der orientalisierte Orient. In: Postkoloniale Theorie. Eine kritische Einführung. Bielefeld: transcript Verlag. 29-49

Weltbank (2014): How we Classify Countries. <http://data.worldbank.org/about/country-classifications> [Zugriff: 11. 1. 2013]

WHO (2005 [1964]): „WHO constitution 2005. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> [Zugriff: 25. 6. 2013]

WHO (2010): Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents. Recommendations for a Public Health Approach. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf [Zugriff: 10. 6. 2013]

WHO (2010a): Monitoring the building Blocks of Health Systems: A Handbook of indicators and their Measurement Strategies. http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf [Zugriff: 12. 12. 2013]

WHO (2012): Service Delivery Approaches to HIV Testing and Counselling (HTC): A Strategic HTC Programme Framework. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.pdf [Zugriff: 25. 10. 2013]

WHO (2013 [1978]): Deklaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [Zugriff: 24. 10. 2013]

WHO (2013): Commission of Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf [Zugriff: 25. 10. 2013]

WHO (2013a): Consolidated Guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV Infection. Recommendations for a public Health Approach. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en/index.html> [Zugriff: 24. 11. 2013]

WHO/UNHCR (2013): The Right to Health. Fact Sheet Nr. 31.
http://www.who.int/hhr/activities/Right_to_Health_factsheet31.pdf [Zugriff: 26. 10.]

Yaboah, Ian E. Av. (2006): HIV/Aids and the construction of Sub-Saharan Africa: Heuristic lessons from the social sciences for policy. 1128-1150
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953606005132#> [Zugang: 20. 12. 2013]

Ziai, Aram (2006): Zwischen Global Governance und Post-Development. Entwicklungspolitik aus diskursanalytischer Perspektive. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Ziai, Aram (2007): Development-discourse and its critics: an introduction to post-development. In: Ziai, Aram (2007): Exploring Post-development. Theorie and practice, problems and perspectives. London, New York: Routledge. 3-18

Ziai Aram (2008): Rassismus und Entwicklungszusammenarbeit. In: Gomes Bea, Schicho Walter, Sonderegger Walter (2008): Rassismus. Beiträge zu einem vielsichtigen Phänomen. 191-214

Zürcher Fausch, Nicole (2002): Die Problematik der Nutzung von Zwangslizenzen durch Staaten ohne eigene Pharmaindustrie: Zur instrumentellen Umsetzung von Art. 6 der Erklärung zum TRIPs und zum öffentlichen Gesundheitswesen. In: Aussenwirtschaft, 57. Jahrgang, Heft 4. Zürich: Rüegger. 495-522 <http://www.sglaw.ch/uploads/pdf/Zwangslizenzen.pdf> [Zugang: 24.10. 2013]

Zeitungsartikel:

Furche 2008 „Unsere Geräte wurden sabotiert“

Furche 2008 „Das Geschäft mit Aids“

Thisday (Datum unbekannt) „Makete Mission Hospital also involved in CD4 machine scam“

Thisday 2009 „HIV Test-kits row back in limelight with letter to Minister Mwakyusa“

Thisday; Wa Simbeye, Finnigan 09.02.2009: „WHO must conclude investigations into Cyflow sabotaging allegations“

Gazette; Baskind, Roy 2006: Corruption syphons AIDS money/Human greed compounds the misery of the HIV epidemic in sub-saharan Africa, in: The Gazette, 17.08.2006, S. A21

Mwananchi (Datum unbekannt) „Mashine, vipimo feki vya Ukimwi“

7 Anhang

Abstract auf Deutsch

HIV/Aids, ist eine Krankheit die einerseits als globale Bedrohung und andererseits als ein profitversprechendes Geschäft betrachtet wird. Das globale Angebot der antiretroviralen Therapie ART, mit welcher heutzutage eine beinahe durchschnittliche Lebenslänge erreicht werden kann, gestaltet sich global allerdings sehr divers und bei weitem nicht gerecht. Für manche mag die ART auf lokaler Ebene, neue soziale und ökonomische Möglichkeiten innerhalb eines *therapeutic citizenship* bedeuten, während andere Perspektiven die Einschränkungen und mit HIV/Aids verbundenen Abhängigkeiten beleuchten. Diese Arbeit befasst sich mit einer *post-development* Perspektive auf das Angebot der ART in Tansania, welches sich im Widerspruch zwischen internationaler Geber_innengemeinschaft und multinationalen Konzernen befindet. Anhand eines spezifischen Falles der CD4-Zählmaschine *Cyflow* (testet das Immunsystem für die Abstimmung der ART), welche von einer Monopolstellung innehabenden amerikanischen Version *Facscount* vom tansanischen Markt verdrängt wurde, wird versucht das „Entwicklungskonzept“ in Bezug auf westliche Dominanz in Gesundheitsrichtlinien und der Spendenabhängigkeit Tansanias, in Frage zu stellen. Vorgegangen wird mit der Hilfe von kritischen Entwicklungstheorien mit dem Fokus auf *post-development*, dem Konzept des *therapeutic citizenship* und dem Heranziehen von widerständischen Mechanismen anhand des Beispiels der lokalen NGO PIUMA, deren Mitglieder das tansanische Gesundheitssystem in Bezug auf Korruption und Profitorientierung kritisierten und anhand des *human rights based approaches* ihr Recht auf Gesundheit einforderten. Anhand von einer Akteursanalyse und vergleichender Analyse tansanischer *policy-papers*, wird das tansanische Gesundheitssystem in seinen Widersprüchen in Bezug auf internationale Normensetzung und Lobbying mit multinationalen Konzernen beleuchtet. Umfassende Überlegungen zu der überlebensnotwendigen ART in Tansania, mangelnden Einsatz des tansanischen Regierungsbudgets im HIV/Aids-Sektor und einem möglichen Austritt aus einer Spendenabhängigkeit, sollen einen Überblick über die ambivalente und asymmetrisches AIDS-Industrie bieten.

Abstract in English

HIV/Aids is a disease seen as a global threat by some and as a frugal business opportunity by others. With today's Antiretroviral Therapy (ART) a person living with HIV and Aids (PLHA) can almost live a normal, healthy life. Unfortunately, the same quality of this particular health service is not attainable throughout the world, if it is provided at all. The discussion about HIV/Aids embraces both, the level on which ART provides new social and economic opportunities for people and the other level of HIV/Aids, which is connected to restrictions and new dependencies. This paper utilizes a *post-development* perspective on the ART in Tanzania, which is a contradictory health-service in conflict with the international donor society, international health policies and multinational companies. The main subject given as an example for these contradictions is the debate around CD4-counters which are essential for ART being effective. In Tanzania two competing companies provide these life-saving machines. One of these, the American company BactonDickinson (BD), has established a monopoly and therefore the German machine *Cyflow* was ousted from the market. This monopoly of an obsolete CD4-counter *Facscount* and the fact that it can't be effectively used in a country like Tanzania is analysed in this paper with the aim of discarding the concept of „development“. The „development“-critical theories discussed in this paper address structures of dominance in international health regulations through players like WHO, the World Bank, UNDP, UNICEF and others. Furthermore, the discussion will connect these theories to Aids-related donor-dependency in Tanzania. The concept of *therapeutic citizenship* is helpful in addressing the needs of PLHAs. Movements of resistance, like the local NGO PIUMA, using the *human rights based approach*, gain more and more importance in claiming the use of sufficient ART, especially in times when the government does not provide sufficient health services because of profit-oriented and corrupt structures within government elites. An analysis of players within the Tanzanian health system and an analysis comparing Tanzanian policy papers show the contradictions in ART provision connected to international policy making and lobbying with multinational companies. This paper aims to provide a comprehensive overview of the asymmetrical AIDS-industry by discussing life-saving ARVs, the Tanzanian government budget and action for AIDS services and possible exits out of aid dependency.

Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name: Elisabeth Zenz
Nationalität: Österreich
Sprachen: Deutsch, Englisch und Swahili in Schrift und Sprache,
Schwedisch und Gebärdensprache im Anfängerlevel
E-Mail-Adresse: elisabethzenz@hotmail.com

Schulbildung- und Auslandsaufenthalte:

1991 – 1995 Volksschule
1995 – 1999 Hauptschule
2000 – 2004 Kindergartenpädagogik: Ausbildung zur Kinder- und
Kleinstkindpädagogin
2004 – 2005 Voluntariatsjahr in Tansania
2008 – 2014 Studium internationale Entwicklung
mit Fokus auf gender studies, der Sprache Swahili und Umwelt-
Ernährungswissenschaften
2010 – 2011 Studienjahr in Schweden/Lund mit dem Fokus auf gender studies,
Politikwissenschaft und Ernährungswissenschaften.

Berufliche Laufbahn:

2004 – heute Referentin für österr. Volksmusik- und Volkstanz an
Volksschulen und Kindergärten in der Steiermark
Auftraggeber: Steirisches Volksliedwerk;
Musikalische Früherziehung, Leitung von und Instrumentalgruppen
Clown Workshops mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

2006 – 2007 Journalistische Ausbildung und Tätigkeit bei Radio Afrika
2007 – 2008 Kaufmännische Anstellung bei EAWM (Evangelischer
Arbeitskreis für Entwicklungszusammenarbeit)
Arbeitsbereich: Kommunikation mit Partner- NGO,
Übersetzen/Dolmetschen Swahili – Englisch.