



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

HIV/AIDS als Herausforderung für das tansanische
Bildungssystem

Verfasserin

Verena Grünstäudl

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 390

Studienrichtung lt. Zulassungsbescheid:

Individuelles Diplomstudium Internationale Entwicklung

Betreuerin:

ao.Prof. Univ.DoZ. Mag. Dr. Irmtraut Maral-Hanak

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG.....	IV
VORWORT.....	VI
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VII
1. EINFÜHRUNG	1
1.1. VORANNAHMEN UND FORSCHUNGSFRAGEN	4
1.2. METHODIK	6
1.3. AUFBAU DER ARBEIT.....	9
2. HIV/AIDS IN TANSANIA.....	10
2.1. SOZIOÖKONOMISCHE HINTERGRÜNDE	10
2.1.1. <i>Armut</i>	10
2.1.2. <i>Urbanisierung/Migration</i>	12
2.2. MEDIZINISCHE URSACHEN	13
2.3. SOZIOKULTURELLE HINTERGRÜNDE	14
2.3.1. <i>Der Einfluss von Kultur</i>	15
2.3.2. <i>Tabuisierung/Kommunikation</i>	20
2.3.3. <i>Stigmatisierung und Diskriminierung</i>	26
2.3.4. <i>Vulnerable Bevölkerungsgruppen</i>	28
2.4. DER EINFLUSS VON RELIGION	36
2.5. DIE RECHTLICHE SITUATION	39
3. DAS BILDUNGSSYSTEM TANSANIAS.....	42
3.1. GESCHICHTLICHER ABRISS.....	43
3.1.1. <i>Im Kolonialismus</i>	43
3.1.2. <i>1961– 1985</i>	44
3.1.3. <i>1986 – 1995</i>	47
3.1.4. <i>1996 – 1999</i>	50
3.1.5. <i>2000 – 2010</i>	51
3.2. AUFBAU DES BILDUNGSSYSTEMS.....	54
3.2.1. <i>Das formale Bildungssystem</i>	54
3.2.2. <i>Das non-formale Bildungssystem und informelle Bildung</i>	55
3.3. DIE QUALITÄT DER BILDUNG	56
4. MAßNAHMEN IM KAMPF GEGEN HIV/AIDS IN TANSANIA	59
5. AKTUELLE SITUATION VON HIV/AIDS IN TANSANIA	70
5.1. SOZIOÖKONOMISCHE AUSWIRKUNGEN.....	70
5.2. AUSWIRKUNGEN AUF DEN GESUNDHEITSSEKTOR.....	75

5.3. AUSWIRKUNGEN AUF DAS TANSANISCHE BILDUNGSSYSTEM	77
5.3.1. <i>Die Situation der SchülerInnen</i>	84
5.3.2. <i>Die Situation der LehrerInnen</i>	93
6. ANSÄTZE IN DER TANSANISCHEN HIV/AIDS-PRÄVENTIONSARBEIT	108
6.1. THEORETISCHE ANSÄTZE UND MODELLE	109
6.1.1. „KAP“/ „KAB“-Modell	109
6.1.2. „Health Belief“-Modell	110
6.1.3. „Theory of Reasoned Action“ (TRA) und „Theory of Planned Behaviour“ (TPB)	110
6.1.4. „Social Cognitive“-Theorie (SCT)	111
6.1.5. „Maastricht“ ASE-Modell	111
6.1.6. „Intervention Mapping“ (IM)	111
6.1.7. „Stages of Change“-Modell	112
6.1.8. „Peer education“	112
6.2. PRAKTISCHE ANSÄTZE	118
6.2.1. „ABC“-Ansatz	119
6.2.3. „Edutainment“	124
6.2.4. „Voluntary Counselling and Testing“ (VCT)	131
6.4. BEVORZUGTE INFORMATIONSQUELLEN	134
6.5. „SEXUALITY EDUCATION“ – EINE BEGRIFFSKLÄRUNG	140
6.6. SCHULEN ALS GEEIGNETE ORTE DER AUFKLÄRUNG?	142
7. CONCLUSIO	156
8. LITERATURVERZEICHNIS.....	164
9. APPENDIX.....	187
9.1. ZUSAMMENFASSUNG	187
9.2. ABSTRACT	188
9.3. CURRICULUM VITAE	189

Danksagung

Sehr viele Menschen haben mich auf die eine oder andere Weise beim Verfassen dieser Arbeit bzw. bereits bei dem ihr zugrunde liegenden Auslandsaufenthalt und dessen Vorbereitungen unterstützt. Leider ist es mir nicht möglich sie hier alle namentlich zu erwähnen, was meinen Dank jedoch nicht schmälern soll.

Zu allererst möchte ich mich ganz herzlich bei meinen „Tansania-FreundInnen“, Friedrich und Elfriede Walterskirchen sowie Petra Gehrer für ihre liebevolle Hilfe bei der Vorbereitung meines ersten Tansania-Aufenthaltes, bedanken. Der Landjugend NÖ, die mich finanziell unterstützte, als auch den damit verbundenen Personen, die für mich den Kontakt nach Tansania hergestellt haben, sei hier ebenfalls gedankt. Auch Christina und Dominique, die mich begleitet und unterstützt haben, danke ich von Herzen.

Drei Frauen und einem Mann aus Tansania bin ich besonders zu Dank verpflichtet: Sista Lwanga, Sista Amani, Sista Amina sowie Bruder Barnabas. Sie alle haben mir ihre Gastbereitschaft und Hilfe zu Teil werden lassen und mir dieses Land näher gebracht. Durch den Alltag mit ihnen konnte ich ein tieferes Verständnis gewinnen, als dies alleine möglich gewesen wäre.

Sista Lwanga, die mir bis heute eine Freundin geblieben ist, gewährte mir durch teils nächtelange Gespräche Einblick in den soziokulturellen Kontext. Sie war es auch, die mich teilweise als Dolmetscherin bei Interviews unterstützte und mich aufbaute, wenn mich die Ereignisse eines Tages zu sehr mitgenommen hatten. Ich bewundere sie bis heute für ihre Lebensfreude, die sie trotz der vielen tagtäglichen belastenden Erlebnisse behalten konnte und durch die sie jedem Menschen, mit einem Lächeln im Gesicht Mut zuspricht.

Sista Amani bot mir durch ihre liebevolle Art ein wunderschönes Zuhause in Tansania, wofür ich ihr ewig dankbar sein werde.

Sista Amina unterstützte mich bei der Erstellung der Fragebögen, half mir die Menschen mit HIV/AIDS aufzusuchen und erstaunte mich immer wieder durch ihr unerschütterliches Engagement in der HIV/AIDS-Beratungsstelle in Chipole.

Natürlich möchte ich auch allen Interviewten danken, die den Mut hatten sich mir gegenüber zu öffnen und mir dadurch einen spannenden Einblick in ihr Leben gewährten.

Beim Team des Youth Pavilion der XVIII. World Aids Conference, welches mir die Möglichkeit gegeben hat mitzuarbeiten und dadurch einen aktuellen Einblick in die Problematik zu bekommen, möchte ich mich ebenfalls bedanken.

Ein Dank gilt auch all meinen FreundInnen, die mich immer wieder beim Verfassen dieser Arbeit durch ihre offenen Ohren und ihre geduldige und ermutigende Art unterstützten.

Ganz besonders bin ich natürlich meiner Betreuerin vom Institut für Afrikawissenschaften an der Universität Wien, ao.Prof. Univ.Doz. Mag. Dr. Irmtraut Maral-Hanak, zu Dank verpflichtet, die mir Tansania bereits in den Jahren zuvor auf interessante Weise nähergebracht hat und mir während des gesamten Prozesses aufbauend und konstruktiv zur Seite stand.

Schließlich möchte ich auch noch meiner Familie, insbesondere meinen Eltern danken, ohne deren Hilfe all dies niemals möglich gewesen wäre. Sie haben mir immer Mut gemacht und mich darin unterstützt, meinen Weg zu gehen, selbst als dieser mehr als 6.500km weit weg, bis nach Tansania, geführt hat.

Vorwort

Die Tatsache, dass HIV/AIDS eine enorme Herausforderung für die internationale EZA darstellt, da die Pandemie¹ vor keinem Land dieser Erde Halt macht sondern Menschen jeder Klasse heimsucht, machte es für mich bereits vor einigen Jahren zu einem interessanten Thema.

Da ich mir sehr gut vorstellen kann später einmal in diesem Bereich zu arbeiten, entschloss ich mich, mich mit dieser Materie genauer auseinanderzusetzen.

Auch der Fokus auf Ostafrika stand für mich aus familiären Gründen bereits seit Beginn meines Studiums fest. Da ich im Zuge desselbigen zwei Jahre lang Kiswahili lernte, stand einem Auslandsaufenthalt zu Forschungszwecken in dieser Region nichts mehr im Wege. Die sehr berührende Zeit die ich in Tansania hatte (Juli/August 2009), bestärkte mich erneut in der Wahl meines Themas. Dort durfte ich Zeuge vieler bewegender Lebensgeschichten und tapferer, kämpfender Menschen werden. Die Hoffnung und der Mut, mit dem viele HIV/AIDS-Betroffene ihren Alltag meisterten, als auch die Probleme und Herausforderungen, mit denen sie tagtäglich zu kämpfen hatten, bestärkten mich in dem Wunsch mich diesem Thema genauer zu widmen.

Seitdem hat mich diese Pandemie keinen Tag mehr losgelassen, weshalb ich mich im Herbst 2009 für die ehrenamtliche Mitarbeit an der XVIII. International AIDS Conference in Wien bewarb. In den folgenden neun Monaten arbeitete ich, als eines von drei österreichischen Mitgliedern des „Youth Pavilion“ im „Global Village“, an dessen Entstehung mit. Dabei kam ich mit vielen anderen engagierten jungen Menschen aus verschiedensten Ländern in Kontakt. Davon angespornt möchte ich mich nun auch in Österreich, u.a. durch präventive Workshops an Schulen, für mehr sexuelle Gesundheit einsetzen.

¹ Ich werde in meiner Arbeit sinngemäß sowohl den Begriff der Epidemie, als auch jenen der Pandemie verwenden. Um besser verstehen zu können, worin sich beide unterscheiden, möchte ich sie nun kurz erklären. Epidemie = „zeitlich u. räumlich begrenzte starke Zunahme des Vorkommens v.a. von Infektionskrankheiten (zunehmende Prävalenz) aufgrund der Zunahme einer wesentlichen Exposition, gefolgt von starkem Rückgang des Erkrankungsvorkommens; z.B. aufgrund verstärkter Exposition von Infektionserregern“ (de Gruyter a, n.d.). Pandemie = „Epidemie, die sich über Länder u. Kontinente ausbreitet u. i. d. R. eine große Anzahl von Menschen betrifft“ (de Gruyter b, n.d.). Wenn ich also von der Situation in Tansania spreche, verwende ich den ersten Begriff, beleuchte ich jedoch die globale Situation, so spreche ich von einer Pandemie.

Abkürzungsverzeichnis

ACRWK	Afrikanische Charta über die Rechte und das Wohl des Kindes
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrom
ART	Antiretroviral Therapy
BEDC	Basic Education Development Committee
BEMP	Basic Education Master Plan
CBO	Community Based Organisation
COBET	Complementary Basic Education Programme
EFA	Education For All
ESDP	Education Sector Development Programme
ETP	Education and Training Policy
EZA	Entwicklungszusammenarbeit
FBO	Faith Based Organisation
FGM	Female Genital Mutilation
GCWA	The Global Coalition on Women and AIDS
GER	Gross Enrolment Rate
GFATM	Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria
GHC	Global Health Council
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPI	Human Poverty Index
IAE	Institute of Adult Education
IEC	Information, Education, Communication
ILO	International Labour Organization
IWF	Internationaler Währungsfonds
KRK	UN-Kinderrechtskonvention
MDGs	Millenium Development Goals
MKUKUTA	Mkakati wa Kukuza Uchumi na Kupunguza Umaskini
MoEC	Ministry of Education and Culture
MoEVT	Ministry of Education and Vocational Training
MoHSW	Ministry of Health and Social Welfare
MTP	Medium Term Plan
NACP	National Aids Control Program
NECTA	The National Examination Council of Tanzania

NER	Net Enrolment Rate
NGO	Non Government Organisation
NMSF	National Multisectoral Strategic Framework
OAU	Organization of African Unity
OEFS	Österreichische Forschungsstiftung für Entwicklungshilfe
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
OVC	Orphans and Vulnerable Children
PASHA	Prevention and Awareness at Schools of HIV/AIDS
PEDP	Primary Education Development Plan
PEPFAR	Presidential Emergency Plan for AIDS Relief
PLWHA	People Living with HIV and AIDS
PRSP	Poverty Reduction Strategy Papers
SAP	Strukturanpassungsprogramm
SEDP	Secondary Education Development Plan
SRE	Sex and Relationships Education
SRH	Sexual and Reproductive Health
STD	Sexually Transmitted Disease
STI	Sexually Transmitted Infection
STP	Short Term Plan
TACAIDS	Tanzanian Commission for/on? AIDS
TIE	Tanzania Institute of Education
TMAP	Tanzania Multisectoral AIDS Project
TPR	Teacher-Pupil-Ratio
TSh	Tanzanian Shilling
UDSM	University of Dar es Salaam
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNCHR	United Nations Commission on Human Rights
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNDP	United Nations Development Programme
UNGASS	The United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNIFEM	United Nations Development Fund for Women
UPE	Universal Primary Education
URT	United Republic of Tanzania

VCT	Voluntary Counselling and Testing
WB	World Bank
WFDD	World Faith Development Dialogue
WHO	World Health Organization

1. Einführung

Im Mittelpunkt meiner Arbeit zu HIV/AIDS und Bildung in Tansania stehen Menschen – vor allem Menschen, die in unterschiedlichem Ausmaß von Infektionen oder Krankheiten betroffen sind, weiters Menschen, die sich um Aufklärung und Prävention bemühen. Mir ist bewusst, dass von HIV/AIDS betroffene Menschen in Subsahara-Afrika oftmals zu Zahlen gemacht werden, wodurch die Gefahr besteht, den Blick für die einzelnen Schicksale dahinter zu verlieren (vgl. PCD; Weltbank, 2008:11). Und doch sind Zahlen wichtig, um zumindest einen ungefähren Einblick bzgl. der Größenordnung und Herausforderung dieser Pandemie zu vermitteln. So stehen auch hier am Anfang einige Statistiken, die einen Einstieg ermöglichen sollen.

Seit Beginn der Pandemie haben sich laut UNAIDS bisher weltweit geschätzte 60 Millionen Menschen mit dem HI-Virus angesteckt. Mindestens 25 Millionen Menschen starben bereits an Ursachen, die im Zusammenhang mit dem menschlichen Immunschwächevirus standen (vgl. UNAIDS; WHO, 2009a:1) und UNAIDS schätzt, dass bis zum Jahr 2025 zwischen 53 und 66 Millionen weitere Menschen an der Seuche sterben werden (vgl. UNAIDS, 2005:193). Bis 2010 soll es durch die Pandemie alleine in Afrika zu einer Bevölkerungsabnahme von ca. 71 Millionen Menschen kommen (vgl. Dilger, 2005:17). Derzeit leben weltweit rund 33,4 Millionen Menschen mit HIV/AIDS. Damit stellt die Pandemie eine globale Herausforderung für die weltweite Entwicklung und Sicherheit dar (vgl. UNAIDS; WHO, 2009a:1).

Afrika südlich der Sahara ist besonders von HIV/AIDS betroffen: 67% aller HIV-Infizierten leben in dieser Region der Erde, 91% aller Neuinfektionen bei Kindern finden in diesem Gebiet statt. Bereits mehr als 14 Millionen Kinder wurden allein in Subsahara-Afrika durch diese Epidemie zu Waisen (vgl. UNAIDS; WHO, 2009a:1). Im Jahr 2007 lebten allein in Tansania 970.000 Waisenkinder (vgl. UNAIDS; WHO, 2008:6).

Im Moment sind laut Schätzungen von UNAIDS rund 1.400.000 Menschen in Tansania mit HIV infiziert², 140.000 davon sind Kinder. Zwischen 2001 und 2007 stieg sowohl bei den Kindern, als auch den Frauen die Anzahl der Menschen mit HIV um 20.000 an. Die Prävalenz³ bei den Erwachsenen (15-49 Jahre) sank hingegen von ursprünglich 7,0% (2001) auf 6,2% herab.

² Simulationsmodelle gehen jedoch davon aus, dass nur einer von vierzehn Fällen offiziell gemeldet wird (vgl. Kaaya, Leshabari & Tengia-Kessy, 2008:136).

³ Prävalenz ist die „Häufigkeit einer Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt bezogen auf eine bestimmte Bevölkerung“ (Benn and Weinreich, 2003:150).

Trotz einiger Verbesserungen⁴ bleibt die Lage in Tansania weiterhin prekär (vgl. UNAIDS; WHO, 2008:4). Verglichen mit anderen Ländern hat Tansania eine HIV/AIDS Epidemie mittleren Schweregrades (vgl. Arndt and Wobst, 2002:1).

Aufgrund von HIV/AIDS kam es in zahlreichen Ländern Afrikas zu tiefen Einschnitten in der sozialen, wirtschaftlichen, gesundheitlichen und bildungspolitischen Entwicklung. Das UNDP schätzt, dass viele afrikanische Ökonomien bis zum Jahr 2020 um 20-40% kleiner sein werden, als sie ohne den negativen Einfluss von HIV/AIDS gewesen wären. Die Folgen der Pandemie, sowie strukturelle Faktoren wie z.B. Verarmung und niedrige Bildungsstandards sind für einen stetigen Zuwachs der Infektionsraten verantwortlich. In vielen Ländern kann dieser „Teufelskreis“ nur noch sehr schwer durchbrochen werden (vgl. Dilger, 2005:17). Fortschritte einiger afrikanischer Länder drohen durch die HIV/AIDS-Pandemie gefährdet zu werden.

„Die Summe dieser Einzelschicksale addiert sich zu einem immensen sozialen, ökonomischen und damit zu einem zentralen Entwicklungsproblem“ (Wilhelm, 2001:3).

Laut Wilhelm werden auch die Staatsapparate und Zivilgesellschaften stark durch die Pandemie geschwächt, was zu politischer Instabilität führen könnte (vgl. Wilhelm, 2001:3f).

In meiner Arbeit wende ich mich insbesondere den Kindern (0-14 Jahre) (vgl. UN n.d.) sowie Jugendlichen (15-24 Jahre) (vgl. UN n.d.) zu, die den Prozess der Adoleszenz⁵ durchlaufen. Meine Konzentration auf eben diese Bevölkerungsgruppen resultiert aus der Tatsache, dass besonders Kinder und Jugendliche⁶ auf mehrere Arten unter HIV/AIDS leiden und aus der Annahme, dass HIV/AIDS Programme, die für diese Menschen zugeschnitten sind, Investitionen in eine bessere Zukunft darstellen, da vor allem junge Menschen optimistisch, idealistisch und tatkräftig sind. Sie haben den Wunsch die Welt zu einem besseren Ort zu machen.

⁴ 2007 betrug die HIV-Prävalenzrate bei Erwachsenen (15-49 Jahre) in Tansania 5,7%, im Vergleich zu den 7,0% von 2004. Vertraut man auf diese Zahlen, so wurden bereits deutliche Verbesserungen erzielt (vgl. UNAIDS; WHO, 2009b:19).

⁵ Als Adoleszenz wird jener Übergang zwischen Kindheit und Erwachsenenalter bezeichnet, der durch viele körperliche, mentale und soziale Reifungsprozesse gekennzeichnet ist. Diese Zeit zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Jugendlichen körperlich rascher entwickeln als mental, emotional und sozial. Dies ist oftmals problematisch, da sie bereits früh sexuell aktiv werden, ohne in der Lage zu sein, die Folgen ihres Handelns auch tatsächlich abschätzen zu können. Dadurch kommt es oftmals zu riskantem Sexualverhalten, sowie Experimenten mit Drogen oder Alkohol (vgl. Hema, Mujaya and Schapink, 1997:163f.).

⁶ Während die Prävalenz bei den bis zu 15-Jährigen sogar in den am schlimmsten betroffenen Ländern der Erde meist noch relativ gering ist und daher Anlass zur Hoffnung gibt, steigt sie anschließend enorm an. Jugendliche aus Subsahara-Afrika machten 2007 ca. ein Viertel aller Menschen mit HIV weltweit aus. (vgl. Anemona, Chungalucha and Cleophas-Mazige, 2007:1944). Über 50% aller Neuinfektionen jedes Jahr passieren in dieser Bevölkerungsgruppe (vgl. Klepp et al, 2006:441).

Daher liegt genau dort das Potenzial und die große Aufgabe für formale⁷ und non-formale⁸ Bildung, die Pandemie zu bekämpfen und dafür Sorge zu tragen, dass diese Kinder weiterhin HIV-negativ bleiben (vgl. Kelly, 1999:7f.).

Junge Menschen machen derzeit rund 60% der Bevölkerung Afrikas aus, 2015 rechnet man mit einem Anteil von 75%. 36,9% der ArbeiterInnen Afrikas sind Jugendliche. Über 53% aller Todesfälle bei dieser Bevölkerungsgruppe lassen sich auf HIV/AIDS zurückführen. 2007 schätzte die Global Youth Coalition on HIV/AIDS, dass sich täglich 5.000 junge Menschen in Afrika durch heterosexuellen Verkehr neu mit dem Virus infizieren (78% davon sind junge Mädchen) und bereits 3,2 Millionen junge Menschen in Subsahara-Afrika mit HIV leben. Trotz geringer Erfolge muss der Schwerpunkt in der internationalen EZA laut den Vereinten Nationen (UN) vermehrt auf Kinder und Jugendliche gelegt werden, weshalb diese das Jahr 2010-2011 offiziell als „International Year of Youth: Dialogue and Mutual Understanding“ deklarierten (vgl. UN, 2010:1f.).

Ich widme mich in meiner Arbeit jungen Menschen bis zu 24 Jahren, da ich ebenso wie Hema, Mujaya und Schapink (1997:166) der Überzeugung bin, dass eine reine Konzentration auf Primar- oder SekundarschülerInnen nur von geringem Erfolg geprägt wäre. Viele Kinder schaffen es nämlich nicht regelmäßig in die Primarschule zu gehen, bzw. kommen nie in die höheren Klassen. Der Besuch einer Sekundarschule stellt für die meisten einen Wunschtraum dar, weshalb der alleinige Fokus auf Schulkinder nicht ausreicht. Es ist m.A. nach auch wichtig, sich ebenfalls auf jene Kinder zu konzentrieren, die nicht (mehr) zur Schule gehen. Am besten wäre es überhaupt, sich auf bestimmte Altersgruppen zu konzentrieren, anstatt auf Schulklassen, da in vielen tansanischen Klassen Kinder unterschiedlichen Alters und daher auch Wissensstands sowie körperlicher Entwicklung sitzen (vgl. Hema et al, 1997:166).

Da ich generell der Auffassung bin, dass Programme umso erfolgreicher sind, je mehr sie in die Gesellschaft und deren Strukturen eingebettet sind, habe ich auch versucht ein wenig auf die kulturellen Rahmenbedingungen, sowie die Ansichten der Eltern, SchülerInnen und Lehrkräfte zu diesem Thema einzugehen.

⁷Die Österreichische Forschungsstiftung für Entwicklungshilfe (OEFSE) (2007:4) versteht unter formaler Bildung „(...) die bewusste und systematische Vermittlung von Wissen, Fertigkeiten und Verhalten – mit Betonung auf Wissen – in einem klar definierten und strukturierten Rahmen von Raum, Zeit und Material sowie Standards für Lehren und Lernen“.

⁸ Laut Lenhart (1993:1ff.) versteht man unter non-formaler Bildung das organisierte Erreichen bestimmter Lernziele außerhalb schulischer Institutionen. Er unterteilt die non-formale Bildung in komplementäre, supplementäre und substitutive Bildung. Die Inhalte sind weit gestreut und reichen von Ernährungsberatungen bis hin zu gezielten Vor-, Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Sexuelle Aufklärung bei Kindern/Jugendlichen ist wichtig, weil es dadurch zu Jahrgängen kommen könnte, die durch Aufklärung positiv beeinflusst werden und somit später einmal von Neuinfektionen verschont bleiben könnten. Wenn junge Menschen über genügend Selbstwert und Selbstbewusstsein verfügen, so können sie leichter ihre eigenen Entscheidungen treffen und müssen sich nicht mehr so leicht dem Druck von Gleichaltrigen oder Älteren aussetzen (vgl. Hema et al, 1997:163f.).

Eine Stärkung des Selbstbewusstseins, sowie ein tieferes Verständnis für die eigene Handlungsfähigkeit können m.A. durch Bildung erreicht werden.

1.1. Vorannahmen und Forschungsfragen

Wie bereits dargelegt hat die Epidemie massive Auswirkungen auf die weitere Entwicklung dieses Landes. Da es bisher noch kein Heilmittel gegen AIDS gibt, spielt Prävention ein wichtiges Instrument im Kampf gegen HIV/AIDS. Ich werde daher in meiner Arbeit verschiedene Wege aufzeigen, die innerhalb Tansanias bei der Bildung und Aufklärung von Kindern und Jugendlichen gegangen werden, um die Zahl der Neuinfektionen zukünftig zu verringern.

Aufklärungs-/Bildungsinitiativen schaffen Wissen und bewirken dadurch oftmals eine verbesserte Risikowahrnehmung, welche wiederum positive Verhaltensänderungen nach sich ziehen kann. Dies muss jedoch m.A. nach Hand in Hand mit der Vermittlung sogenannter „life skills“ passieren, um die Kinder und Jugendlichen zu eigenem Handeln zu ermächtigen. Dafür können Schulen einen geeigneten Rahmen darstellen, erreicht man dort doch viele junge Menschen, die sich kurz vor oder mitten in der Phase ihres sexuellen Erwachens befinden. Leider herrscht in den meisten tansanischen Schulen jedoch noch ein akuter Mangel an finanziellen Ressourcen und geeignetem Personal, sie scheinen den Anforderungen nicht gewachsen zu sein. Die LehrerInnen werden zu wenig geschult, um ausreichend auf den sexuellen Aufklärungsunterricht vorbereitet zu sein, ganz zu Schweigen von den vielen Herausforderungen, denen sie sich bereits sowieso im Schulalltag stellen müssen.

Da mithilfe eines guten Bildungswesens die Zukunft des Landes nachhaltig positiv beeinflusst werden kann, muss neben der Quantität des Zugangs auch die Qualität desselbigen dringend verbessert werden. Viele Kinder und Jugendlichen müssen ihre Schullaufbahn (oftmals aufgrund von HIV/AIDS) frühzeitig beenden, weshalb es notwendig ist auch außerhalb der Schulen alternative, attraktive Wege der Aufklärung zu finden, um möglichst viele Kinder zu erreichen.

HIV/AIDS, Bildung/Aufklärung und Prävention sind eng miteinander verbunden und beeinflussen sich wechselseitig. Sobald einer dieser Bereiche nicht jene politische und gesellschaftliche Aufmerksamkeit bekommt, die er benötigt, hat dies negative Auswirkungen auf die tansanische Entwicklung.

HIV/AIDS hat starke Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt und den Bildungssektor. Aufgrund von HIV/AIDS wird vielen Menschen in Tansania ihre Chance auf Bildung und eine bessere Zukunft vorenthalten. Dadurch kommt es zu einer steigenden Anzahl an ärmeren, abhängigeren und schlechter informierten Menschen, wodurch das Risiko einer HIV-Infektion wiederum ansteigt. Darüber hinaus wirken sich schlechtere Ausbildungen auch negativ auf die Präventionsarbeit aus, da weniger qualifiziertes Personal vorhanden ist, um Wissen weiterzugeben (sei es in Schulen, Gemeinden, Beratungszentren oder Spitälern etc.). Bildung und Prävention wirken sich wiederum stark auf die wirtschaftliche Entwicklung des Landes aus, da in Tansania vor allem jene Bevölkerungsschicht am stärksten von der Epidemie betroffen ist, die am (re-)produktivsten ist.

Wenn man sich nicht früh genug für eine Aufklärung von Kindern und Jugendlichen einsetzt, wird die Zahl der Waisenkinder in Tansania rasant ansteigen, was wiederum negative Auswirkungen für die Entwicklung des Landes haben wird, da sich dann eine immer kleinere Anzahl von Erwerbstätigen um eine steigende Menge von Alten, Kranken und Waisen kümmern muss. Schlechter ausgebildete Menschen haben wiederum schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

All diese Interdependenzen werden in meiner Arbeit noch näher ausgeführt. Ich habe versucht nicht nur die wechselseitigen Beeinflussungen offenzulegen, sondern auch ein wenig die soziokulturellen Hintergründe zu beleuchten, da es m.A. nach entscheidend ist diese zu kennen, um beurteilen zu können ob und inwieweit Präventionsmaßnahmen im jeweiligen Kontext geeignet sind. Da der Bildungssektor mehrfach mit HIV/AIDS in Wechselwirkung steht und Bildung m.A. die Voraussetzung für eine zukünftige, erfolgreiche Entwicklung darstellt, möchte ich mich in meiner Arbeit folgenden Fragen widmen:

Wie sehr ist der tansanische Bildungssektor von HIV/AIDS betroffen? In wiefern wurden/werden von der Regierung Handlungen unternommen, um einer negativen Entwicklung entgegenzuwirken? Welche Erfolge bzw. ungelösten Herausforderungen ergeben sich daraus für die Entwicklung des Landes? Wirken sich Aufklärungsprogramme positiv oder negativ auf das (Sexual-)Verhalten der Menschen aus?

Welche sozialen und kulturellen Besonderheiten müssen bei der Konzeption von Präventionsprogrammen berücksichtigt werden? Welche Möglichkeiten und Grenzen besitzen Bildungsmaßnahmen im Kampf gegen HIV/AIDS und wovon hängt das ab?

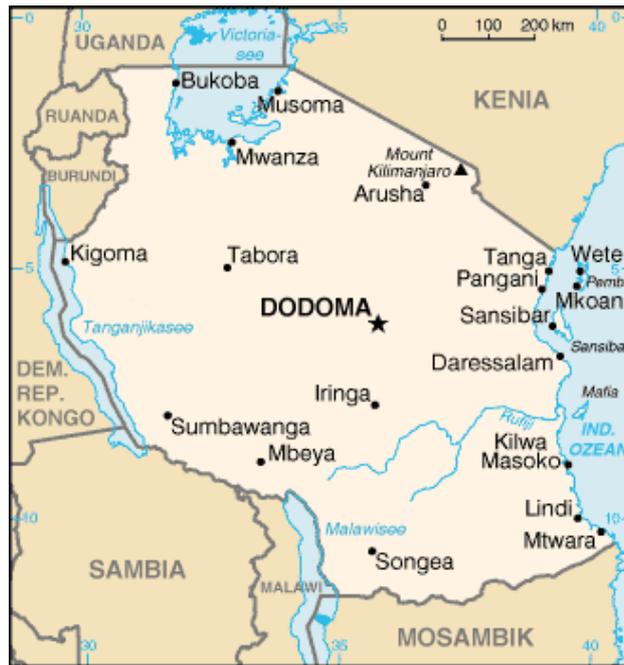
Abschließend möchte ich festhalten, dass trotz der vielen Vorteile, die Präventionsmaßnahmen in sich vereinen, niemals vergessen werden darf, dass auch strukturelle Faktoren, wie Armut, eine wesentliche Rolle spielen und jede Prävention dadurch an ihre Grenzen stößt. Auch die oftmals großen sprachlichen Differenzen zwischen globaler und lokaler Ebene spielen bei der Wirksamkeit von Kampagnen und Programmen eine entscheidende Rolle. Wenn die soziokulturellen Rahmenbedingungen keine Beachtung finden, können diese Programme niemals ihre volle Wirksamkeit erlangen. So ist die heutige immer noch prekäre Situation in Tansania m.A. nach auch darauf zurück zu führen, dass es bisher nicht gelungen ist eine einheitliche Front gegen die Epidemie zu bilden. Darüber hinaus ist Tansania auch sehr auf die Hilfe externer Geber angewiesen.

HIV/AIDS hat heute definitiv einschneidende Auswirkungen auf den Bildungssektor, dennoch glaube ich, dass bereits vor der Meldung des ersten offiziellen Falles von HIV in Tansania große Probleme im Bildungssektor herrschten und sich auch nachfolgende negative Entwicklungen eher auf politische und ökonomische Aspekte zurückführen lassen und weniger ausschließlich Folgeerscheinungen der Epidemie sind.

Ich denke auch, dass Bildung zwar einen unerlässlichen Grundstein für die Eindämmung der Pandemie darstellt, jedoch sicherlich niemals als einziger Schlüssel für Veränderung herangezogen werden kann. Wissen kann Menschen zwar ermächtigen ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen, dennoch kann Wissensvermittlung nicht automatisch das Verhalten eines Menschen verändern, denn dabei spielen noch eine Menge anderer Faktoren eine Rolle.

1.2. Methodik

Ich habe mich bei der Beantwortung all meiner Forschungsfragen unterschiedlicher qualitativer Methoden bedient. Zunächst spielte die Auswertung der sozialwissenschaftlichen, zeitgeschichtlichen und medizinischen Fachliteratur eine grundlegende Rolle. Dazu gehörte auch die kritische Auseinandersetzung mit Strategiepapieren und Berichten der Regierung, NGOs und internationalen Organisationen. Darüber hinaus hatte ich auch die Gelegenheit zu teilnehmender Beobachtung und Befragungen vor Ort.



(Welt-Blick.de, n.d.)

Im Sommer 2009 verbrachte ich zwei Monate in Kiyogawale, einem kleinen Dorf im Süden Tansanias (Region Ruvuma), das praktisch nur aus drei Häusern ohne fließendes Wasser und Strom bestand. Mit dem Auto erreichte man den nächsten größeren Ort (Chipole) in ungefähr einer halben Stunde. Von dort aus benötigte man ca. weitere 45 Minuten, um in die Stadt Songea zu kommen.

In Kiyogawale und den umliegenden Dörfern nutzte ich hauptsächlich die Methode der teilnehmenden Beobachtung, um den Lebensalltag der Menschen in der Region Ruvuma besser verstehen zu können und Einblick in ihre Orientierungsmodelle (Werte, Normen etc.) zu bekommen (vgl. Atteslander, 1995:115-122). Dazu gehörten sowohl Krankenbesuche in einzelnen Familien, als auch der tageweise Aufenthalt in zwei Schulen und Krankenstationen, sowie meine Zeit im Waisenhaus und der HIV/AIDS-Beratungsstelle in Chipole. Da ich und meine BegleiterInnen oftmals kein Auto bzw. sonstige Transportmittel zur Verfügung hatten, absolvierte ich viele Besuche in Nachbardörfern auch zu Fuß. Insgesamt interviewte ich Familien aus sechs umliegenden Dörfern, die meist abgeschieden lebten. Aufgrund fehlender Kommunikations- und Transportmöglichkeiten kam es häufig zu Ausfällen von bereits vereinbarten Interviewterminen bzw. anderweitigen Besuchen (z.B. in Schulen oder Krankenstationen).

Mitunter ergaben sich spontan Möglichkeiten für informelle Gespräche, bei denen mir das Benutzen eines Aufnahmegerätes meist nicht angebracht schien bzw. aus technischen oder planerischen Gründen nicht möglich war.

Oftmals wurde eine Aufzeichnung auch von meinen InterviewpartnerInnen selbst abgelehnt. Manchmal war es mir auch nicht möglich, zeitgleich ein Gedächtnisprotokoll zu verfassen, obwohl mir bewusst ist, dass es durch zeitversetztes Verfassen zu einem Verlust von Daten und einer verschwommenen Wahrnehmung der Wirklichkeit kommen kann (vgl. Hauser-Schäublin, 2003:49), dennoch schien mir dies oftmals als das ethisch korrektere⁹ Verfahren. Darüber hinaus führte ich Interviews mit betroffenen Kindern und Erwachsenen, als auch mit Vertretern von öffentlichen Schulen und kirchlichen Vertreterinnen im Bezirk Ruvuma durch. Meine Mitschriften habe ich teilweise auf Deutsch und teilweise auf Englisch verfasst, wobei ich immer wieder einzelne Passagen auf Swahili wörtlich wiedergegeben habe.

Bereits vor meinem Auslandsaufenthalt hatte ich zwei Jahre lang Kiswahili an der Universität Wien studiert, so dass ich in Tansania ohne ÜbersetzerIn arbeiten konnte. Dennoch wurde ich von meiner Gastgeberin Sr. Lwanga teilweise, vor allem zu Beginn meines Auslandsaufenthaltes, bei den Interviews unterstützt. Diese wurden fast immer zur Hälfte in Kiswahili, als auch Englisch abgehalten.

Da ich während meines Auslandsaufenthaltes bei spontanen Interviews teilweise gemeinsam mit anderen unterwegs war, die nicht Kiswahili sprachen, führte ich aus Rücksicht zu ihnen Interviews oftmals auch auf Englisch, sofern meine GesprächspartnerInnen dies zuließen und sich ausreichend ausdrücken konnten. Meist führte ich teilstrukturierte Interviews (vgl. Atteslander, 1995:161f.), d.h., ich hatte zwar bereits erste Vorstellungen im Kopf, trotzdem habe ich während der Interviews jedoch meist keinen Fragenkatalog abgearbeitet, sondern habe lediglich einige wenige Fragen gestellt. Insgesamt habe ich mehr zugehört, die weiteren Fragen haben sich dann größtenteils aus dem Gesagten der InterviewpartnerInnen ergeben. Außerdem entwarf ich einen Fragebogen, der von vierzig freiwilligen TeilnehmerInnen (21 Frauen und 19 Männern) beantwortet wurde.

Im Zuge der XVIII. International Aids Conference, welche im Juli 2010 in Wien stattfand, sprach ich mit ExpertInnen für „peer und sexual health education“ um einen besseren Einblick und mehr Verständnis dafür zu erlangen. Da es, wie Robert Pool meint, keine ideale Methode der AIDS-Forschung gibt, sondern die relevantesten Ergebnisse aus einer Anwendung unterschiedlichster Methoden resultieren (vgl. Pool, 1997:70-77), habe auch ich versucht verschiedene qualitative Erhebungsmethoden zu nutzen.

⁹ Wenn man bei einem so heiklen Thema wie HIV/AIDS eine teilnehmende Beobachtung durchführt oder Interviews macht, dann muss man sich sehr bald die heikle Frage stellen wie weit man gehen darf und soll. Was ist ethisch vertretbar und was nicht mehr? Die Akteure und Akteurinnen stecken selbst ihre Grenzen ab und es wäre ethisch bedenklich darüber hinaus weiter zu forschen. Man muss respektieren worüber jemand sprechen will und worüber lieber nicht. Man muss sich mit den eigenen Handlungsmöglichkeiten auseinandersetzen und fühlt sich sehr rasch hilflos und überfordert (vgl. Dilger, 2005:78; 88).

1.3. Aufbau der Arbeit

Ich habe meine Arbeit grob in zwei große Teile gegliedert, wobei sich Überschneidungen bei einem solch komplexen Thema nicht gänzlich vermeiden lassen. Im ersten Abschnitt widme ich mich der Frage nach den Auswirkungen der Epidemie auf das tansanische Bildungssystem, wozu es m.A. nach unerlässlich war, zuerst auf die geschichtliche Entwicklung desselbigen einzugehen, sowie weitere beeinflussende Faktoren zu benennen, die hierbei nicht außer Acht gelassen werden dürfen. Außerdem zeige ich auch die Folgen von HIV/AIDS auf dem Arbeitsmarkt und im Gesundheitssektor auf und stelle dar, welche Interventionen die tansanische Regierung gesetzt hat, um dem entgegenzusteuern.

Im zweiten Abschnitt hingegen habe ich untersucht in wieweit Schulen in Tansania einen geeigneten Ort für Aufklärungsarbeit darstellen (können) und in wieweit Bildung tatsächlich in der Lage ist, positive Veränderungen bei der Eindämmung von HIV/AIDS zu erzielen. Zur Beantwortung dieser Fragen habe ich die Ergebnisse meiner eigenen Forschung sowie Literatur herangezogen. Überdies widmete ich mich im zweiten Teil meiner Arbeit der Analyse geeigneter Präventionskampagnen für Kinder und Jugendliche.

Da ich die Meinung von Herminghausen teile, die sagt: „Die Chance für Veränderung liegt vor allem bei den Jugendlichen“ (Herminghausen, 2004:158), habe ich mich in dieser Arbeit auf junge Menschen spezialisiert. Es ist sehr wichtig, bei der Präventionsarbeit bei Kindern und Jugendlichen anzusetzen, bevor diese sexuell aktiv werden, wie auch Jordan-Harder et al meinen (vgl. Jordan-Harder et al, 2000:55). Ich habe versucht einen umfassenden Einblick in die aktuellen Wechselwirkungen von HIV/AIDS mit dem tansanischen Bildungssystem zu geben und hoffe, dass mir das gelungen ist.

2. HIV/AIDS in Tansania

Das HI-Virus hat sich in Tansania, wie auch in anderen Ländern Subsahara-Afrikas, trotz zahlreicher Bemühungen rasch verbreitet. Um die Komplexität dieses „HIV/AIDS-Systems“ aufzuzeigen und eine eindimensionale Sicht darauf zu verhindern, beleuchtet das folgende Kapitel Ursachen sowie Aspekte, die m.A. nach entscheidenden Einfluss auf die Verbreitung und das Verständnis von HIV/AIDS im tansanischen Kontext haben. All dies soll bei der näheren Betrachtung in den folgenden Kapiteln als Einordnungsrahmen dienen und tieferes Verständnis schaffen.

Mabe (2001:12), gliedert die Ursachen für die rasche Verbreitung des HI-Virus in Subsahara-Afrika in drei Hauptpunkte, nämlich erstens ökonomische und politische, zweitens biologische und drittens soziokulturelle. Die folgende Darstellung ist in groben Zügen an Mabes Gliederung angelehnt.

2.1. Sozioökonomische Hintergründe

Laut Mabe müssen ökonomische und politischen Ursachen wie z.B. Armut, Migration, Urbanisierung, Verelendung, Mangel an bezahlbaren Medikamenten, fehlender Zugang zu medizinischer Versorgung, Bildung und Rechten sowie Vertreibungen durch Kriege und politische Instabilität Berücksichtigung finden (vgl. Mabe, 2001:12). Laut Benn stellt auch die Zerschlagung von traditionellen Familienstrukturen, welche sich zwangsläufig aufgrund der Arbeitsmigration in der postkolonialen Epoche ergeben hat, eine wesentliche Ursache für die Verbreitung des Virus dar (vgl. Benn, 1995:12).

2.1.1. Armut¹⁰

„(...) der Virus macht keinen Unterschied zwischen schwarz und weiß, gebildet und ungebildet, aber die Krankheit verheert – im globalen Kontext gesehen – die Regionen der Armen, nicht die der Reichen“ (Gronemeyer, 2002:58).

Obwohl Tansania eine einzigartige politische und soziale Geschichte aufweisen kann, welche durch Frieden und politische Stabilität gekennzeichnet ist und großartige Ressourcen sowie

¹⁰ Armut stellt ein äußerst komplexes und mehrdimensionales Phänomen dar, welches heutzutage nicht mehr allein durch den Mangel an materiellen Dingen definiert wird. Auch politische und soziokulturelle Faktoren werden hierbei berücksichtigt. So kann z.B. auch ein eingeschränkter Zugang zu Bildungs- & Gesundheitseinrichtungen, sowie mangelnde Chancengleichheit der Geschlechter als Armut angesehen werden (vgl. Fleischer and Ochel, 2005:12; 35). Armut gilt als „Unfähigkeit, ein Leben zu führen, das den wirtschaftlichen, sozialen und sonstigen Maßstäben für menschliches Wohlergehen entspricht“ (Nuscheler, 2005:149f.).

einen starken Tourismus aufweist, zählt es zu den ärmsten Ländern der Welt (vgl. Holt, 2007:14f.). Der HPI 1¹¹ den das UNDP 2009 für Tansania erstellt hat, listete das Land mit 30% auf Platz 93, der insgesamt 135 untersuchten Staaten (vgl. UNDP, 2009). Besonders Kinder sind stark von Armut betroffen. 2008 waren rund 12 Millionen tansanische Kinder unter den geschätzten 60% der Armen des Landes (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:25).

In Tansania sind Menschen aller sozialen Klassen, unabhängig von ihrem finanziellen Status, von HIV/AIDS betroffen. Allerdings sind ärmere Menschen laut Mfangavo et al. vulnerabler als andere, da sie unzureichend Zugang zu Gesundheitsfürsorge, ausreichender Ernährung, Bildung und Einkommen haben. Darüber hinaus zerstört die Epidemie nicht nur die finanziellen Ressourcen der Familie, sondern oft auch die Arbeitskraft, welche helfen könnte mehr Einkommen zu produzieren. Die Weltbank schätzt, dass Tansania bis 2015 15-20% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) aufgrund der Epidemie verlieren wird (vgl. Mfangavo et al, 2005:48).

„Poverty (...) affects the way people make a living (...) but also people's attitude towards risk and disease (...). To worsen the situation, chronic illness in a family worsens existing poverty. AIDS patients need decent health care and well-balanced diets, making the already poor more vulnerable to the vicious cycle of poverty and AIDS. (...) both the education and health care sectors are affected by HIV, decreasing their capacities as sectors to manage the situation. Therefore, the fight against poverty should be (and is, at least on a discursive level) central to the fight against HIV/AIDS“ (Mfangavo et al, 2005:48).

Der Graben zwischen Arm und Reich wächst beständig, wobei die Mehrheit der Menschen unterhalb der Armutsgrenze lebt. Armut in ländlichen Gebieten führt zu Abwanderung und dem Anwachsen von städtischen Elendsvierteln sowie Ghettoisierung (vgl. Kilindo, 2007:16). Die tansanische Regierung, welche die Armutsbekämpfung seit 1961 zu einem ihrer Hauptziele ernannt hat, erkennt die Gefahr wachsender Verarmung durch HIV/AIDS und fordert daher, dass HIV/AIDS-Interventionen einen integralen Bestandteil der Entwicklungspolitik bilden müssen und sektorenübergreifend gegen die Epidemie vorgegangen werden muss. Ziel der Regierung ist es, bis 2015 die Zahl der Menschen, die unterhalb der Armutsgrenze leben, von derzeit rund 50% auf 30% zu reduzieren (vgl. URT a, n.d.). Der Zusammenhang zwischen dem Einkommenslevel und der HIV/AIDS-Prävalenz ist komplex. Während Daten aus den 1980er und frühen 1990er Jahren aus Subsahara-Afrika noch vermuten ließen, dass vor allem reiche Menschen besonders betroffen seien¹², so leben

¹¹ Der HPI 1 ist eine multidimensionale Analyse, die den Zugang zu Bildung, die Aussichten auf ein langes und gesundes Leben, sowie den Lebensstandard untersucht (vgl. UNDP, 2009).

¹² Einige Studien, z.B. von Over und Piot kamen zu dem Schluss, dass mehr Einkommen eine höhere Prävalenz bedeutet (vgl. Over and Piot, 1993:464). Auch Vandemoortele und Delamonica sind dieser Ansicht (vgl. Delamonica and Vandemoortele, 2002:6).

heute 95% aller HIV-Infizierten in weniger entwickelten Ländern. Global betrachtet weisen also ärmere Länder eine höhere HIV/AIDS-Prävalenz auf. Auch auf dem Mikrolevel scheint es, als wären ärmere Menschen stärker betroffen. Während reiche Menschen u.a. aufgrund ihrer finanziellen Mittel und verstärkten Mobilität laut Meinung der WHO zu Beginn einer Epidemie gefährdeter sind sich mit dem HI-Virus zu infizieren, so steigt mit dem Fortschreiten einer Epidemie die Vulnerabilität für ärmere Menschen, u.a. aufgrund ihres Mangels an finanziellen Mitteln und schlechteren Ausbildungen. Man spricht hierbei auch vom „Wandel des sozialen Gesichts“ der Pandemie (WHO, 2002:77f.; 82).

„Existing data provide some indication that the relationship between poverty and HIV is growing stronger over time, both between and within continents“ (WHO, 2002:77f.).

Seit den späten 1990er Jahren ist den Industrienationen bewusst, dass Armut eine Ursache für die Ausbreitung der Pandemie darstellt, welche gleichzeitig weltweit zu Verarmung führt. Es kann daher in der EZA niemals eine vollständige, erfolgreiche Armutsbekämpfung ohne die Einbeziehung von Bewältigungsstrategien der HIV/AIDS-Pandemie geben (vgl. Fleischer and Ochel, 2005:12; 35).

2.1.2. Urbanisierung/Migration

Urbanisierung und Migration bzw. Mobilität werden als wesentliche Ursachen für die starke Verbreitung von HIV/AIDS im südlichen Afrika angesehen. Durch Arbeitsmigrationen geraten Männer und Frauen in für sie unbekannte Situationen, wodurch sich deren Sexualverhalten häufig verändert. Frauen, unter Umständen auch Kinder und Jugendliche, sind besonders gefährdet, sexuell ausgebeutet zu werden (vgl. Haag, 2008:34f.).

Mobile Menschen, wie z.B. FernfahrerInnen, weisen ein erhöhtes Risiko auf sich mit dem HI-Virus zu infizieren, da sie schwieriger an Informationen herankommen bzw. eine Betreuung und Pflege von HIV-positiven mobilen Menschen meist sehr schwierig zu bewerkstelligen ist (vgl. Hirschmann, 2003:37; 60f.). Dazu zählen auch Angehörige des Militärs bzw. Flüchtlinge, die von den meisten Präventionskampagnen bisher weitgehend ausgenommen wurden (vgl. Haag, 2008:34f.). (Arbeits-)migration, urbaner Lebensstil und Geld, Assoziationen eines modernen Lebens, werden in einen kausalen Zusammenhang mit der Ausbreitung der Pandemie gestellt, da es dadurch aus lokaler Perspektive zu einer Lockerung sozialer und emotionaler Bindungen und erhöhter Promiskuität kommt (vgl. Dilger, 2005:59ff.).

“Migration, urbanisation and globalisation are closely aligned in their influence on sexual culture. Globalisation changes economic systems, increases demands for new kinds of labour, fosters economic migration, increases the pace of urbanisation, and exposes people to an increasing diversity of sexual cultures through mass media and the intermingling of different ethnic and cultural groups. Migration, urbanisation, and globalisation have been implicated in the spread of STIs and more recently HIV” (Maticka-Tyndale, 2007:226).

Während die soziale Sicherung der Betroffenen in den Großstädten bereits bröckelt (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:165) konnten Armut, Land-Stadt-Migration und auch AIDS die traditionelle Hilfe in der erweiterten Familie im ländlichen Tansania bislang nicht gänzlich zerstören. Migration erschwert die verwandtschaftliche Unterstützung zwar, weil die Angehörigen dadurch an verschiedenen Orten leben, doch durch Umgestaltungen im Unterstützersystem und Anpassungen der Sicherungsstrategien in den Familien ist die gegenseitige Hilfsbereitschaft meist erhalten geblieben (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:157). Das Aufbrechen traditioneller Familienstrukturen durch Migration kann m.A. nach auch als Chance begriffen werden, um oftmals patriarchale Machtstrukturen aufzubrechen und Frauen dadurch zu größerer (sexueller) Freiheit zu verhelfen.

2.2. Medizinische Ursachen

Als medizinische Ursachen gelten laut Mabe (2001:12) das häufige Vorkommen von unbehandelten Geschlechtskrankheiten und risikoreichem Sexualverhalten (oftmals durch die lange Inkubationszeit von AIDS begünstigt). Auch die Tatsache, dass AIDS zwar eine sexuell übertragbare Krankheit ist, jedoch auf den Sexualorganen nicht sichtbar wird, macht es für viele sicherlich schwieriger den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung glauben zu können, ist Mabe überzeugt. Dies wiederum wirkt sich natürlich auch auf das eigene Verhalten aus (vgl. Benn, 1995:12).

„Zwar weiß nun so gut wie jeder, dass es AIDS gibt und viele wissen auch, wie man sich davor schützen kann, doch betroffen sind immer ‚die anderen‘, vor allem denen man ansieht, dass sie krank sind“ (Krügel, 2005:54).

Es ist bekannt, dass AIDS oftmals erst dann als wirkliches Problem wahrgenommen wird, sobald sich erste körperliche Anzeichen bemerkbar machen. Auch in meinen Interviews in Tansania wurde dies angesprochen. Frau Nyoni aus Magagura erzählte mir, dass ihr zu Beginn niemand glauben, dass sie bald an AIDS sterben würde. Erst als sie stark an Gewicht verlor und ihre täglichen Haus- und Feldarbeiten nicht mehr alleine verrichten konnte, begannen die Leute in ihrer Umgebung ihr zu glauben, die meisten mieden sie ab diesem Zeitpunkt.

Der Dokumentarfilm „Tuvunje Ukimya (Let Us Break the Silence). Real stories of HIV-positive Tanzanian health care workers“ der vom „International Training and Education Center on Health“ im Jahre 2007 in Tansania produziert wurde, zeigt Deogratias Mwacha, einen HIV-positiven Mann aus Tansania, der Aufklärungsarbeit betreibt und immer wieder auf Ungläubigkeit trifft, wenn er erzählt, dass er HIV-positiv ist. Jedes Mal können es die Menschen fast nicht glauben, dass er einmal an AIDS erkranken und sterben wird, da er noch so gesund aussieht und so offen darüber spricht (vgl. International Training and Education Center on Health (I-TECH), 2007).

2.3. Soziokulturelle Hintergründe

Soziokulturelle Ursachen sind laut Krügel die unmittelbaren Arbeitsvoraussetzungen und –bedingungen für sozialpädagogisches Handeln, da sie die Einstellungen, Gedanken und Befürchtungen von Menschen bestimmen. (vgl. Krügel, 2005:52) Laut Mabe sind Promiskuität, Polygamie (hier: Polygynie)¹³, ungleiche Genderverhältnisse, hohe Altersunterschiede zwischen SexualpartnerInnen, kommerzielle, außereheliche sowie voreheliche Sexualbeziehungen, als auch ein seltener Gebrauch von Kondomen und mangelnde Sexualerziehung soziokulturelle Ursachen für die HIV/AIDS Pandemie (vgl. Mabe, 2001:12).

Um die Pandemie erfolgreich einzudämmen, bedarf es nicht nur einer Änderung der ökonomischen, politischen und medizinischen Verhältnisse, sondern auch einer Verhaltensänderung der Betroffenen (vgl. Krügel, 2005:52). Um dies durch Programme erreichen zu können, ist es notwendig die Bedürfnisse, Ansichten und Lebensumstände der Menschen genauer zu kennen. Ich habe daher nachfolgend versucht einen Einblick in den tansanischen Kontext zu geben.

„Wir dürfen nie bloß über die gegenwärtige Situation reden, wir dürfen nie den Menschen Programme überstülpen, die wenig oder nichts mit ihren eigenen Sorgen, Zweifeln, Hoffnungen und Befürchtungen zu tun haben (...).Pädagogisches und politisches Handeln, das dieser Situation nicht kritisch gewahr ist, läuft Gefahr, entweder nach Bankiers-Manier zu handeln, woran auch die besten Absichten nichts ändern, oder in der Wüste zu predigen“
(Freire, 1971:79).

¹³ In wieweit sich Polygamie auf das Risiko einer HIV-Infektion auswirkt ist umstritten. Während manche meinen, die hohe Anzahl an SexualpartnerInnen erhöhe die Vulnerabilität, meinen KritikerInnen dass das Risiko einer Infektion in traditionell polygamen Gesellschaften geringer sei, aufgrund des hohen Maßes an Offenheit und Vertrauen. Da bis heute keine eindeutigen Nachweise diesbezüglich erbracht werden konnten, sollte es laut Haag (2008:33) vermieden werden Polygamie mit erhöhter Vulnerabilität gleichzusetzen.

Eine nachhaltige Überwindung von HIV/AIDS wäre nur durch eine Beeinflussung des Verhaltens der Menschen nicht möglich. Es bedarf stets auch adäquater politischer und ökonomischer Unterstützung, um den notwendigen strukturellen Rahmen zu schaffen, in dem Veränderung möglich wird und strukturelle Ursachen, wie z.B. Armut, bekämpft werden können.

2.3.1. Der Einfluss von Kultur

Kultur ist im Zusammenhang von HIV/AIDS-Arbeit ein häufig gebrauchter, allerdings selten genauer definierter Begriff. Häufig geht es konkret um Praktiken, Vorstellungen und Überzeugungen, die mit Kultur in Zusammenhang gebracht werden. Setel z.B. betont die Wichtigkeit der Einordnung in den soziokulturellen Kontext:

„Our ability to comprehend and respond to AIDS will ultimately depend on how we understand the dynamics of transmission in social and cultural context“ (Setel, 1999:2).

2009 fand in Bern, in der Schweiz, eine Tagung statt, welche die Zusammenhänge zwischen lokalen Kulturen, Traditionen, Religionen und dem Schutz vor HIV/AIDS untersuchen wollte. Die Erkenntnis, dass erfolgreiche HIV-Prävention mit einem Verständnis der lokalen Kultur untrennbar verbunden ist, gewinnt an Bedeutung. Viele internationale HIV-Präventionskampagnen, welche eine einseitige Verhaltensänderung, etwa Abstinenz von außen propagierten, erzielten die gewünschten Erfolge nicht. Die Zusammenarbeit mit religiösen WürdenträgerInnen, aber auch mit traditionellen Führungspersonlichkeiten wie den Ältesten oder HeilerInnen, ist laut Zweifel (2009a) ein kultursensibler, erfolgversprechender Ansatz, da sie Respektspersonen sind, deren Wort ernst genommen wird¹⁴. Kultursensibel bedeutet, gemeinsam mit einzelnen Leuten oder der Gemeinschaft auf notwendige Fragen einzugehen und sie in der Ausarbeitung von Projekten der HIV-Prävention einzubeziehen. Die intensive Auseinandersetzung mit dem „Bedeutungsgewebe“, in dem die Menschen leben (Werte, Strukturen etc.), kann emotionale und kognitive Lernprozesse auslösen, denn „Kultur geht in den Bauch“. In diesem Verständnis umfasst Kultur nicht nur Kunst oder Literatur sondern Lebensweisen, Auffassungen der grundlegenden Menschenrechte, Wertesysteme, Überlieferungen und Glaubenssätze. In diesem Sinne sind Kultur und HIV/AIDS unmittelbar miteinander verknüpft, denn Kultur spielt in der Lebensweise und dem Verhalten der Menschen eine Schlüsselrolle, bestimmt ihr Verständnis von richtig und falsch, von gesund

¹⁴ Es darf m.A. nach jedoch nicht vergessen werden, dass traditionelle Autoritäten viel Macht besitzen, welche diese natürlich auch missbrauchen können. Durch die Verbreitung konservativer Normen und Werte können diese bspw. die HIV/AIDS-Aufklärungsarbeit behindern.

und krank, von Sexualität und Geschlecht. Kulturelle Symbole, traditionelle Riten, Tänze, Dramen, Geschichten oder Lieder sind wirkungsvolle, gesellschaftlich verankerte Kommunikationsmethoden. In der AIDS-Arbeit können diese als Eisbrecher bei Gesprächen über HIV/AIDS wirken (vgl. Zweifel, 2009a). Programme, bei denen kultursensible Ansätze in der Kommunikation über HIV/AIDS entwickelt und angewendet werden, haben eine größere positive Wirkung auf das Bewusstsein und die Bereitschaft der Menschen, sowie auf die Reduktion von Stigmatisierung (vgl. Zweifel, 2009, vgl. Kaaya and Schaalma, 2008:73; vgl. Lie, 2008:78).

Allerdings gestaltet sich die Berücksichtigung kulturell geprägter Praktiken und Überzeugungen als Herausforderung. Denn einerseits sind diese heterogen und mitunter widersprüchlich, andererseits befinden sie sich in einem ständigen Wandel¹⁵ – auch wenn sie alltagssprachlich gerne als Tradition bezeichnet werden, was wiederum mit Dauerhaftigkeit in Verbindung gebracht wird. So kam es bspw. durch soziale und ökonomische Veränderungen sukzessive zu einem Zerfall von Initiationsriten und Praktiken¹⁶. Ob dies nun gut oder schlecht für Jugendliche bzw. die Prävention von HIV/AIDS unter Jugendlichen ist, dazu gehen die Meinungen auseinander. Während einige argumentieren, dass Eltern und Gesellschaft durch Initiationsriten generell mehr in Pflicht der sexuellen Aufklärung genommen wurden, meinen andere wiederum, dass die Jugendlichen damals nicht besser geschützt waren. Sie erhielten zwar praktische Instruktionen bzgl. Sexualität und richtigem Verhalten, wurden jedoch nicht dazu ermächtigt, selbst kritisch zu reflektieren und ihre eigenen Entscheidungen diesbezüglich zu treffen, da kein relevantes Wissen übermittelt wurde (vgl. Hema, Mujaya and Schapink, 1997:163f.). Auch van den Bergh fand bei einer Untersuchung in Kigoma heraus, dass SchülerInnen diese Riten niemals als Übermittler sinnvollen Wissens angesehen haben. Ihrer Ansicht nach hatten Initiationsriten nicht nur in

¹⁵ So ist die Reproduktion bspw. heute nur noch einer von vielen Aspekten, weshalb Menschen sexuell aktiv werden. Dennoch werden Beziehungen, welche nicht auf Reproduktion ausgerichtet sind (z.B. homosexuelle) oftmals noch diskriminiert und stigmatisiert. Der Kampf gegen HIV/AIDS in Afrika muss daher auch eng mit dem Schutz der Menschenrechte, inklusive der individuellen sexuellen Rechte, einhergehen (vgl. Makinwa-Adebusoye and Tiemoko, 2007:10ff.).

¹⁶ In der vorkolonialen Zeit bis z.T. nach der Unabhängigkeit war es in Afrika südlich der Sahara vielerorts üblich, Heranwachsende (meist Buben mit 10 Jahren und Mädchen nach der 1. Menstruation) durch traditionelle Übergangsriten auf Sexualität sowie reproduktive und sexuelle Gesundheit vorzubereiten. Dies wurde von Älteren der Gemeinschaft (Frauen=“kungwi“ und Männern=“ngaliba“, bzw. manchmal auch „somo“ genannt) durchgeführt. In manchen Ethnien waren auch die Großeltern bzw. Tanten dafür zuständig. Es war strengste Geheimhaltung sowie Geschlechtertrennung erwünscht. Zuwiderhandeln wurde mit Strafen belegt. Auf reproduktive Gesundheit, Hygiene und Schwangerschaft wurde besonders viel Wert gelegt. Unter Frauen waren außereheliche Schwangerschaften ein Skandal und konnten zu Stigmatisierungen der ganzen Familie führen. (vgl. Kayombo and Mbonile, 2008:1). In den 1960er/70er Jahren kam es zu einem Wandel im Denken über Sexualität und Reproduktion. Buben wurden fortan durch Gleichaltrige, in Schulen oder anderen öffentlichen Plätzen aufgeklärt, während Mädchen hauptsächlich durch eigene Erfahrungen bzw. den Austausch mit anderen Mädchen lernten. Auch die Bedeutung der Medien als Mittel der Aufklärung wuchs (vgl. Bastien, 2005:40).

Tansania, sondern auch in anderen Ländern keinen präventiven Charakter. Sie geht sogar weiter und behauptet, dass viele traditionelle Praktiken nicht nur nicht dazu in der Lage gewesen wären eine Pandemie aufzuhalten, sondern diese vielleicht sogar verstärkt hätten (vgl. Bergh, 2008:110; 114).

Gronemeyer vertritt die These, dass erst der Kolonialismus und die „Entwicklungsdekaden“ den Weg für der „Erfolg“ der HIV/AIDS-Pandemie geebnet haben und nun der Kampf gegen selbige fälschlicherweise zu einem Kampf gegen alles Afrikanische zu werden droht. Nur die vollständige Durchsetzung der Modernisierung/Globalisierung, welche seiner Ansicht nach ein Verstärker der Pandemie ist, wird oftmals als alleiniges „Heilmittel“ angepriesen (vgl. Gronemeyer, 2002:18; 28).

Kulturelle Werte und Praktiken¹⁷ können also auch als Hindernis erfahren werden und Ursachen für das Scheitern von Aufklärungs- und Präventionsprogrammen sein. Auch die großen Unterschiede zwischen westlicher und mancher Ansätze traditioneller afrikanischer Medizin werden häufig als Hemmnisse bei der HIV/AIDS-Bekämpfung angesehen. Während Krankheit im westlichen Sinn als Folge endogener bzw. exogener Ursachen betrachtet wird, die mit naturwissenschaftlichen Methoden behandelt werden kann und durch Studien erforscht wird, nehmen traditionelle HeilerInnen¹⁸ den Menschen oft primär im Zusammenhang mit dem Kosmos wahr. Mithilfe von Ritualen wird versucht die Krankheit zu behandeln, welche als Folge von Handlungs- und Gedankenverstößen angesehen wird (vgl. Krügel, 2005:57). Wenn es zum Ausbruch von typischen „opportunistischen Infektionen“¹⁹ kommt, suchen drei von vier Infizierten zunächst die Hilfe der traditionellen Medizin. Dort wird HIV/AIDS nicht zum Thema. Auch mögliche Übertragungswege werden nicht angesprochen. Dafür werden andere Erklärungen angeboten, wie z.B. Flüche oder böse Geister (vgl. F.A.Z., 2005). „In dieser Welt gibt es weder durch Virus übertragbare noch unheilbare Krankheiten“ (Struck, 2003:22).

¹⁷ Viele traditionelle Praktiken in Tansania begünstigen laut ExpertInnenmeinung die Verbreitung des Virus, so zum Beispiel „wife inheritance“ oder „widow cleansing“, Polygamie oder „FGM“. Wife inheritance: Wenn ein Ehemann aufgrund von AIDS stirbt, wird seine Ehefrau von einem anderen Mann, der bereits verheiratet ist, „geerbt“. Dadurch kann es dazu kommen, dass das HI-Virus auf diese Weise von einer Familie auf die andere übertragen wird. (vgl. Mfangavo et al, 2005:30)

¹⁸ Traditionelle HeilerInnen werden auf Kiswahili „mganga“ (Mehrzahl „waganga“) genannt (vgl. Bastien, 2005:81).

¹⁹ Durch das HI-Virus wird die körpereigene Immunabwehr geschwächt, weshalb eine Reihe von Erkrankungen auftreten können, die ohne eine geeignete Therapie lebensbedrohlich sind und auch heute noch die Mehrzahl aller Todesursachen bei AIDS-PatientInnen darstellen. Diese Erkrankungen, welche durch Erreger ausgelöst werden, die eine zusätzliche Infektion auslösen können und bei gesunden Menschen harmlos sind, nennt man „opportunistische Krankheiten“ (vgl. Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG n.d.).

„There are those among us who, on getting AIDS, claim they have only been bewitched. It is quite amazing, and very sad indeed, that superstition and belief in magic remains deeply ingrained in the minds and lives of many of our people. This is the 21st century. Let us abandon such beliefs” -Benjamin Mkapa, Präsident von Tansania, Juni 2000 (Dilger, 2005:310).

Die Behandlung von AIDS-Kranken durch traditionelle HeilerInnen ist in Tansania weit verbreitet, wie der globale Gesundheitsrat (GHC) 2004 bestätigte. Nicht zuletzt die Armut der Betroffenen ist dafür ausschlaggebend – traditionelle Heilmethoden werden vor allem von einkommensschwachen Haushalten gewählt, da sie viel kostengünstiger sind als reguläre biomedizinische Behandlungen. Derzeit bemühen sich daher Organisationen und Gruppen vermehrt um eine rege Zusammenarbeit mit diesen traditionellen HeilerInnen, wie zum Beispiel die Tanga AIDS Arbeitsgruppe (vgl. Mfangavo et al, 2005:40). Ob die traditionelle Medizin an dieser Epidemie scheitern wird, oder ob es aufgrund von Enttäuschung über das Versagen der westlichen Medizin zu einem Bedeutungszuwachs derselbigen kommen wird, bleibt fraglich (vgl. Gronemeyer, 2002:146).

Ein Bub meinte, er kenne Personen, die noch traditionelle Hilfe in Anspruch nehmen würden. Diese täten dies jedoch nicht, weil sie so sehr davon überzeugt sind, sondern weil sie aus Verzweiflung alle medizinischen Möglichkeiten ausschöpfen wollen (vgl. Bastien, 2005:81f.). Haag allerdings lässt eine 31-jährige Mutter zu Wort kommen, die meinte, dass der Glaube an traditionelle Heilmethoden bzw. Hexerei mittlerweile fast gänzlich aus dem Denken der Menschen verschwunden sei:

„The people here are affected, almost everyone is affected with HIV. And now people are aware of these problems, they know the symptoms and they don't think it is witchcraft any more“ (zitiert nach Haag, 2008:98).

Wieso breitet sich die Epidemie ungehindert aus, wo es doch heutzutage Kondome gibt, die dies verhindern könnten? Ist vielleicht auch der oftmals mangelnde Gebrauch von Kondomen auf kulturelle Glaubenssätze/Verhaltensweisen zurückzuführen?

„Ein Stück Gummi genügt und sie (Anm.: die Epidemie) kann sich nicht ausbreiten. Stupor der Experten: Obwohl es nun wirklich einfach ist, sich vor diesem Tod zu schützen, tun sie es nicht, die Gefährdeten. Das ist eine nie da gewesene Kränkung der Gesundheitskrieger, die eine leicht verfügbare Waffe im Kampf gegen den Virus haben, doch diese Waffe wird offenbar ignoriert“ (Gronemeyer, 2002:35).

Für viele Männer ist der Gebrauch von Kondomen laut Gronemeyer (2002:107) allein schon deshalb abzulehnen, da es dadurch beim Geschlechtsverkehr, der eigentlich mit Fruchtbarkeit verbunden ist, zu keiner Vermischung der Körpersäfte kommt. Durch den Gebrauch eines Kondoms wird der Mann durch den im Präservativ zurückbleibenden Samen „vergiftet“.

Darüber hinaus glauben viele, dass sich starke Männer nicht infizieren können, bzw. dass der Gebrauch von Kondomen „verweiblicht“. Dies zeigt deutlich, dass es bzgl. des Kondomgebrauchs kulturelle Reserviertheit gibt, welche in Präventionskampagnen jedoch meist übersehen wird. Überdies wird natürlich über Sexualität generell eher geschwiegen, wodurch die Beschaffung von Kondomen bereits schwierig wird²⁰.

Außerdem hält sich bzgl. Kondomen ein schlimmes Gerücht: dass diese im direkten Zusammenhang mit der Verbreitung von HIV/AIDS stehen, denn als es früher noch keine Kondome gab, gab es auch noch kein HIV/AIDS, so die Logik vieler (vgl. Gronemeyer, 2002:134). Das Vertrauen ist durch die koloniale Vergangenheit so sehr erschüttert, dass manche denken sämtliche Kondome aus Europa seien mit HIV präpariert, um die AfrikanerInnen zu infizieren (vgl. Krügel, 2005:59; vgl. Bastien, 2005:87). Ein Tansanier äußerte sich dazu wie folgt:

„I heard that condoms, when they enter in Dar es Salaam, they were already covered with that virus, I heard about that. I mean that they put the virus on the condom, I mean the condom is coming from outside“ (zitiert nach Haag, 2008:101).

Viele junge Menschen glauben auch, dass Kondome nicht vor einer HIV-Infektion schützen können, da diese z.B. bereits aufgrund ihrer langen Transportwege und der Hitze nicht mehr widerstandsfähig genug seien²¹. Ein Schüler dazu:

“It is scientifically proven you know. Any material that can stretch has pores. The HIV virus is much smaller than these pores. It is so small, no condom can stop it. If used properly, a condom may prevent a girl from getting pregnant...it might. But AIDS? No way a condom can save you from that” (zitiert nach Bastien, 2005:87).

Andere wiederum meinen AIDS sei nur eine erfundene Krankheit (vgl. Krügel, 2005:59).

Ein weiteres Problem besteht darin, dass viele Präventionskampagnen sagen: „Nie ohne Kondom!“, was jedoch im starken Widerspruch zur Familienplanung von vielen TansanierInnen steht und daher zu Ablehnung führt (vgl. Gronemeyer, 2002:134).

Was kulturell geprägte Überzeugungen und Praktiken konkret ausmacht, ist also umstritten, auch wenn internationale Entwicklungs- und Aidsorganisationen sich grundsätzlich bewusst sind, dass Kultur die Umsetzung von Politiken, Strategien und Programmen beeinflusst.

²⁰ Auch ich konnte während meiner Zeit in Tansania miterleben, dass sich besonders junge Mädchen aus Scham davor weigerten in einer „duka la dawa“ (Apotheke) Kondome zu kaufen. Aber auch für erwachsene Frauen scheint dies immer noch ein Problem darzustellen, wie ich mehrfach gehört habe.

²¹ Diese Angst schilderten mir auch viele junge Mädchen und ältere Frauen, die dem Gebrauch von Kondomen daher skeptisch gegenüber standen. Erst nach einer Demonstration mit Wasser gefüllten Kondomen, konnte ich sie davon überzeugen, dass Kondome keine kleinen Löcher besitzen.

Doch für die mächtigsten internationalen Geldgeber, wie dem Globalen Fond zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM), hat der Zugang zu medizinischer Behandlung und Pflege erste Priorität. Technische Maßnahmen scheinen einerseits leichter durchführbar zu sein und andererseits liefern sie, im Gegensatz zu kulturellen Ansätzen in EZA-Projekten, konkrete, messbare Resultate, da es bisher kaum Monitoring- oder Evaluationsinstrumente zur Wirksamkeit kultureller Ansätze gibt, oder diese nicht eingesetzt werden.

2.3.2. Tabuisierung/Kommunikation

„The war on HIV/AIDS must begin by not being ashamed to discuss it, and by being open and frank. Each one of us must take part in dismantling the wall of silence within which the disease spreads like bushfire. What we speak in whispers must now be spoken openly”
-Benjamin Mkapa, Präsident von Tansania, 1999 (zitiert nach Dilger, 2005:282).

Nganda meint, dass sexuelle Angelegenheiten in Tansania nur dann öffentlich diskutiert werden, wenn es ein Problem gibt. Selbst dann werden sie nur symbolisch und unter Gleichaltrigen besprochen (vgl. Nganda, 2007:53).

Eine 53-jährige Frau aus Tansania schilderte, dass es ihrer Ansicht nach durch die Verbreitung von HIV/AIDS bereits zu einem offeneren Umgang über Sexualität, Familienplanung und Geschlechtskrankheiten gekommen ist:

„They started to do so (Anm.: talk openly) when this disease came...They started to talk about sexuality and about AIDS” (zitiert nach Haag, 2008:99).

Während meiner Zeit in Tansania konnte ich häufig dennoch die große Scham spüren, die mit dem (Nicht-) Sprechen über HIV/AIDS verbunden ist. Viele Menschen, denen ich begegnete, hatten zwar keinerlei Probleme damit, mit mir offen über die Epidemie in Tansania zu sprechen, waren jedoch sichtlich unangenehm berührt, wenn ich ihnen die Frage stellte, ob sie vielleicht jemanden kennen würden, der mit HIV/AIDS lebt bzw. bereits an AIDS verstarb²²? Dies zeigt, denke ich, sehr gut, dass AIDS und Sexualität in Tansania immer noch gesellschaftliche Tabuthemen darstellen, auch wenn der Umgang damit offener wird, sofern es um generelle, objektive Fragestellungen geht. Dies hängt m.A. nach sicherlich damit zusammen, dass man mittlerweile in jeder größeren Stadt Tansanias sehr viel Werbung für Kondome und Sexualaufklärung macht. Zahlreiche Plakate, Printmedien, das Radio und Fernsehen werben für einen offeneren Umgang mit HIV/AIDS, unterstützt von heimischer Prominenz (vgl. Krügel, 2005:54).

²² Auch Bastien (2005:70) kam zu diesem Schluss.

Das dies immer noch nicht ausreicht, zeigte eine Studie des nationalen Statistikbüros aus dem Jahr 2005, welche herausfand, dass über ein Drittel der befragten Frauen zwischen 15 und 19 Jahren noch überhaupt nichts von Familienplanung gehört hatte, egal von welcher Quelle. Glaubt man diesen Zahlen, so stellt dies eine beunruhigend hohe Zahl an Uninformierten dar. Viele junge Frauen hören und sehen zwar Informationen über Familienplanung im Radio, in Zeitungen/Zeitschriften und auf Werbetafeln, doch die wenigsten beziehen ihre Informationen von ÄrztInnen, Krankenschwestern oder ArbeiterInnen aus dem Gesundheitssektor. (vgl. National Bureau of Statistics (NBS) and ORC Macro, 2005:6). Daher sind Irrglauben über die Übertragung von HIV und Prävention, als auch Angst immer noch weit verbreitet²³.

In Kapitel 6 habe ich mich genauer mit bestehenden HIV/AIDS-Präventionskampagnen in Tansania und deren Nutzung diverser Medien beschäftigt.

Friedrich meint, dass es in Tansania sehr unhöflich sei, eine konkrete Person mit AIDS in Zusammenhang zu bringen oder AIDS als Todesursache für einen Verstorbenen zu vermuten. AIDS wird öffentlich kaum als Todesursache angegeben - aus Scham werden eher gesellschaftlich akzeptierte Krankheiten wie Tuberkulose oder Durchfall genannt. Wenn tatsächlich von AIDS die Rede ist, wird es häufig als „ugonjwa wa kisasa“ (moderne Krankheit) umschrieben als konkret beim Namen genannt (vgl. Friedrich, 2003:173).

Trotz großer Erfolge bei der Enttabuisierung des Themas in Tansania, herrschen vielerorts immer noch Diskriminierung und Ausgrenzung vor. Daher weichen viele Betroffene einem offenen Dialog aus. Darüber hinaus verweigern einige, trotz des Wissens um ihre HIV-Infektion, die Verwendung eines Kondoms, um keine Aufmerksamkeit zu erregen. Dies führt natürlich zur weiteren Ausbreitung des Virus und macht deutlich, dass eine nachhaltige Eindämmung der Epidemie ohne die Beseitigung von Stigmatisierung und Diskriminierung nicht möglich ist (vgl. Krügel, 2005:54f.).

Auch Amani Migoba, eine 2-fache Mutter, die ich während meines Tansaniaaufenthaltes im Juli/August 2009 mehrmals interviewen durfte, erzählte mir, wie schwierig es ist, offen über HIV/AIDS zu sprechen:

²³ Während die meisten Frauen und Männer behaupten, sie würden sich um eine verwandte Person mit HIV kümmern (90%), sind nur wenige bereit frisches Gemüse bei einem Händler/einer Händlerin mit HIV/AIDS zu kaufen (45% bzw. 49%). Überdies glauben z.B. geschätzte 4 von 5 Männern und Frauen, dass gesund aussehende Menschen kein AIDS haben können. Dieselbe Anzahl glaubt angeblich auch, dass man durch Teilen des Essens mit dem HI-Virus infiziert werden kann und nur drei Viertel der TansanierInnen wissen, dass HIV/AIDS nicht durch Moskitobisse übertragen werden kann. Nur 75% der Frauen und 72% der Männer wussten, dass das Risiko HIV zu bekommen durch den Gebrauch von Kondomen und die Reduktion auf nur eine/n SexualpartnerIn minimierbar ist. Generell ist das Wissen über Prävention in städtischen Räumen und unter höher Gebildeten weiter verbreitet (vgl. National Bureau of Statistics (NBS) and ORC Macro, 2005:14ff.).

„The father of my children died already because of AIDS. He infected me with the disease, but we never talked about it. (...) I do not know where he got infected and I really don't care. It is too late now. At first I tried to speak with him, many times, but he just shouted at me and warned me not to tell anybody. We did not talk to our children because we did not want to scare them. (...) When he died, they did not even ask me - I guess they already heard the rumors. Our friends let us down. I was all alone and had so much work to do. Nobody wanted to talk to me any more or even eat with me. Also my children had a tough time with their friends. After his death it did not get better, so we moved to my mother's village. Since we are here I feel sick many times. (...) Here people also started to talk bad about me, because I already look sick. I don't know what to do, because I can not care for my children anymore. My mother has to do so much for me, but she is also old and tired. Nobody helps us, because everybody in the village is afraid of HIV and AIDS. I have tried to talk to some of them to help me with my children. But they do not listen to me. They think I did bad things because I got sick. (...) My children are only 6 and 9 years old. What am I supposed to do?“

Aufgrund der oftmals vorherrschenden Vermutung, dass in Familien mit mindestens einer infizierten Person auch die restlichen MitgliederInnen infiziert seien, wird häufig gleich die gesamte Familie von der Gemeinschaft verstoßen (= kollektives Stigma). Dies ist ein weiterer Grund, weshalb auch innerhalb der Familien meist über HIV/AIDS geschwiegen wird²⁴. Mit dieser Verschwiegenheit geht in der Regel auch das Schweigen über Sexualität und reproduktive Gesundheit einher, wodurch der Schutz vor zukünftigen Ansteckungen und Gefahren weiter abnimmt. Daher muss dieser Kreislauf aus Angst, Verdächtigungen und Schweigen durchbrochen werden, um wirkliche Veränderungen bewirken zu können (vgl. UNESCO, 2008:23).

Helga Jockenhövel-Schiecke entdeckte im Zuge ihrer Arbeit mit Waisen in Tansania, dass diese sich oftmals einer verschlüsselten, ungewissen Sprache (codes) bedienten, wenn sie vom Tod ihrer Eltern durch AIDS sprachen, sofern sie nicht gänzlich schwiegen. Einerseits taten sie das vielleicht aus Gründen der Verdrängung, oder aber auch um der Hoffnung Raum zu geben, dass ihre Eltern womöglich doch nicht an dieser Seuche starben. Ein weiterer Grund für ihre codes könnte sein, dass sie sich selbst vor Stigmatisierung und sozialer Exklusion schützen wollten, die leider vielfach durch einen ehrlichen und offenen Umgang ausgelöst werden (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:106). Da Kindern in Tansanias Gesellschaft laut Jockenhövel-Schiecke (2008:145f.) lediglich eine eingeschränkte soziale Rolle zugewiesen wird, als auch aufgrund der Vorstellung, dass Kinder Gespräche über die Symptome einer Infizierung sowieso nicht verstehen würden, resultiert häufig ein Schweigen zwischen betroffenen Erwachsenen und Kindern.

²⁴ Laut einer Studie des nationalen Statistikbüros aus dem Jahr 2005 würden es nur 50% bzw. 62% der Befragten wissen wollen, wenn ein Familienmitglied HIV-positiv ist (vgl. National Bureau of Statistics (NBS) and ORC Macro, 2005:14ff.).

Dadurch entstehen nicht nur massive emotionale Verletzungen, sondern auch Probleme, die über den Tod der betroffenen Person(en) hinaus andauern, da z.B. Fragen der Versorgung nicht besprochen werden können (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:145f.; vgl. Lie, 2008:93f). Wenn mündliche Gespräche schwer fallen, könnten eventuell die sogenannten „memory books“ (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:110) (wie sie in Uganda von einer NGO eingeführt wurden) Abhilfe schaffen, in denen die AIDS-kranken Eltern Familienepisoden und Erinnerungen einschreiben können, um ihre Kinder im Trauerprozess zu begleiten, ihnen den späteren Abschied zu erleichtern und deren Identität zu stärken (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:145f.).

In den letzten Jahren verband sich Sexualität immer stärker mit Gewalt. Im populären Diskurs zu AIDS in Subsahara-Afrika herrscht seit Ausbruch der Pandemie das Streben vor, sowohl die Promiskuität junger Menschen, als auch die Homosexualität zu bekämpfen. Wie Makinwa-Adebusoye und Tiemoko (2007:12f.) feststellen, hat die Pandemie zu einem Wiederaufleben von Maskulinität und genderungleichen Vorstellungen von Sexualmoral geführt.

Laut Hansjörg Dilger (2000:165f.;181) wurde der indigenen Wahrnehmung von und Kommunikation über AIDS in Tansania bisher viel zu wenig Beachtung geschenkt, was für den Erfolg von Präventionsmaßnahmen fatal ist. Da es noch kein Heilmittel für AIDS gibt, muss seiner Ansicht nach jedoch gerade diesem Bereich vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden. Um die Menschen besser „ansprechen“ zu können und eventuelle konflikthafte Botschaften zu vermeiden, ist es wichtig auf lokale Metaphern und Bilder im Zusammenhang mit HIV/AIDS genauer einzugehen.

Widerspricht die Begrifflichkeit der internationalen und nationalen Organisationen und Medien jener der Menschen, an die sich Aufklärungsprogramme richten, dann sind diese von Beginn an zum Scheitern verurteilt. Eine emische Analyse, die den Stimmen der Menschen, insbesondere den oftmals überhörten Stimmen junger Menschen, Gehör schenkt, ist daher dringend notwendig (vgl. Higgins and Norton, 2010:1).

„While there may be global, medial solutions to alleviate the threat of HIV/AIDS, the way it is understood, the way we talk about it and teach it and the way it is lived and experienced are deeply local“ (Norton, Pennycook and Ramanathan, 2010:vxii).

Während man in Europa und Nordamerika meist Kriegsmetaphern im Zusammenhang mit HIV/AIDS benutzt („Bekämpfung“, „Kampf“, „Vernichtung“), ist der Diskurs im östlichen und südlichen Afrika durch andere Metaphern und Begrifflichkeiten geprägt. In Tansania spricht man, wie bereits gesagt, von einer „modernen Krankheit“ („ugonjwa wa kisasa“), da damit Mobilität und Geld und oftmals auch ein liberaleres Sexualverhalten in Verbindung gebracht werden. Oft fallen in diesem Kontext die Wörter „hela“ (Geld), „Juliana“ (teure Modemarke), „barabara“ (Straße), „ajali“ (Unfall), „mpira“ (Autoreifen) oder „pancha“ (Reifenpanne). Die Metapher des Verkehrsunfalles verdeutlicht sehr gut die Schnelllebigkeit und das Ausgeliefertsein, mit der das Risiko einer Neuinfektion für viele verbunden scheint (vgl. Dilger, 2000:167-178). Auch der oftmalig verwendete Vergleich mit einem Blitzschlag unterstreicht dieses Gefühl der Machtlosigkeit sehr gut (vgl. Bastien, 2005:78f.). Für viele TansanierInnen gelten vor allem reiche, mobile und habgierige Menschen mit schlechtem Charakter als Überträger des HI-Virus²⁵. Daher scheint es für einige Menschen bereits ausreichend, bei der Wahl des Sexualpartners/der Sexualpartnerin auf dessen/deren Charakter zu achten und die Lebensweise der Person genauestens zu prüfen, um sich vor einer Infektion zu schützen.

Neben der Verkehrsmetapher existieren jedoch noch andere Begrifflichkeiten in Tansania. So wird AIDS insbesondere in ländlichen Gebieten oftmals als eine Strafe Gottes für unmoralisches Verhalten angesehen und biblische Bilder verwendet, die auf den Weltuntergang hindeuten (vgl. Dilger, 2000:167-178).

Die gesellschaftliche Wahrnehmung der AIDS-Epidemie wurde seit ihrem Ausbruch nachhaltig von moralischen und religiösen Interpretationen geprägt. AIDS ist vielerorts bereits zu einem Politikum geworden, welches bestimmten Bevölkerungsgruppen Schuld zuweist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Sexualität ein sehr intimes Thema darstellt, das den Kern zwischenmenschlicher Beziehungen betrifft und dadurch rasch moralische Fragen über richtiges und falsches Verhalten, über Vertrauen, Scham, Respekt, sowie über Solidarität und Stigmatisierung auslöst (vgl. Dilger 2005:35f.; vgl. Dilger, 2000:167). HIV/AIDS wird in Tansania sehr häufig noch mit sexueller Promiskuität und sündigem Verhalten gleichgesetzt.

²⁵ Das die Epidemie von Beginn an mit Reichtum und Mobilität in Verbindung gebracht wurde, kann vielleicht dadurch erklärt werden, dass zu den ersten Betroffenen in Tansania vor allem HändlerInnen zählten, die mit Geschäftsleuten aus Uganda verkehrten und zur wohlhabenderen Schicht gehörten. Aufgrund der engen, modernen Kleidung aus dünnen und teuren Stoffen („slim“), die damals von diesen Menschen hauptsächlich getragen wurde, sprach man bald im Zusammenhang mit HIV/AIDS nur noch von der sogenannten „slim disease“ (vgl. Haag, 2008:48).

Die sozialen und moralischen Normen schärfen häufig den Glauben, dass Infizierte und Kranke lediglich das bekommen, was sie verdient haben (vgl. Kakoko, 2006:46f.).

„Öffentlich zu sagen, jemand habe AIDS, ist ein direkter Angriff auf die Würde einer Person; es ist gleichbedeutend mit der Behauptung, dass jemand – vor allem im Hinblick auf seine Sexualität – moralisch unkontrolliert und verwerflich gehandelt habe“ (Dilger, 2005:318).

Aber auch HIV-Infizierte und AIDS-Kranke erzeugen selbst aktiv Ungewissheit über die Natur ihrer Krankheit, da viele in ihrem familiären und weiteren sozialen Umfeld den Anschein erwecken möchten, dass das „Gerede über AIDS“ letztendlich vollkommen unbegründet sei (vgl. Dilger, 2005:308).

Durch die Modernisierung und die damit einhergehenden neuen Mittel und Wege der Kommunikation, veränderte sich das sexuelle und reproduktive Verhalten in Tansania. In der vorkolonialen Zeit kümmerte sich in vielen afrikanischen Gesellschaften südlich der Sahara die Gemeinschaft als Ganzes darum, die Jugendlichen in speziellen Initiations- und Beschneidungsriten („jando“/„unyago“) auf das Erwachsenenleben vorzubereiten. Die Aufklärung über sexuelle und reproduktive Gesundheit galt bereits damals als sehr sensibles Thema, weshalb die Nichteinhaltung der Regeln häufig unter Strafe gestellt wurde. Heute sehen viele Erwachsene die traditionellen Wege der Aufklärung als archaisch und nicht mehr angemessen an, da sich die sozialen Strukturen stark verändert haben (vgl. Kayombo and Mbonile, 2008:26f.; vgl. Bastien, 2005:80f.).

Auch durch die wachsende Migration in Städte kam es in Tansania zur Fragmentierung von Familienbeziehungen, weshalb traditionelle Wege der Kommunikation oftmals verloren gingen (vgl. Namisi et al, 2009:65f.). Es müssen daher neue Wege der Kommunikation, insbesondere mit jungen Menschen, gefunden werden (vgl. Kiiru, 2007:25; vgl. Fuglesang, 2002:138). Häufig fehlen diese jedoch noch, weshalb die Anzahl der STD's, ungewollten Schwangerschaften usw. in Tansania weiter ansteigt. Trotz eines breiten Angebotes an Informationsquellen innerhalb des Landes wissen viele Menschen nicht an wen oder wohin sie sich wenden sollen, um an vertrauenswürdige Informationen zu gelangen (vgl. Kayombo and Mbonile, 2008:26f.). Die Hauptlast ruht hierbei auf den Eltern, LehrerInnen und Jugendlichen (vgl. Kiiru, 2007:25).

UNAIDS fand heraus, dass vor allem die sexuelle Aufklärung Jugendlicher heutzutage einem großen Problem gegenübersteht, nämlich der Widersprüchlichkeit von Anschauungen und Aussagen.

Einerseits herrscht eine steigende Offenheit bzgl. der Zurschaustellung nackter, perfekter Körper durch diverse Medien, andererseits wird öffentlich meist über Sexualität geschwiegen, was aufklärende Aspekte betrifft. Überdies wird jungen Männern ein steigender Druck auferlegt, erfahren zu sein und viel Wissen über Sexualität zu haben, wohingegen Mädchen naiv und unerfahren wirken sollen. Viele Medien betonen zwar den Sexualakt an sich, schweigen jedoch wenn es um das richtige Verhalten in Beziehungen geht. Auch die Wertevermittlung passiert nur noch am Rande – kurz: viele jungen Menschen sind überfordert. Sie sind gefangen zwischen den Anforderungen, welche die Gesellschaft an sie stellt und jenen sozialen Normen, Erwartungen und Vorbildern, welche in eine völlig entgegen gesetzte Richtung deuten (vgl. Kelly, 1999:13).

„Die Trennung von Sexualität und Fortpflanzung verschiebt Sexualität aus dem Reich der Subsistenz in die Region des konsumistischen Freizeitvergnügens. Dass viele Männer dann auf die Idee kommen, dieses entertainment dürfe ihnen nicht versagt bleiben, deswegen sei gegen Vergewaltigung nicht ernsthaft etwas einzuwenden, ist eine der vielen Konsequenzen.

Man müsste einmal die Frage zu stellen wagen, in welchem Ausmaß die erzwungene „Veröffentlichung“ der Sexualität in der Folge von Präventionskampagnen auch zur Verrohung des Verhältnisses zwischen den Geschlechtern beigetragen hat“ (Gronemeyer, 2002:108).

Jugendliche stehen während ihrer Pubertät unter großem Stress und müssen sich innerhalb der Gesellschaft erst ihren Platz suchen. Aufgrund der Veränderungen der sozialen Strukturen in Tansania stehen Jugendliche heute auf dem Scheideweg und sind oftmals überfordert (vgl. Kayombo and Mbonile, 2008:30). Doch wie kann diese Situation verbessert werden? Woher beziehen junge Menschen in Tansania am liebsten Informationen bzgl. sexueller Aufklärung und wie steht die Gesellschaft dazu? Darauf werde ich in Kapitel 6 noch näher eingehen.

2.3.3. Stigmatisierung und Diskriminierung

“My rage is really about the fact that when I was told that I’d contracted this virus it didn’t take me long to realize that I’d contracted a diseased society as well” – David Wojnarowicz, berühmter Aktivist und Künstler, der 1992 an AIDS starb (zitiert nach Dilger, 2005:12).

Da Stigmatisierung und Diskriminierung wesentlich Einfluss auf den Erfolg von Präventionsprogrammen haben (vgl. Kakoko, 2006:31) und von der Regierung immer noch als große Herausforderungen im Kampf gegen HIV/AIDS angesehen werden, möchte ich mich nun auch diesem Thema widmen.

„Stigma and discrimination against PLHIV, however, are still a major challenge marginalizing infected individuals at the level of the family, workplace and the community and are creating unnecessary suffering“ (URT (PMO), 2007:15).

Stigma kann in verschiedene Formen unterteilt werden: „self stigma“, welches sich durch Schuldzuweisungen sich selbst gegenüber auszeichnet, „enacted stigma“, welches sich in den Verhaltensweisen und Reaktionen zeigt, „perceived stigma“, welches sich auf die Einstellung des Stigmatisiert-Seins bzw. des Stigmatisierens bezieht und „anticipated stigma“, welches die diskreditierenden Reaktionen beschreibt, die bei Bekanntgabe einer Infektion von den Betroffenen erwartet werden. Der Stigmatisierungsprozess beginnt für gewöhnlich mit den Reaktionen der Gesellschaft, doch manchmal werden negative Reaktionen bereits davor erwartet bzw. selbst dann vorausgeahnt, wenn sie tatsächlich niemals auftreten (vgl. Kakoko, 2006:14f.). Soziales Stigma und die Angst vor Isolation sind die Hauptgründe, weshalb es viele Menschen in Tansania vorziehen, ihren HIV/AIDS-Status nicht der Gemeinschaft, in der sie leben, preiszugeben bzw. sich überhaupt nicht testen zu lassen. Andere meinen, dass es damit zusammenhängt, welche Hilfestellungen sich die Menschen erhoffen können, nachdem sie sich zu ihrer Infektion/Krankheit bekannt haben bzw. in wieweit für sie ein Risiko besteht nach Bekanntgabe ihren Job zu verlieren (Mfangavo et al, 2005:46).

Ban-Ki-Moon, der achte Generalsekretär der Vereinten Nationen (UN), betonte 2008 wie wichtig es ist, Stigmatisierung von PLWHA und deren Angehörigen zu bekämpfen.

„Stigma remains the single most important barrier to public action. It is the main reason too many people are afraid to see a doctor to determine whether they have the disease, or to seek treatment if so. It helps make AIDS the silent killer, because people fear the social disgrace of speaking about it, or taking easily available precautions. Stigma is a chief reason the AIDS epidemic continues to devastate societies around the world. We can fight stigma. Enlightened laws and policies are key. But it begins with openness, the courage to speak out“ (zitiert nach The Washington Times, 2008).

Dr. Peter Piot, der Geschäftsführer von UNAIDS, betonte bei seiner Rede während der Eröffnungszeremonie des 11. „International Congress on HIV and AIDS and STIs in Africa“ (ICASA) in Lusaka 1999, dass Stigmatisierung immer noch die größte Herausforderung im Kampf gegen HIV/AIDS darstellt. Da sie die Präventionsarbeit behindert, muss die Eliminierung von Stigmatisierung auch politisch ausreichend unterstützt werden (vgl. Kelly, 1999:14).

„Stigmatisation of AIDS as a disease and the people who live with it make them and their families more vulnerable than they already are through the illness. In addition, the stigma attached to HIV/AIDS prevents people from changing behaviours/actions which can prevent infecting others, thus limiting the effects of prevention campaigns and knowledge“ (Mfangavo et al, 2005:46f.).

Studien zeigen, dass Menschen mit HIV/AIDS häufig Angst, Wut, Ablehnung, übler Nachrede, Schuldzuweisungen und Ausgrenzung durch ihre Mitmenschen ausgesetzt sind (vgl. Kakoko, 2006:14).

Oftmals ist Unwissenheit der Grund für die Meidung von HIV/AIDS-Betroffenen bzw. die Angst vor öffentlicher Diskreditierung (vgl. Kakoko, 2006:47). Angst, gepaart mit Stigmatisierung führt zur weiteren Verbreitung von HIV/AIDS und einer geringeren Bereitschaft sich freiwillig testen zu lassen. Daher muss es ein Anliegen von Organisationen sein, die Menschen mit dem notwendigen Wissen und den Fähigkeiten auszustatten, um Stigmatisierung zu verringern. Dafür bedarf es großer Unterstützung auf allen Ebenen (vgl. Mfangavo et al, 2005:50).

Bei der Weltaidskonferenz in Durban im Jahr 2000, rief der damals erst 11-jährige Nkosi Johnson, der selbst unter AIDS litt (bevor er 2001 verstarb), bewegend zur Gleichbehandlung von PLWHA auf:

„You can't get AIDS by hugging, kissing, holding hands. We are normal. We are human beings. We can walk, we can talk (...) We have needs just like everyone else. We are all the same“ (zitiert nach Wooten, 2004).

2.3.4. Vulnerable Bevölkerungsgruppen

Gleich zu Beginn möchte ich festhalten, dass durch die HIV/AIDS-Pandemie weltweit alle Bevölkerungsschichten direkt oder indirekt betroffen sind. Daher ist der Begriff „Risikogruppen“²⁶ unangebracht, da die Verwendung desselbigen oftmals zu Stigmatisierungen und Diskriminierungen geführt hat. Trotzdem steht fest, dass gewisse Verhaltensweisen das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, erhöhen. Daher ist der Gebrauch des Begriffs „Risikoverhalten“ auch geläufig. Da erkannt wurde, dass das menschliche Verhalten auch durch nicht kontrollierbare Lebensumstände geprägt wird, spricht man heute von Vulnerabilität. Laut ExpertInnen gelten vor allem jene Menschen als besonders vulnerabel, die in ihrer sozialen, sexuellen oder ökonomischen Stellung bzw. Selbstbestimmung eingeschränkt sind (vgl. Haag, 2008:33f.; vgl. Fleischer and Ochel, 2005:27).

In Tansania jedoch wurde und wird auch noch heute teilweise die Vulnerabilität bezüglich HIV mit einem „schlechten moralischen Charakter“ bzw. einem „Verlangen“ der jungen Leute gleichgesetzt (vgl. Setel, 1999:3f.).

²⁶ Zu Beginn wurde der Fokus nur auf sogenannte „Risikogruppen“ gelegt, was sich als problematisch erwies, da nur die Mitglieder dieser Gruppen, wie etwa LKW-FahrerInnen, HändlerInnen oder SexarbeiterInnen, als gefährdet galten und man den Rest der Bevölkerung weitgehend außer acht ließ (vgl. Schoepf, 2001:338f).

2.3.4.1. Frauen

Standen zu Beginn der 1980er Jahre, als HIV/AIDS zum globalen Thema wurde, noch hauptsächlich homosexuelle Männer und Drogensüchtige im Blickpunkt der Öffentlichkeit, so sind die Frauen sukzessive vermehrt in den Interessenfokus gerückt. Es kam zu einer so genannten „Feminisierung“ der Pandemie im globalen Kontext. Gegen Ende der 1980er Jahre zählte man schließlich auch Frauen, insbesondere Sexarbeiterinnen, zu den sogenannten „Risikogruppen“. Dadurch litten diese fortan stark unter Stigmatisierung und Diskriminierung, bis sich das Blatt Mitte der 1990er Jahre wendete.

Seitdem werden sie eher als Opfer denn als Täter der Pandemie wahrgenommen. In Tansania sind Frauen zwischen 20 und 30 Jahren doppelt so häufig von einer HIV-Infektion betroffen wie Männer²⁷. Erst ab dem 40. Lebensjahr sind Männer stärker betroffen, was folgern lässt, dass die Übertragung oftmals von älteren Männern (sogenannten „sugar daddies“²⁸) auf jüngere Frauen erfolgt²⁹ und vice versa (vgl. Grauer, 2005:14f.).

In Subsahara-Afrika macht das weibliche Geschlecht 76% aller jungen infizierten Menschen (15-24 Jahre) aus (vgl. UNFPA n.d.). Weltweit lebten 2008 geschätzte 15,7 Millionen Frauen (ab 15 Jahren) mit HIV (vgl. UNAIDS; WHO b, 2009:6). Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern ließen sich vor allem in der Altersgruppe der 20-29 Jährigen feststellen, wo die Anzahl der weiblichen Fälle fast doppelt so hoch waren, wie jene der Männer (vgl. URT (MoH), 2005:1). Laut Erhebungen des NACP aus den Jahren 2001-2006 sind Frauen zwischen 25-34 Jahren am meisten von HIV/AIDS betroffen (vgl. URT (MoHSW), 2006:25). Die derzeitige Lebenserwartung von Frauen beträgt in Tansania geschätzte 57 Jahre und 7 Monate, während Männer im Durchschnitt nur 56 Jahre und 1 Monat alt werden (vgl. Magubira, 2010). In der nahen Zukunft wird es aufgrund der Epidemie zu einem rapiden Absinken der Lebenserwartungen bei beiden Geschlechtern kommen³⁰. Auch wenn die Lebenserwartung der tansanischen Frauen besser ist als jene der Männer, so leiden erstere doch unter einer Vielzahl anderer Belastungen.

²⁷ Van den Bergh spricht gar von einem dreimal höheren Infektionsrisiko junger Frauen zwischen 15-24 Jahre in Subsahara-Afrika, gegenüber Männern desselben Alters (vgl. Bergh, 2008b:163).

²⁸ Als „sugar daddies“ bezeichnet man ältere, wohlhabende Männer, die den Jugendlichen gegen sexuelle Dienste Geld geben, welches diese wiederum oftmals für Schulmaterialien ausgeben (vgl. Merriam-Webster's Learner's Dictionary, n.d.; vgl. Hirschmann, 2003:43; 71).

²⁹ Wenn Frauen bereits früh sexuell aktiv sind, insbesondere mit älteren Männern, wird ihnen häufig Geldgier („tamaa ya pesa“) als Motiv vorgeworfen (vgl. Bergh, 2008b:172). Auch Bastien (2005:76) machte bei ihrer Forschung die Erfahrung, dass Frauen häufig dem Vorwurf der Geldgier ausgesetzt sind. Sie glaubt jedoch, dass weniger Materialismus eine Rolle spielt, sondern geringe ökonomische und soziale Macht die Auslöser sind.

³⁰ Für das Jahr 2015 wird eine Lebenserwartung der Frauen von 47,4 Jahren angenommen (vgl. GLOBALIS a n.d.), wohingegen Männern nur eine Lebenserwartung von 45,6 Jahren vorhergesagt wird (vgl. GLOBALIS n.d.).

Auch die tansanische Regierung listet Frauen, neben Jugendlichen und Armen zu jenen drei Gesellschaftsgruppen, die am meisten unter der HIV/AIDS-Epidemie leiden (vgl. URT (TACAIDS) n.d.). So sind Frauen z.B. im Bildungsbereich stark benachteiligt, was sich wiederum negativ auf deren Zugang zu Informationen und Präventionskampagnen auswirkt. In Tansania ist der Anteil an weiblichen Analphabeten höher als jener der männlichen Analphabeten. Vor allem auf dem Land bestehen große Geschlechterunterschiede. 2008 lag die Alphabetenrate bei jungen Frauen (15-24) bei 76,3% (vgl. UN, 2010b). Männer (15-24) wiesen im Gegenzug 2008 eine Alphabetenrate von 78,7% auf (vgl. UN, 2010a).

Bisher gab es viele verschiedene Modelle, welche versucht haben die hohe Vulnerabilität von Frauen gegenüber HIV/AIDS zu erklären. Als Gründe wurden u.a. folgende Punkte genannt: eingeschränkter Zugang zu Bildung und Medien, geringerer Informationsstand gegenüber Männern, schlechter ausgeprägte Wahrnehmung von Risikoverhalten, sowie weniger Entscheidungsmacht, verglichen mit Männern. Daher muss rasch eine Verbesserung der Bildungssituation, sowie der sozialen Stellung von Frauen in Tansania herbeigeführt werden (vgl. Haag, 2008:36ff.). Auch die Journalistin und Autorin S. Nolen teilt diese Meinung:

„Studien zeigen, dass Unabhängigkeit, Bildung und Einkommen Frauen in Afrika am besten vor Aids schützen. Jedes Jahr, das ein Mädchen in der Schule verbringt, macht es weniger anfällig für eine Infektion mit HIV. Mit einem Einkommen haben Frauen außerdem viel mehr Kontrolle darüber, mit wem sie Sex haben. Sie bekommen Medikamente, wenn sie sich angesteckt haben, aber es wird nichts getan, was diesen Frauen erlauben würde, sich selbst zu schützen: Bildung und Einkommen“ (zitiert nach Pohler, 2007).

In Subsahara-Afrika lässt sich seit längerem ein Trend beobachten: ältere Männer wählen bevorzugt jüngere Frauen aus, um den Geschlechtsakt zu vollziehen, da sie oftmals davon überzeugt sind, dass diese noch nicht mit HIV infiziert sind³¹ (vgl. Kelly, 1999:4). Die jungen Frauen wiederum haben häufig mit älteren Männern Sexualverkehr, da diese ihnen Geld, eine Unterkunft, Essen oder andere Dinge besorgen können³². Aufgrund dieses asymmetrischen Machtverhältnisses sind Frauen meist nicht in der Lage auf den Gebrauch eines Kondoms zu

³¹ Während früher noch verstärkt Gewicht darauf gelegt wurde, eine Jungfrau zu heiraten, so scheint dieser Trend bei jüngeren Leuten nachzulassen. 77% meinten bei einer Umfrage, dass die meisten Mädchen heutzutage bereits vor der Ehe uell aktiv wären, wobei 62% sagten, dass solche Mädchen nicht respektiert werden würden. Es scheint also ein Graben zwischen dem sexuellen Begehren der Männer, als auch dem Wunsch eine Jungfrau zu ehelichen, zu bestehen (vgl. Bastien, 2005:70).

³² Ein Spruch aus Tansania markiert diese Wendung hin zu Sex gegen Bezahlung: „Hapendi mtu bali pochi“ (Bergh, 2008:107). Sex mit Schulmädchen kostet im Schnitt lediglich zwischen 200-1.000 Tsh.. Viele junge Frauen werden aufgrund ihrer niedrigen sozialen Stellung, als auch oftmals aufgrund ihrer trüben Bildungs- und Zukunftsaussichten zu Sexarbeiterinnen (vgl. Bergh, 2008b:173;175f.).

bestehen³³ (vgl. Haag, 2008:39). Ein 49-jähriger Mann äußerte sich folgendermaßen zur Tatsache, dass sich immer mehr junge Mädchen mit älteren Männern einlassen, um an Geld oder Güter zu gelangen:

„In our country we have many, many children and nobody can care for them. Even the government doesn't want to help, we don't know why. That is because I think some children, about fifteen years old or seventeen, they start to go to have sex with someone, because they need money. And in circumstances like this, we can not stop the disease HIV“ (zitiert nach Haag, 2008:98).

Die Machtverhältnisse zwischen Frauen und Männern sind in Tansania recht ungleich verteilt. Frauen haben deutlich weniger Möglichkeiten zu bestimmen unter welchen Bedingungen sie sexuell verkehren möchten. Viele Frauen in einer monogamen Beziehung, die davon überzeugt sind, dass ihr Mann das HI-Virus in sich trägt, können beim Geschlechtsakt laut Haag dennoch aufgrund der Umstände nicht darauf bestehen, dass ein Kondom verwendet wird, da sie oftmals von ihrem Partner abhängig sind. Oftmals erscheint Frauen die Verweigerung von ungeschütztem Geschlechtsverkehr weitaus gefährlicher, als das Risiko einer Ansteckung mit dem HI-Virus (vgl. Haag, 2008:35f.).

Eine nationale Umfrage aus dem Jahr 2005 gab jedoch an, dass Frauen mittlerweile meist keine Probleme mehr damit haben Sex mit ihrem Ehepartner zu meiden, wenn sie kürzlich ein Kind geboren haben, oder wissen dass er eine STI hat. Wenn sie hingegen wissen, dass er auch Sex mit anderen Frauen außer ihnen hat bzw. einfach keine Lust haben, wächst der Widerstand der Männer, wodurch es für Frauen immer noch sehr schwierig ist ihre Interessen durchzusetzen (vgl. National Bureau of Statistics (NBS) and ORC Macro, 2005a:53). Daher ist es entscheidend, die Stellung der Frauen durch angemessene Präventionskampagnen deutlich zu verbessern (vgl. Haag, 2008:35f.).

„It is not possible for a woman to insist on using a condom when you have sex with your husband (...) He would begin to distrust you and bad rumours would go around. Women are in danger when doing so, because then the men would leave them because they would feel betrayed. Also the community would not talk to the women anymore because a woman who insists on using a condom is marked as a cheating wife“ (Frau, 45 aus Mkwera).

Für Frauen besteht eine erhöhte Gefahr Opfer (sexueller) Gewalt durch Männer zu werden, da letztere aufgrund der Liberalisierung traditioneller Rollenmodelle einen Machtverlust erlitten, den viele dadurch zu kompensieren versuchen (vgl. Haag, 2008:36).

³³ Die Ergebnisse einer von Bastien (2005:71) durchgeführten Forschung ergaben, dass der Kondomgebrauch in Tansania männlich bestimmt ist. 57% der befragten Mädchen und Buben meinten, es wäre ein Zeichen von Misstrauen, wenn ein Mädchen ihren Freund bitten würde ein Kondom zu benutzen. Außerdem sprach sich die Mehrheit der Buben für Sex ohne Kondom aus.

Dies begünstigt wiederum die Verbreitung von HIV/AIDS. Häusliche Gewalt hält Frauen häufig davon ab HIV-Tests machen zu lassen, bzw. ihre Partner im Falle einer HIV-Infektion darüber aufzuklären (vgl. Mfangavo et al, 2005:31). Eine Studie aus Tansania fand heraus, dass HIV-positive Frauen darüber hinaus noch einmal ein 2,5mal höheres Risiko haben, Gewalt ausgesetzt zu werden, als HIV-negative Frauen (vgl. UNAIDS; UNFPA; UNIFEM, 2004:46).

Krügel berichtet aus ihren Erfahrungen, dass besonders Mädchen in Tansania von Kommunikation über Sexualität ferngehalten werden, was jedoch nicht deren Verlangen und Neugierde stoppt, sondern oftmals in geheimen sexuellen Bindungen ohne ausreichende Sexualaufklärung endet. Dies führt nicht selten zu ungeplanten, frühen Schwangerschaften oder der Übertragung von Geschlechtskrankheiten (vgl. Krügel, 2005:55f.).

Frauen sind durch ihr Ansehen als zentrale Versorgerinnen bei der Pflege von Kranken und Waisenkindern körperlich, als auch seelisch stärker belastet. Sie werden dadurch auch häufiger Opfer von Stigmatisierung als Männer (vgl. Dilger, 2005:31). Dadurch ist es ihnen meist nicht möglich ihre ökonomische Basis aufrecht zu erhalten bzw. eine neue aufzubauen. Auch die Möglichkeit sich weiterzubilden sinkt aufgrund ihrer Verpflichtungen im Haushalt. All dies verstärkt ihre Abhängigkeit von Männern, erhöht dadurch das Risiko für sexuelle Ausbeutung und Gewalt und damit auch die Gefahr, sich mit dem HI-Virus zu infizieren. 70% der Haushalte im ländlichen Afrika werden aufgrund der Arbeitsmigration der Männer allein von Frauen geführt. Dies macht deutlich, wie viel Arbeit auf den Frauen lastet (vgl. Haag, 2008:39).

Aufgrund der untergeordneten Stellung, die Frauen gegenüber Männern einnehmen, sind sie überproportional in Gefahr. Viele Frauen sind sowohl ökonomisch, als auch sozial von Männern abhängig. Oftmals sind sie nur für das Aufziehen und die Pflege der Kinder bzw. eventuell kranker Familienmitglieder zuständig. Sex dient häufig als Mittel um Geld zu verdienen, einen Partner zu behalten oder um die Abhängigkeit gegenüber verschiedenen Männern zu diversifizieren. Frauen scheinen in solchen sexuellen Beziehungen nur wenig Macht zu haben, um auf sicheren Sexualverkehr bestehen zu können (vgl. Mfangavo et al, 2005:31).

„Women’s sexual, economic, and social subordination reinforces their poverty and their vulnerability to contracting HIV” (Mfangavo et al, 2005:31).

Aufgrund der meist ungleichen Machtverteilungen innerhalb einer Beziehung, wird das polygame Verhalten des Mannes in Regel hingenommen, auch wenn es dadurch zu einer HIV-Infektion kam. Frauen haben, gemäß der Auffassung der meisten Menschen, dem Mann zu gehorchen und treu zu sein (vgl. Krügel, 2005:56f.). Bei einer Umfrage in Tansania gaben bspw. 40% der verheirateten Männer an, außereheliche Affären zu haben, was deutlich macht, wie häufig multiple Geschlechtspartnerschaften tatsächlich vorkommen (vgl. Tietze, 2006:34).

Die Kairo-Konferenz 1994 war sehr bedeutend für die Gesundheit der Frauen, denn zum ersten Mal hat ein UN-Dokument klar die reproduktiven Rechte festgeschrieben:

„(...) the right of couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so; the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health and the right to the information that makes this possible; and the right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence” (zitiert nach Otiye-Igbuzor, 2007:200).

Weltweit kam es, wie bereits berichtet, zu einer „Feminisierung“ der HIV/AIDS-Pandemie, das Wissen um die besondere Betroffenheit/Vulnerabilität von Frauen stieg an. Um Geld zu verdienen, werden viele junge Mädchen von den Schulen genommen, andere müssen sich prostitutieren, um das Einkommen der Familie zu erhöhen bzw. ihr eigenes Überleben zu sichern (vgl. Otiye-Igbuzor, 2007:203ff.). Die Weltbank betont, dass diese Feminisierung von HIV/AIDS nicht nur die größere physiologische Vulnerabilität von Frauen gegenüber einer Infektion aufzeigt, sondern auch die soziale und physiologische Vulnerabilität aufgrund von miteinander verwobenen soziokulturellen, ökonomischen und rechtlichen Faktoren. Um dieses tief verwurzelte Verständnis und Verhalten zu ändern und die Ausbreitung von HIV/AIDS zu stoppen, bedarf es politischer Interventionen. Eine Studie von UNAIDS aus dem Jahr 1999 fand heraus, dass jene HIV/AIDS-Programme, welche die Gendergleichheit/-gerechtigkeit zu einem ihrer zentralen Ziele erhoben, deutlich effektiver waren. Auch UNGASS erklärte im Juni 2001, gemeinsam mit 180 StaatsvertreterInnen, dass Gendergerechtigkeit und die Ermächtigung („empowerment“) von Frauen, fundamentale Elemente bei der Bekämpfung der erhöhten Vulnerabilität von Frauen gegenüber HIV/AIDS sein müssten (vgl. Otiye-Igbuzor, 2007:205f.). Auch im Progress Report von UNAIDS wurden diese Ziele 2003 erneut betont (vgl. UNAIDS, 2003:52).

Aufgrund der Vorherrschaft von HIV-Infektionen durch heterosexuelle Kontakte, sowie der ungleichen Machtverhältnisse zwischen Männern und Frauen lässt sich behaupten, dass aus Sicht der Frauen Sexualität, Gewalt und HIV/AIDS eng miteinander verbunden sind (vgl. Makinwa-Adebusoye and Tiemoko, 2007:12f.). Wenn Frauen sich tatsächlich infizieren, so muss sie sich oft neuen Formen von Gewalt stellen: Anschuldigungen, Obdachlosigkeit, Tötungsversuchen und vielen weiteren Arten von Menschenrechtsverletzungen. Gewalt ist nicht nur eine Ursache, sondern auch eine Konsequenz von HIV/AIDS (vgl. Otive-Igbuzor, 2007:209f.).

2.3.4.2. Ältere Menschen

Ältere Menschen, vor allem in ländlichen Regionen, werden durch die HIV/AIDS-Epidemie mehrfach belastet: durch die Arbeitssuche der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, welche diese meist in die Städte migrieren lässt, werden die Älteren zurückgelassen. Aidsweisen und (kranke) Kinder verbleiben wiederum meist bei den Großeltern, wodurch diese zusätzlich gefordert werden (vgl. Haag, 2008:41).

2.3.4.3. OVC

2006 führten UNICEF und UNAIDS gemeinsam eine neue Definition von „orphans and vulnerable children“ (OVC) ein, welche nun auch durch AIDS gefährdete Kinder miteinschließt (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:31). Die Zahl der Waisenkinder³⁴ (0-17 Jahre) aufgrund von AIDS hat in den letzten Jahren zugenommen. 2007 lag der geschätzte Mittelwert bei 970.000 allein in Tansania. 2001 lag dieser noch bei 610.000 (vgl. UNAIDS; WHO, 2008:6). Waisen leiden nicht nur an psychischen Folgen, wenn sie einen Elternteil oder beide aufgrund von Krankheiten wie z.B. AIDS verloren haben, sondern auch unter vielen anderen Herausforderungen und Ängsten (vgl. Haag, 2008:40f.).

Die Betreuung von OVC, Großfamilien und Gemeinden muss einen wesentlichen Eckpfeiler in der Präventionsarbeit darstellen, da ein Anstieg der Kindersterblichkeit enorme Auswirkungen auf die zukünftige Entwicklung des Landes hätte.

³⁴ In Tansania existieren zwei etwas unterschiedliche Definitionen von Waisen (Swahili: ma/yatima). Während das nationale AIDS-Programm ein Kind, dessen Mutter oder Vater oder dessen beide Elternteile an AIDS verstorben sind als Waise bezeichnet, gilt im lokalen Sprachgebrauch nur ein Kind, das gar keinen Elternteil mehr besitzt als Waise (auch Doppel- oder Vollwaise genannt). Kinder, die nur einen Elternteil verloren haben werden hingegen nur als „vaterloses“ oder „mutterloses“ Kind bezeichnet (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:66).

Durch den Verlust der zukünftigen Generation muss eine stetig schrumpfende Anzahl von wirtschaftlich aktiven Erwachsenen für eine steigende Anzahl an abhängigen Alten, Kranken und Waisen aufkommen (vgl. Haag, 2008:41). Die Aufnahme von Waisenkindern durch Verwandte wird meist als kurzzeitige Krisenüberbrückung aufgefasst, kann jedoch auch in einer dauerhaften Unterbringung enden (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:69).³⁵

In den Großstädten scheint der Mythos der Großfamilie („jamaa“) (vgl. Jockenhövel-Schiecke 2008:49) und des damit verbundenen familiären Sicherungsnetzwerks langsam zu bröckeln. Immer mehr Menschen finden nicht mehr ausreichend Unterstützung durch ihre Familie (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:165). Es muss diesbezüglich gesagt werden, dass mittlerweile die Großeltern, insbesondere die Großmütter, die Hauptlast für die Versorgung der Waisen übernehmen, welche früher noch hauptsächlich von den Verwandten der Elterngeneration getragen wurde, jedoch aufgrund vieler Erkrankungs- bzw. Todesfälle dieser Generation ausgefallen ist (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:82).

Die traditionelle Versorgung der Waisenkinder innerhalb der Großfamilie belastet diese finanziell und materiell natürlich zusätzlich, weshalb es oftmals unmöglich ist, den Kindern den weiteren Schulbesuch zu ermöglichen. Die ökonomische Bedrohung hat wiederum Auswirkungen auf die Vulnerabilität der Kinder gegenüber HIV/AIDS (vgl. Haag, 2008:40f.). Hierbei gibt es laut Jockenhövel-Schiecke (2008:69) einen wesentlichen Unterschied zwischen Vater- und Mutterwaisen, der in der Literatur bisher wenig beachtet wurde: Wenn die Mutter verstorben ist, hat das Kind meist die wichtigste emotionale Bezugsperson verloren und trauert noch Jahre später intensiv um sie. Ist der Vater verstorben, so hat der Haushalt in der Regel den Hauptfinanzierer verloren, weshalb die Ressourcen nun deutlich knapper sind. Daher besuchen nur wenige Vaterwaisen die Sekundarschule, weil alleinerziehende Mütter das Schulgeld nicht aufbringen können.

In den Pflegefamilien werden die Waisen meist nicht im selben Ausmaß an den Ressourcen beteiligt wie die leiblichen Kinder der Familie. Waisen-Pflegekinder müssen zusätzlich auch häufig die Schulausbildung abbrechen und zu arbeiten beginnen. Sie sind aufgrund ihrer schwachen ökonomischen Position besonders vulnerabel für Prostitution, Bettelei oder Gewalt (vgl. Tietze, 2006:33). Dies erhöht natürlich auch deren Risiko sich mit HIV zu infizieren.

³⁵ Bilden die Schwestern der Mutter hierbei ein unterstützendes Netzwerk, so findet dies sprachlich seinen Ausdruck in „mama mkubwa“ („große Mutter“) für die ältere(n) Schwester(n) bzw. „mama ndogo“ („kleine Mutter“) für die jüngeren Geschwister. Väterlicherseits werden die Schwestern „shangazi“ genannt, welche oftmals nach dem Tod der Eltern deren Funktion übernehmen. Brüder der Mutter („mjomba“) übernehmen in der kognatischen Familie häufig die Vaterrolle (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:71).

2.4. Der Einfluss von Religion

Wie ich selbst während meines Aufenthaltes feststellen konnte, spielt Religion im Alltag der Menschen eine wichtige Rolle. Auch die religiösen Organisationen genießen aufgrund ihrer langen Tradition in allen Gesellschaftsschichten großes Ansehen in Tansania. Von vielen EntwicklungsexpertInnen wird deren Engagement jedoch kritisch betrachtet. Ich wollte daher in meiner Arbeit kurz der Frage nachgehen, in wieweit Religionen und ihre VertreterInnen wirklich als einige der größten Hindernisse im Kampf gegen HIV und AIDS angesehen werden bzw. in wieweit sich eine Zusammenarbeit mit GlaubensführerInnen verschiedener Religionen als Türöffner im Engagement für und mit von HIV/AIDS-Betroffenen erweisen kann (vgl. Zweifel, 2009).

In einer Studie aus Dar es Salaam, welche 2008 herausgegeben wurde, geht bspw. hervor, dass sich 70% der Befragten für eine Aufklärung der Jugendlichen durch religiöse FührerInnen aussprachen (vgl. Kayombo and Mbonile, 2008:29f.). Dies macht deutlich, welcher großer Einfluss bei der Verhaltenssteuerung/-änderung der Menschen für die HIV/AIDS-Prävention sinnvoll genutzt werden könnte. Doch leider wird AIDS von religiösen Führern und Geistlichen oftmals noch als „Strafe Gottes“ bezeichnet, was ein vorhergehendes falsches Verhalten des Betroffenen impliziert. Dadurch verändert sich auch das Sexualverhalten der Menschen auf problematische Weise. Aufgrund des Glaubens, dass Gott diese Krankheit über sie bringt, erscheint ihnen ihr eigenes Risikoverhalten als nichtig. Auch medizinische Hilfe wird weniger gesucht, da der Glaube vorherrscht, Gott alleine könne sie heilen. Auch die Zuweisung von Schuld, sowie Diskriminierung und Ausgrenzung werden durch solche Aussagen den Betroffenen angelastet (vgl. Krügel, 2005:58f.).

Religiöse Organisationen, welche einen Anteil von 30-50% an der Gesundheitsversorgung afrikanischer Länder haben, wurden lange Zeit international skeptisch beäugt und nicht in einen holistischen Ansatz der HIV/AIDS-Bekämpfung integriert, da sie oftmals staatliche Aufklärungskampagnen diskreditierten (vgl. Dilger, 2005:228ff.). In den letzten Jahren wurde die Rolle und Wichtigkeit von FBOs im internationalen Entwicklungskontext vermehrt diskutiert und erkannt, wie wichtig es ist den Pluralismus der Lebenswelten der Menschen (ihre Werte, Traditionen etc.) zu verstehen. Religiöse Organisationen spielen schon seit langem eine wichtige Funktion bei der Bereitstellung von sozialen Dienstleistungen für Menschen, trotzdem sehen viele internationale EntwicklungsexpertInnen das (Wieder-)Aufkommen von FBOs kritisch (vgl. Dilger, 2009:89f.).

Das Aufkommen der FBOs in Tansania entstand hauptsächlich durch die Strukturanpassungsprogramme, welche in den 1980er Jahren zur Armutsbekämpfung eingeführt wurden und auf die soziale, ökonomische und politische Restrukturierung Tansanias abzielten. Die staatlichen Ausgaben für Sozialleistungen, welche in der Ujamaa-Zeit kostenlos waren, wurden stark reduziert und sukzessive kam es durch Korruption, sowie einem Mangel an medizinischer Ausrüstung und Humankapital, zu einer immer unerträglicheren Situation. Zwischen den 1970er und den frühen 1990er Jahren sanken die Ausgaben für die Bereitstellung von Gesundheitspflege von 9% auf 5%, wodurch die Abhängigkeit des Staates von privaten und internationalen Gebern weiter anstieg.

1998 wurde schließlich der World Faith Development Dialogue (WFDD) von George Carey (Erzbischof von Canterbury) und James Wolfensohn (früherer Weltbank-Präsident) ins Leben gerufen, dessen Ziel es ist, die konstruktive Zusammenarbeit von säkularen und religiösen Institutionen zu fördern. Der WFDD hat seither viele interreligiöse Programme in Tansania initiiert (vgl. Dilger, 2009:91ff.).

Hitzige Debatten über FBOs und deren Nutzen in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit entstanden u.a. auch aufgrund umstrittener Hilfe, wie z.B. jener durch PEPFAR, dem „Presidential Emergency Plan For AIDS Relief“, welcher 2003 von George Bush ins Leben gerufen wurde und dessen Programme hauptsächlich auf Abstinenz abzielten. Kritiker meinen PEPFAR würde dadurch die Arbeit anderer Organisationen, wie z.B. jene von UNAIDS und dem GFATM in Gefahr bringen, weil dadurch deren Arbeit und Wunsch nach „sex education“ und Kondomgebrauch als moralisch verwerflich hingestellt wird (vgl. Dilger, 2009:94).

Dilger untersuchte die Arbeit von Kirchen in Tansania, die gegen HIV/AIDS kämpfen und kam zu dem Schluss, dass die Epidemie oftmals gar nicht im Mittelpunkt ihrer Arbeit steht, sondern es ihnen vielmehr darum geht, eine moralische Reformation einzuleiten und moralisch und sozial konservative Agenden zu verbreiten (vgl. Dilger, 2009:104). Einige Religionen insistieren bspw. auf ungeschützten Geschlechtsverkehr innerhalb einer Ehegemeinschaft. Dies kann im Falle einer Ansteckung des einen Ehepartners zur weiteren Verbreitung führen. Aufgrund der starken Ablehnung von Scheidungen in Tansania, sehen sich viele verheiratete Paare dazu verurteilt weiterhin das Virus zu verbreiten (vgl. Mfangavo et al, 2005:31).

Da häufig auch der Gebrauch von Kondomen mit unmoralischem und promiskuitivem Verhalten gleichgesetzt wird und daher aus religiöser Sicht verboten ist, kann dies zu einer Verstärkung des Risikoverhaltens und zu einer Zunahme von Diskriminierung und Stigmatisierung führen. Vor allem in ländlichen Gegenden ist es oftmals schwierig an andere Informationsquellen bezüglich HIV/AIDS zu kommen, weshalb die Möglichkeiten, um die Menschen vor Ort über safer-sex aufzuklären, limitiert sind. Einerseits kommt es dadurch zu sozialer Exklusion, andererseits bieten religiöse Einrichtungen in Tansania Betroffenen oftmals auch Solidarität und Unterstützung. Betroffene und deren Familien erhalten dort psychologische und spirituelle Hilfe, sowie Pflege. Dadurch stärken religiöse Organisationen das Solidaritätsgefühl und die Nächstenliebe und tragen dabei wiederum zur Reduzierung von Stigmatisierung bei (vgl. Mfangavo et al, 2005:47).

Fürsprecher meinen darüber hinaus, dass ArbeiterInnen in kirchlichen Gesundheitseinrichtungen motivierter seien als ihre KollegInnen in staatlichen Einrichtungen. Das Ansehen religiöser Gruppen wuchs, da viele von ihnen weltweit sehr positive und hilfreiche Arbeit bei der Eindämmung von HIV/AIDS geleistet haben (vgl. Dilger, 2009:95). In Tansania gehören allein der katholischen Kirche ca. 40 Spitäler, 50 Gesundheitszentren und mehr als 300 Krankenstationen. In allen 31 katholischen Diözesen wurden spezielle HIV/AIDS-desks eingerichtet, eine eigene Politik wurde verfasst und auch die Zusammenarbeit mit NGOs und der Regierung, sowie anderen stakeholdern wurde intensiviert. Gute Beispiele für gelungene Arbeit sind z.B. PASADA (Dar es Salaam), PASADIT (Tanga), PASAI (Iringa) oder KAKAU (Bukoba) (vgl. Pan African Christian AIDS Network (PACANET) n.d.).

Das Bewusstsein religiöser VertreterInnen wuchs mit den Jahren und heute erklären sich viele bereit auch mit anderen Organisationen zusammenzuarbeiten und offen über Sexualität und Krankheiten zu sprechen. So sprach sich z.B. auch die Führung der Pan-Afrikanischen Lutheranischen Kirche dafür aus und gab zu, dass ihre Kirche in der Vergangenheit ungerecht mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken umgegangen ist und damit zu Diskriminierung und Stigmatisierung beigetragen hat (vgl. Dilger, 2009:95).

Es stellt sich die Frage in wieweit es durch die zunehmende Bedeutung von FBOs im internationalen Kontext zu Zersplitterungen in den Wohlfahrtssystemen der Länder kommen wird. In Tansania führte einerseits die Überlastung des öffentlichen Gesundheitssektors (wenig Personal und Medikamente etc.), als auch die steigende Finanzierung des Gesundheitssektors sowohl im staatlichen als auch nicht-staatlichen Bereich zu einer

Fragmentierung und steigendem Ungleichgewicht. Aufgrund der Tatsache, dass es sich viele FBOs, CBOs und NGOs zur Aufgabe gemacht haben, sich um jene Menschen zu kümmern, die von der Regierung im Stich gelassen wurden (Waisen, Witwen etc.), besteht die Gefahr, dass es erneut zu einer Spezialisierung auf genau diese Gruppierungen kommt und die generelle Bevölkerung völlig außer Acht gelassen wird (vgl. Dilger, 2009:105).

Darüber hinaus müsste die Zusammenarbeit zwischen den diversen Religionsgemeinschaften und dem Staat in Tansania weiter gefördert werden, da die bisher vorherrschenden unterschiedlichen Wertvorstellungen ein Klima der Unsicherheit schaffen, welches die Verbreitung von HIV/AIDS weiter fördert. Während der tansanische Staat für Kondome wirbt, wenden sich die religiösen VertreterInnen mehrheitlich dagegen und bewerben Abstinenz und Treue als Mittel zur HIV-Prävention. Selbst wenn also genügend Wissen bzgl. HIV/AIDS vorhanden ist, so kommt es dennoch oftmals zu Neuinfektionen mit dem HI-Virus, da viele Menschen nicht wissen, wie sie die divergierenden Informationen der verschiedenen Autoritäten bewerten sollen. Es geht daher nicht nur um Wissensvermittlung alleine, auch der Kontext muss stets beachtet werden (vgl. Grauer, 2005:14).

2.5. Die rechtliche Situation

„An environment in which human rights are respected ensures that vulnerability to HIV/AIDS is reduced, those infected with and affected by HIV/AIDS live a life of dignity without discrimination, and the personal and societal impact of HIV infection is alleviated”
(UNAIDS, 1998:4).

Aus diesen Gründen müssen der Schutz und die Einhaltung der Menschenrechte integraler Bestandteil jeglicher Maßnahmen gegen die Pandemie sein³⁶. Artikel 30 der „African Convention on Human and peoples’ Rights in Africa“ bestimmt die Etablierung einer „African Commission on Human and peoples’ Rights“ innerhalb der O.A.U., welche die

³⁶ Dieses Bewusstsein wuchs weltweit seit 1988, als erstmals die Wichtigkeit der Menschenrechte im Zusammenhang mit HIV/AIDS erkannt wurde, stetig an. Die WHO hielt damals in Oslo eine internationale Konsultation über Gesundheit, Legislative, Ethik und HIV/AIDS ab. Am 13. Mai desselben Jahres verabschiedete die WHO eine Resolution mit dem Namen "avoidance of discrimination in relation to HIV infected people and people with AIDS." Von 26.-28. Juli 1989 hielt die UNCHR (United Nations Commission on Human Rights) ihre erste internationale Konsultation über HIV/AIDS und Menschenrechte ab. Zwei Jahre später kam es durch die WHO und die International Association of Rights and Humanity im November in Prag zu einer gesamteuropäischen Beschäftigung mit diesem Thema. Die United Nations General Assembly als auch das UNDP erkannten Anfang der 1990er Jahre, dass es wichtig ist der Diskriminierung etwas entgegenzuhalten und die Menschenrechte zu achten, da diskriminierende Handlungen dazu führen, dass HIV/AIDS in den Untergrund gedrängt wird, was dessen Eindämmung erschwert. 1996 fand in Genf die 2. Internationale Konsultation über HIV/AIDS und Menschenrechte statt, durchgeführt von UNAIDS und UNCHR. Diese gab eigene Richtlinien heraus, um zukünftig weltweit die Einhaltung menschenrechtlicher Normen leichter observieren zu können (vgl. Kinemo, n.d.:3).

Menschenrechte, inklusive der Rechte von HIV/AIDS-Betroffenen fördern soll. Tansania hat die Bedeutung der Wahrung der Menschenrechte erkannt und sowohl die UN Deklaration der Menschenrechte, als auch die afrikanische Konvention unterzeichnet. Die tansanische Verfassung schützt das Recht jedes/r Einzelnen auf Privatsphäre und Vertraulichkeit, welches jegliche missbräuchliche Einmischung in private Angelegenheiten verbietet. Nur in Ausnahmefällen, wenn davon auszugehen ist, dass auch eine andere Person möglicherweise HIV-positiv sein könnte, darf der Serostatus einer Person offengelegt werden (vgl. Kinemo, n.d.:2;4).

Trotz des Bestehens einer eigenen HIV/AIDS-Politik (2001), sowie der Einführung diverser Maßnahmen zur Eindämmung der Epidemie (siehe Kapitel 4), gibt es im tansanischen Rechtssystem bisher noch einige unzureichende Regelungen bezüglich HIV/AIDS. Während in Tansania ein Gesetz aus dem Jahr 1998 Vergewaltigung und sexuelle Angriffe als Verbrechen betitelt, so enthält es dennoch keine Richtlinien wie mit einer HIV-Übertragung in diesem Zusammenhang umgegangen werden soll. Eine weitere wichtige Frage welche noch zu klären ist, lautet: Wie soll man Menschen rechtlich behandeln, die HIV weitergeben indem sie ungeschützten, jedoch eingewilligten/freiwilligen Sexualverkehr mit jemandem haben, in dem Wissen selbst das Virus in sich zu tragen? Darüber hinaus muss auch über eine rechtliche Regelung bestimmter traditioneller Riten nachgedacht werden, von denen viele denken, dass diese auch zur Verbreitung des HI-Virus beitragen (vgl. Mfangavo et al, 2005:30).

Auch wenn in Tansania gilt, dass ein HIV-Test nur nach ausführlicher Beratung und mit dem freiwilligen Einverständnis der getesteten Person durchgeführt werden darf, so wird dabei dennoch ein immer größerer Druck ausgeübt. Junge Verlobte verspüren bspw. einen wachsenden Zwang sich auf HIV testen zu lassen, da sich sonst viele religiöse FührerInnen mittlerweile weigern ihren Segen zu sprechen. Wenn eine Moschee oder Kirche nach diesem Test eine Trauung verweigert, kann dies ein großes Trauma für die jungen Menschen bedeuten und verletzt deren Recht auf Vertraulichkeit und Privatsphäre. Diese Entwicklung empfinde ich als ethisch bedenklich. Artikel 23 der „Universal Declaration of Human Rights“, als auch Artikel 15 der „African Charter on Human and People’s Rights“ besagen, dass jeder Mensch das Recht auf faire Arbeitsbedingungen hat. Auch die tansanische Verfassung schützt das Recht jedes Menschen auf Arbeit. Dennoch verlangen immer mehr ArbeitgeberInnen in Tansania, dass sich zukünftige ArbeitnehmerInnen auf HIV testen lassen. Dies ist diskriminierend und missachtet die Tatsache, dass viele HIV-Positive noch jahrelang ein produktives Leben führen können (vgl. Kinemo, n.d.:4;6f.).

Sofern HIV-Positive in Tansania überhaupt einen Arbeitsplatz erhalten, so leiden sie dort häufig unter Diskriminierungen (vgl. Mfangavo et al, 2005:31). Auch in den tansanischen Gefängnissen stellt sich die Situation problematisch dar. Auch wenn offiziell viel getan wird, um die Verbreitung von HIV/AIDS in den Gefängnissen zu verhindern, so weisen diese dennoch höhere Neuinfektionsraten auf, als die generelle Population. Dies kann u.a. sicherlich auch darauf zurückgeführt werden, dass der Gebrauch von Kondomen in tansanischen Gefängnissen verboten ist. HIV-positive Insassen werden durch Isolationshaft von den anderen Häftlingen getrennt und dadurch bloßgestellt, was keine Lösung für die rasche Verbreitung von HIV sein kann und deren Menschenrecht auf Privatsphäre und Vertraulichkeit verletzt, wie auch UNAIDS betont (vgl. Kinemo, n.d.:9f.). Generell betrachtet müssen die Rechte HIV-positiver Menschen in Tansania also weiterhin gestärkt werden – eine strikte und genaue Rechtslage ist dafür wesentlich (vgl. Mfangavo et al, 2005:31).

„Although the government recognises the necessity for a holistic approach in addressing HIV/AIDS, the institutional and legal frameworks to do so are still weak. For example, whereas gender inequality is seen as central to the continuous spread of the disease, and thus in urgent need of change, the national legislation does not sufficiently support such a transformation. Practices that disadvantages women, and influences their vulnerability to contracting or transmitting HIV, such as widow inheritance, FGM, or land inheritance laws, are still largely supported by national legislation. The sexual offence act (1998) has improved the legislation against rape and sexual abuse, but remains silent about HIV/AIDS and rape“ (Mfangavo et al, 2005:49).

Bezüglich der Rechte von Kindern haben bereits zwei Konventionen, nämlich die UN-Kinderrechtskonvention von 1989 (KRK), welche 1991 ratifiziert wurde und die Afrikanische Charta über die Rechte und das Wohl des Kindes von 1990 (ACRWK), die 2003 ratifiziert wurde, Sicherheit gebracht. Beide betonen die Rechte der Kinder und die Bedeutung der Familie für das Wohl des Kindes. Das Verbot der Diskriminierung, das Kindeswohlprinzip, als auch die Beteiligungsrechte des Kindes an Entscheidungen, die es selbst betreffen stehen hierbei im Zentrum. Diese geforderte Autonomie des Kindes steht in einem starken Spannungsverhältnis zur gemeinschaftsbezogenen Tradition des Landes. Dies könnte ein Grund für die bisher kaum begonnene Implementierung der Inhalte beider Konventionen in Tansania sein. Von vielen Menschen werden „Schule und ugali“ als minimale Definition des Kindeswohles angesehen, was natürlich eine enorme Begrenzung darstellt. Man hofft, dass es durch die beiden Konventionen zu nachhaltigen positiven Veränderungen kommen wird (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:163ff.).

3. Das Bildungssystem Tansanias

Der universelle Zugang zu Primarschulbildung sowie dessen Abschluss für alle Mädchen und Buben weltweit, als auch das Aufhalten und Eindämmen der Verbreitung von HIV/AIDS sind Teile der „Millennium Development Goals“ (MDGs). Dies zeigt deutlich, dass die Bereiche Bildung und HIV/AIDS im weltweiten Kampf gegen Ungerechtigkeit und Armut bereits fest verankert sind (vgl. Harle, 2006:3; vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:25).

„(...) through education there is hope of stemming the apparently inexorable advance of the epidemic and of coping with its casualties“ (Kelly, 1999:2).

Auch die tansanische Regierung erkannte, dass Bildung eines der mächtigsten Instrumente zur Armutsbekämpfung ist, weshalb diese in den Mittelpunkt der tansanischen „National Strategy for Growth and Reduction of Poverty“ (MKUKUTA 2005-2010) gestellt wurde (vgl. The World Bank n.d.).

“It is education that will provide the next generation with the tools to fight poverty and conquer disease“ (Björkdahl and Lundqvist, 2006:1).

Trotz vieler internationaler Abkommen und Zielvereinbarungen, bleibt Bildung für viele junge Menschen in Afrika immer noch ein unerfüllter Wunsch. 40% der tansanischen Frauen und 30% der tansanischen Männer waren niemals in der Schule und nur 26% bzw. 29% haben die Primärschule abgeschlossen (vgl. Harle, 2006:3). Die Weltbank schätzt, dass jährlich aufgrund von HIV/AIDS zusätzliche 450-550 Millionen USD aufgebracht werden müssen, um sicherstellen zu können, dass die Ziele der „Education for All“ (EFA) – Initiative in Afrika auch tatsächlich erreicht werden können (vgl. Harle, 2006:3). Laut der „Global Campaign for Education“ könnten durch EFA (The World Bank, 2010) jährlich rund sieben Millionen Fälle von AIDS vermieden werden, weshalb Bildung oftmals auch als „sozialer Impfstoff“ gegen HIV/AIDS bezeichnet wird (siehe Kapitel 5) (vgl. The World Bank, 2010).

Es ist die Vision der tansanischen Regierung eine Nation zu sein,

„(...) which produces the quality and quantity of educated people sufficiently equipped with the requisite knowledge to solve the society’s problems, in order to meet the challenges of development and attain competitiveness at regional and global levels“ (URT (MoEC), n.d.).

HIV/AIDS stellt eine große Gefahr für die Entwicklung Tansanias dar, da besonders der produktivste Teil der Bevölkerung am meisten betroffen ist. Auch der Bildungssektor³⁷, welcher für die Bereitstellung von gut geschultem Humankapital zuständig ist, wird immer

³⁷ Der Bildungssektor ist einer jener Bereiche des Landes, welche die meisten Arbeitskräfte beschäftigen. 2005 arbeiteten beispielsweise 158.918 Lehrkräfte in Tansania, sowie 12.870 „education officers“ (vgl. Carr-Hill and Ndalichako, 2005:21).

noch massiv von dieser Epidemie geschwächt. Aufgrund dessen gab es bereits mehrfach Bemühungen der tansanischen Politik (siehe Kapitel 4), um diese negative Entwicklung im Bildungssektor umzukehren (vgl. Kakoko, 2006:v).

3.1. Geschichtlicher Abriss

Bevor ich in den folgenden Kapiteln genauer auf die aktuelle Situation von Tansanias Bildungs- und Gesundheitssystem eingehen werde, sowie auf die Herausforderungen, denen sich das Land aufgrund der HIV/AIDS Epidemie stellen muss, möchte ich nun einen kurzen Abriss der vorangegangenen Ereignisse geben, um die heutige Situation besser verstehen und einordnen zu können.

3.1.1. Im Kolonialismus

Zur Zeit des Kolonialismus dienten die ersten Ausbildungsstätten, welche von christlichen und islamischen Missionen geleitet wurden (vgl. Ansprenger, 1999:110f.), weniger dazu um die Mehrheit der Bevölkerung zu alphabetisieren und deren Lebensbedingungen zu verbessern. Vielmehr wurden sie dazu benötigt, um eine kleine Elite von TansanierInnen auszubilden, welche die Aufrechterhaltung des Staatsapparates durch Vermittlung zwischen den Unterdrückten sowie den Kolonialherren sicherten (vgl. Kilindo, 2007:22f.). Das Ziel war es, die Einheimischen zu bekehren und ihren Widerstand zu brechen. Die AfrikanerInnen wurden kulturell entfremdet und es wurde ihnen niemals die Freiheit gewährt, sich selbst ein Bild von allem zu machen und ihre eigenen Traditionen weiterzuleben (vgl. Ansprenger, 1999:110f.). Die Anpassung an ein neues Wertesystem, als auch die ständige Unterdrückung des Selbstbewusstseins stellten große Herausforderungen für die tansanischen SchülerInnen dar. Da Schulen bald als Sprungbretter zu mehr Macht im kolonialen Staatsapparat wahrgenommen wurden, wuchs die Nachfrage der tansanischen Bevölkerung nach westlicher Bildung. Trotzdem gelang es schließlich nur einem Bruchteil der Bevölkerung Bildung zu erlangen, da viele Kinder als Arbeitskräfte in den Familien gehalten wurden und die Kolonialregierung keinerlei Interesse daran hatte den Bildungsbereich weiter auszubauen. Man fürchtete eine erstarkende, wachsende Masse an gebildeten Menschen, welche körperlicher Arbeit zusehends ablehnen würde und durch mehr Bildung auch schwieriger zu kontrollieren sein könnte. Durch diese Umstände bildete sich zunehmend eine Zweiklassengesellschaft heraus, welche dem ursprünglichen Bewusstsein, das die Gleichheit jedes Einzelnen betonte, diametral gegenüberstand (vgl. Kilindo, 2007:22f.).

3.1.2. 1961– 1985

Das erste bildungspolitische Gesetz wurde 1962, ein Jahr nach der Unabhängigkeit erlassen und ersetzte somit die „Education Ordinance“ von 1927. Der nächste entscheidende Schritt stammte von „Mwalimu“ (Kiswahili: Lehrer) Julius Nyerere, welcher einen enormen Einfluss auf das Bildungswesen Tansanias hatte. Als er nach der Unabhängigkeit die sozialistische Ujamaa-Politik einführte, legte er viel Gewicht auf die Bildungspolitik, basierend auf seiner von ihm propagierten „Education for Self Reliance“ (ESR) 1967, welche eine Konsequenz der Arusha Deklaration war. In den folgenden 15 Jahren hatte die Regierung den Anteil des BIP für Bildung mehr als verdoppelt. Das alte System einer Schule, die sich auf „Rasse“ und Hautfarbe stützte (vgl. Ulimwengu, 2004:1) wurde ersetzt durch eine neue, homogene Schule, die allen Schülern Zugang zu Bildung verschaffen wollte. Daher schaffte Nyerere 1973³⁸ auch die Schulgebühren für die Primarschule ab (vgl. Davén, 2008:1).

Durch Nyereres Bemühungen sank die Analphabetenrate in Tansania zwischen 1961-1985 von 85% auf nur 9%. Private Schulen wurden verstaatlicht und es kam zu einer „Ruralisierung der Schule“. Nyerere war es ein Anliegen, vor allem auch der ländlichen Bevölkerung lebensnahen Unterricht zukommen zu lassen und die Gemeindeentwicklung durch einen regen Austausch zwischen dem Dorf und der Schule voranzutreiben (vgl. Dienste in Übersee (Hg.), 1976:19).

Nyerere maß auch der Erwachsenenbildung einen großen Wert bei, da sie seiner Ansicht nach die mächtigste Kraft für die Entwicklung eines Landes besitzt. Trotz großer Erfolge bei der Senkung der Analphabetenrate, gab es einen Bereich der unter Nyerere bewusst zu wenig Beachtung fand: den Sekundarschulsektor. Um kein „Bildungsproletariat“ hervorzubringen, wurde dieser Bildungsbereich absichtlich nicht ausgebaut und auch die Anzahl der SchülerInnen, welche nach dem siebten Jahr der Primarschule eine weiterführende Bildung genossen, war sehr gering (unter 5%). Ebenso waren die Lernbedingungen im Sekundarschulsektor katastrophal und die Durchfallsquoten hoch. Trotzdem konnten die wenigen Personen, die auch die Sekundarschule erfolgreich beendeten, nicht mit viel Anerkennung bzw. besseren Löhnen rechnen (vgl. Kilindo, 2007:25f.).

Das Hauptaugenmerk Nyereres galt der Bildung für alle, umgesetzt hauptsächlich durch eine Verbesserung des Primarschulwesens.

³⁸ Anm.: Bezüglich des Jahres der Abschaffung der Schulgebühren im Primarschulsektor fand ich verschiedene Angaben: während Harle (2006:4) schreibt, diese wären bereits 1971 abgeschafft worden, behauptet Sayi (n.d.) dies wäre 1974 passiert. Auch Jockenhövel-Schiecke (2008:63) unterstützt Davén und meint, es sei 1973 geschehen.

Ziel seines Programms war eine umfassende, die Kinder auf das Leben vorbereitende Schule („shule kamili“), in welcher bereits alle wesentlichen, berufsvorbereitenden Maßnahmen ergriffen werden und das Selbstbewusstsein gestärkt wird (vgl. Benson, 2006:1-4). Um auch der bäuerlichen Bevölkerung den Zugang zu Bildung zu ermöglichen und gleichzeitig das Nationalbewusstsein zu stärken, wurde die einheitliche Sprache Kiswahili in Tansania eingeführt und auch der Unterricht in dieser Sprache abgehalten (vgl. Kilindo, 2007:24f.). Es ging Nyerere darum, ein Gefühl der Gleichheit, Selbstständigkeit und Verantwortung in jedem Kind hervorzurufen, um eine starke Gesellschaft schaffen zu können. Er meinte:

„The education provided must therefore encourage the development in each citizen of three things: an enquiring mind; an ability to learn from what others do, and reject or adapt it to his own needs; and a basic confidence in his own position as a free and equal member of the society, who values others and is valued by them for what he does and not for what he obtains” (zitiert nach Rajani, 2003:1).

„Only free people conscious of their worth and their equality can build a free society” (Rajani, 2003:5). Das dies natürlich nur sehr schwer umsetzbar ist, ist klar. Kritiker würden vielleicht sogar von einem Ding der Unmöglichkeit sprechen, doch Nyerere gehörte sicherlich nicht zu diesen skeptischen Menschen, sondern war von der möglichen Erschaffung derselben überzeugt! Er hatte auch sehr hohe Idealvorstellungen was die Erziehung durch die LehrerInnen betrifft. Er dachte, dass Kinder durch das richtige Verhalten der Lehrkräfte („teaching by being“) am meisten lernen würden und verlangte daher, dass letztere idealistisch, strebsam und gut ausgebildet sein müssen (vgl. Rajani, 2003:5). Nyerere sprach sich stets sehr für die Achtung der Lehrkräfte aus, da sie seiner Meinung nach entscheidend für das Erreichen seiner Ziele waren, wie folgende Aussagen sehr gut deutlich machen:

„For teachers can make or ruin our society. As a group they have a power which is second to none. It is not the power of a man with a gun; it is not a power which can be seen by a fool. But it is the power to decide whether Service or Self shall be the dominant motive in the Tanzania of 1990 and thereafter. [...] It is they, the teachers [...] who are shaping what Tanzania will become, much more than we who pass laws, make rules and make speeches!” (zitiert nach Ulimwengu, 2004:4).

Ein weiterer sehr bedeutender Grundstein für seinen Traum der Erschaffung einer freien, gerechten Gesellschaft war es, Kindern bereits in der Schule demokratische Werte und einen Sinn für Gerechtigkeit mitzugeben, weshalb er für die Schaffung von Schulkomitees plädierte und meinte „(...) the pupils must be able to participate in decisions and learn by mistakes“ (zitiert nach Rajani, 2003:6). Darüber hinaus war Nyerere dafür bekannt, den Abschlusstests an den Schulen nicht allzu viel Bedeutung beizumessen, er plädierte sogar für ein Umdenken in der Durchführung derselben.

Seiner Meinung nach richteten sich die Schulen viel zu sehr danach, möglichst viele SchülerInnen die Tests bestehen zu lassen, weshalb meist nur noch Fragen derselbigen im Unterricht behandelt wurden und viele andere Stoffgebiete vernachlässigt wurden. Ziel der Schule sei jedoch eine umfassende Bildung, weshalb es notwendig sei einen Wandel weg vom sturen Auswendiglernen, hin zu Verständnisübungen zu vollziehen (vgl. Rajani, 2003:6f.). Nyerere fürchtete auch, dass ein System, welches nur auf Noten und Auszeichnungen ausgerichtet sei ““(…) tends to produce arrogant and alienated young people, who despise their parents and their parents’ occupations, and who think nothing much can be learned from their elders”” (zitiert nach Ulimwengu, 2004:5).

Er erkannte, wie wichtig es war das koloniale Bildungssystem hinter sich zu lassen und einen Neuanfang zu wagen:

„Recognising education as a potent tool of human emancipation, he posits the need to do away with colonial education, which was tailored to service the colonial machine by producing colonial props, and which was imbued with fragments of the master’s values system, and to erect, in its place, a cultural edifice more in tune with the needs and aspirations of a young nation in a hurry to eradicate poverty, disease and hunger”” (zitiert nach Ulimwengu, 2004:1).

Nach Nyereres ESR folgten weitere bildungspolitische Reformen. Sieben Jahre nach dem ersten Gesetz von 1962 folgte das nächste und 1972 wurde ein Dezentralisierungsprogramm gestartet. 1973 folgte ein Kontrollgesetz des Nationalrats und 1974 folgte diesem die UPE (Universal Primary Education), als auch die Musoma Resolution. 1975 wurden sowohl ein Gesetz bezüglich einer Institution der Erwachsenenbildung, als auch ein Bildungsgesetz beschlossen. 1978 wurde bereits das 25. Gesetz, die Bildungspolitik betreffend, verabschiedet. 1981 wurde eine kritische Bewertung des bis dahin etablierten Bildungssystems durchgeführt und gleichzeitig eine präsidentielle Bildungskommission ins Leben gerufen (Björkdahl and Lundqvist, 2006:18). Zwischen 1972-79 stiegen die Ausgaben der Regierung für den Bildungssektor, weshalb im ganzen Land die Ausstattung der Bibliotheken, Labors etc. verbessert werden konnte. Von 1980-86 fielen sie jedoch aufgrund der schlechten wirtschaftlichen Entwicklung wieder, woraufhin die aufgrund der UPE-Politik bereits belasteten Primarschulen noch mehr gefordert wurden (vgl. Osaki, 2000:9f.). 1981 wurde eine kritische Bewertung des bis dahin etablierten Bildungssystems durchgeführt und gleichzeitig eine präsidentielle Bildungskommission ins Leben gerufen (Björkdahl and Lundqvist, 2006:18).

All diese Vorgänge müssen auch in den globalen Kontext eingebettet werden. Natürlich wurde der oben beschriebene „free education“- Ansatz Nyereres positiv aufgenommen, doch er hatte auch seine Schattenseiten, führte er doch zu massiver Abhängigkeit von ausländischen Gebern (vor allem die skandinavischen Länder seien hier erwähnt). Als diese selbst nicht mehr in der Lage waren ausreichend Geld zur Verfügung zu stellen, brach die tansanische Bildungspolitik ein (vgl. Ulimwengu, 2004:6f.).

Seit den früher 1960er Jahren gab es große Bemühungen seitens der UNESCO neue Fortschritte in der Bildungspolitik zu erzielen. 1961 wurde in Addis Abeba eine Konferenz abgehalten, auf der das Ziel beschlossen wurde, bis 1980 die UPE zu erreichen (vgl. Davén, 2008:1f.). Tansania war hierbei sehr engagiert und begann 1974 die UPE mit großem Erfolg einzuführen (vgl. URT (MoEC), 2001:7). 1981 wies Tansania bereits eine GER von 97% auf. Es muss jedoch beachtet werden, dass dies oftmals sehr zum Nachteil der Qualität des Schulsystems erreicht wurde (vgl. Davén, 2008:1f.). Aufgrund des Zieles UPE zu erreichen, wurden nämlich viele junge Lehrkräfte eingestellt, die selbst gerade einmal die primary education geschafft hatten, jedoch nicht den Eintritt in die Sekundarschule. Die Kinder wurden somit oftmals von Leuten unterrichtet, die im vergangenen Jahr noch gemeinsam mit ihnen die Schulbank drückten (vgl. Ulimwengu, 2004:7).

Die Erfolge der 1960er und 70er Jahre konnten in den 1980er Jahren aufgrund von drei Faktoren nicht mehr aufrecht erhalten werden: 1. erlitt das Land eine ökonomische Krise mit wenig Wachstum und Steuerrückzahlungen, 2. reichte das Geld der internationalen Geber nur noch für die Ausweitung des Bildungssystems und nicht mehr für die Zahlung der laufenden Kosten zur Aufrechterhaltung des selbigen, und 3. kam es aufgrund der jährlichen Bevölkerungswachstumsrate von 3% zu einem enormen Anstieg der Nachfrage im Bildungssektor. Doch da die Qualität immer mehr litt, sank auch die Bereitschaft der Eltern ihre Kinder in die Schulen zu geben, weshalb es zu einem dramatischen Absinken der GER kam (Bsp.: 1993: 82%) (vgl. Davén, 2008:1f.).

3.1.3. 1986 – 1995

1990 konstituierte die tansanische Regierung einen Arbeitsausschuss für die Bildungspolitik des Landes, dessen Aufgaben darin bestanden, das Bildungssystem zu überwachen und für

den Eintritt in das 21. Jahrhundert vorzubereiten. Dessen Ergebnisse dienten später der „Education and Training Policy“ (ETP)³⁹ (Björkdahl and Lundqvist, 2006:18).

Im selben Jahr nahm Tansania außerdem als Mitglied bei der 1990 in Jomtien (Thailand) abgehaltenen „World Conference on Education for All“ (EFA) teil, bei welcher internationale Ziele zur Bereitstellung einer angemessenen Bildung gesetzt wurden (vgl. Davén, 2008:3-10). Das Ziel der 150 RepräsentantInnen aus der ganzen Welt war es die Primarschulbildung noch vor Anbruch der neuen Dekade zu universalisieren und den Analphabetismus zu verringern (vgl. Björkdahl and Lundqvist, 2006:1). 1991 übernahm die tansanische Regierung die sieben Hauptziele des 1990 World Summit, welches unter anderem folgende beinhaltete: universeller Zugang zu Primarbildung, eine Abschlussrate derselbigen von mindestens 80%, 50% Reduktion der Erwachsenenanalphabetenrate von 1990 bis zum Jahre 2000 (vgl. Harle, 2006:7).

Im selben Jahr beschlossen die United Nations die 8 so genannten „Millenium Development Goals“, welche bis zum Jahre 2015 erreicht werden sollen. Das Ziel des MDG 2 lautet:

“Achieve universal primary education – Ensuring that by 2015 all children, particularly girls, children in difficult circumstances and those belonging to ethnic minorities, have access to and complete free and compulsory primary education of good quality” (Björkdahl and Lundqvist, 2006:1).

In Tansania wird Bildung als Menschenrecht anerkannt, was die Tatsache deutlich macht, das Tanzania am 26.Mai 1991 die „Convention on the Rights of the Child“ (CRC) ratifizierte, in welcher es in Artikel 28 heißt (vgl. Nsemwa and Songora, 2006:1 ff.):

„States parties recognize the right of the child to education, and with a view to achieving this right progressively and on the basis of equal opportunity, they shall in particular: (a) make primary education compulsory and available free to all (...)” (OHCHR n.d.).

Außerdem verlangt die Konvention von jedem Staat die Förderung der beiden anderen Bildungssektoren, um auch hier möglichst vielen jungen Leuten Zugang zu verschaffen (vgl. Harle, 2006:7).

³⁹ Die 1995 ins Leben gerufene ETP hatte es sich zur Aufgabe gemacht die Ziele der Jomtien-Konferenz in die Tat umzusetzen (vgl. THE WORLD BANK, 2008:92) und wollte für das tansanische Festland eine geeignete Primarbildungspolitik bereitstellen, „(...) to produce a literate society in which all primary school leavers can read and write and thus contribute to personal social and economic development” (UNESCO n.d.:1). Ziel der ETP ist der Aufbau einer Partnerschaft zwischen dem Staat und anderen Bildungsanbietern, der letztere dazu ermutigen soll selbst Institutionen der Primarschulbildung und Fortbildung zu etablieren und zu managen (vgl. UNESCO n.d.:1). Zusätzlich wird die Intensivierung der Zusammenarbeit mit anderen Schulen, Gemeinschaften und Bezirken angestrebt, als auch die Dezentralisierung des Schulmanagements, sowie die Einführung von Qualitätskontrollen und anderen Messmethoden. Das Ziel ist ein holistischer, integrativer Ansatz, welcher die Mobilität zwischen formalem und non-formalem Bildungssystem erleichtern soll (vgl. URT (MoEC), 2001:5).

Die Ratifizierung ist natürlich positiv zu bewerten, da die Regierung somit deutlich zum Ausdruck gebracht hat, wie sehr ihr Bildung am Herzen liegt. Doch trotz dieses eindeutigen Verbotes der Schulgebühren seitens der CRC, wurde in Tansania nur 4 Jahre später erneut die „enrolment fee“ auf Anraten der Weltbank (vgl. Kilindo, 2007:26) eingeführt, um Gelder einzusparen. Sämtliche Gebühren wurden erst tatsächlich im Jahre 2001 aufgehoben (vgl. Nsemwa and Songora, 2006:1 ff.)⁴⁰.

„The educational deterioration of the 1980s, combined with pressure from international financial institutions led to an increase in “cost-sharing” of education. Household contributions gradually increased and in 1995 an “enrolment fee” was reintroduced. This fee was never large enough to make up a substantial part of the overall education cost of households, but it stirred up widespread discontent among parents, much because it was treated as a tax and its revenues were not necessarily used within the education sector” (Davén, 2008:2).

Auch wenn Kinder offiziell nicht mehr durch finanzielle Nöte vom Schulbesuch gehindert wurden, so mussten viele von ihnen, aufgrund der Wiedereinführung, dennoch dem Schulunterricht fernbleiben (vgl. URT (BEDC), 2001:v). Die ESR wurden in den 1990er Jahren durch ein liberales Bildungssystem ersetzt. Es kam zur Gründung vieler neuer Schulen durch private Sponsoren. Diese besitzen heute oftmals ein höheres Niveau als öffentliche Schulen (vgl. Kilindo, 2007:26).

Seit 1995 setzt die Regierung mithilfe zahlreicher Reformen alles daran, jedem Kind Zugang zu einer Primarschulbildung zu ermöglichen (vgl. URT (BEDC), 2001:v).

Im selben Jahr begann die tansanische Regierung ebenfalls mit der Formulierung der „Development Vision 2025“, welche folgende 3 Hauptziele aufweist: „achieving quality and good life for all; good governance and the rule of law; and building a strong and resilient economy that can effectively withstand global competition” (URT n.d.). Dazu zählen jedoch nicht bloß ökonomische Aspekte, sondern auch soziale, wie eben auch Bildung. Bis 2025 soll Tansania der Wandel von einem „least-developed country“ hin zu einem „middle-income country“ gelingen. Die Menschen sollen mithilfe eines qualitativ hochwertigen Bildungssystems einen positiven, wettbewerbsorientierten und selbstbewussten Geist erlangen um für den globalen Wettbewerb gerüstet zu sein (vgl. URT n.d.). „Quality education at primary level will provide a firm base for all the other levels” (URT (MoEC), 2001:4).

⁴⁰ Laut Jockenhövel-Schiecke (2008:63) wurden die Primarschulgebühren als Teil der Strukturanpassungsprogramme (SAPs) schon im Jahr 1990 wieder eingeführt und 2000 bereits wieder aufgehoben.

3.1.4. 1996 – 1999

Aufgrund der großen Unpopularität der wieder eingeführten „enrolment fee“, als auch der Mobilisierung der Zivilgesellschaft und dem zunehmenden Erkennen der Regierung, dass es einer Reform bedurfte, sowie dem weltweiten Diskurswandel weg von einem „cost-sharing“ - Ansatz hin zu freien Schulen, kam es schließlich 1996 zum ESDP („Education Sector Development Programme“) (vgl. Davén, 2008:3). Dieses alle Bildungssektoren (inkl. Vocational Training) umfassende Programm hatte es sich zur Aufgabe gemacht, die ETP zu operationalisieren und die Langzeitentwicklungs- & Armutbekämpfungsziele der Regierung (Vision 2025) zu erreichen, was den bisherigen fragmentierten Programmen nicht gelungen war. Dieser Ansatz etablierte neue Partnerschaften, Ownership als auch verbesserte Koordination mithilfe eines besser begründeten Interesses in Bildung. Im ESDP kam es zu einem Umdenken: die Bedeutung von Bildung wurde klar herausgestrichen und eine Umstrukturierung des bisherigen Systems gefordert, welche der Bekämpfung von HIV/AIDS zuträglich wäre, handelt es sich dabei nicht um eine leere Phrase (vgl. URT (BEDC), 2001:2f.):

“Education should be treated as a strategic agent for mind set transformation and the creation of a well educated nation, sufficiently equipped with the knowledge needed to completely and competitively solve the development challenges which face the nation. In this light, the education system should be restructured and transformed qualitatively with a focus on promoting creativity and problem solving” (URT n.d.).

1996 wurde auch der “Basic Education Master Plan” (BEMP) ins Leben gerufen, welcher einen ganzheitlichen Rahmen für Pre-Primary, Primary als auch Non-Formale Bildung darstellte. 1999 wurde „The Complementary Basic Education Programme“ (COBET) von Experten des Ministeriums für Bildung und Kultur (MoEC), des TIE, des IAE, der UDSM als auch der NECTA in Tanzania zur Ergänzung der Primarschulbildung etabliert. Zielgruppe dieses Programms sind jene Kinder, die vom gewöhnlichen Bildungsansatz nicht ausreichend erfasst werden (z.B. Waisenkinder, ärmere Kinder, Schwangere usw.). Diesen soll anhand eines flexiblen Zeitplans, weniger Kosten (keine Schuluniform, keine Schreibtische) und anderer Extras (Vermittlung wichtiger Themen, wie z.B. Aids, Life skills, starke Einbindung der Gemeinschaft usw.) eine ausreichend gute Schulausbildung zur Verfügung gestellt werden. Anstatt der sonst sieben Jahre dauernden Primarschule gibt es bei COBET nur einen dreijährigen Lernzyklus, welcher nach erfolgreicher Absolvierung zur Etablierung in einer gewöhnlichen Schule führen soll. COBET wurde im gesamten Festland Tansanias eingeführt, es besteht jedoch noch Verbesserungsbedarf was die Kooperation der diversen Förderer betrifft (vgl. FAO, 2005).

COBET richtet sich an zwei Altersgruppen von Kindern, Gruppe 1 umfasst jene Kinder zwischen 8 und 13 Jahren und Gruppe 2 widmet sich jenen, die älter als 14 Jahre sind. COBET möchte neben der Vermittlung von lebensnotwendigem Wissen und Fähigkeiten auch vor allem die Eltern und Gemeinschaft verstärkt für die Wichtigkeit von Bildung sensibilisieren (vgl. Schools&Health, 2009).

Frau Eyakuze, Mitarbeiterin des UNICEF in Tanzania erklärte COBET folgendermaßen:

“Cobet therefore is not an alternative to primary education. It is exactly just what it says - complementary basic education targeting orphans and single parent children especially girls who for some reason or other, couldn't continue with formal education” (zitiert nach Munyaga n.d.).

Im Juni desselben Jahres hob das Bildungsministerium offiziell die Schulgebühren für AIDS-Waisenkinder in Primarschulen auf. Negativ daran war, dass man sich zu wenig Gedanken machte, wie diese finanziellen Ausfälle an den Schulen kompensiert werden könnten (vgl. Dilger, 2005:22).

3.1.5. 2000 – 2010

Im Jahr 2000 nahm die tansanische Regierung am „World Education Forum“ in Dakar teil, bei welchem untersucht wurde, welche Fortschritte seit der zehn Jahre zuvor abgehaltenen Konferenz (Jomtien) erzielt wurden (vgl. Davén, 2008:10). Die Mitglieder stellten das Konzept „Dakar Framework for Action“ vor und bekräftigten das Hauptziel, „Education For All“ (EFA) bis 2015 erreichen zu wollen. Die Koordination aller Mitglieder wurde der UNESCO übertragen (vgl. Björkdahl and Lundqvist, 2006:1).

Von 2000-2004 durchlief Tansania den ersten Zyklus der Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP), 2005 bis 2010 folgte der zweite PRSP-Zyklus. Die Prioritäten lagen auf dem wirtschaftlichen Wachstum, nachhaltiger Förderung der Bildung, der Gesundheitsversorgung und der Landwirtschaft. Diesbezügliche Erfolge sind u.a.: ein Wirtschaftswachstum von 6%, die Abschaffung der Primarschulgebühren, ein Zuwachs von 1,8 Mio. mehr Kindern die dadurch die Schule besuchen können, die Anstellung von 15.000 neuen LehrerInnen, Anstieg des Besuchs der Primarschulen im ganzen Land auf 88,5%. Auch die Gendergleichheit innerhalb der Primarschulen ist fast gänzlich erreicht, bei einem Verhältnis von 1:0,93. Der Ausbau des Sekundarschulwesens ist jedoch nur unzureichend voran geschritten (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:25f.).

Als die tansanische Regierung 2001 erneut die Gebühren für alle PrimarschülerInnen abschaffte, stürmten 2,2 Millionen Kinder in die Schulklassen. Aufgrund akuten Lehrkräfte – und Ressourcenmangels umfassten Schulklassen oftmals bis zu 400 Kinder. Die katastrophalen Zustände bewogen viele Schulen dazu, Schreibtische und Stühle gänzlich aus den Klassenräumen zu entfernen, um genügend Platz für sämtliche SchülerInnen zu haben. Aufgrund der massiven Überforderung der Lehrkräfte, kam es häufig zu Misshandlungen der SchülerInnen (Dies stellt auch heute noch ein Problem dar: siehe Kapitel 5). Nach Angaben der UNICEF beendete daher ein Drittel der SchülerInnen die 7.Klasse nicht. Der Lohn der Lehrkräfte betrug umgerechnet nur ca. 40 Euro pro Monat. Immerhin war das jedoch noch ca. das Doppelte eines durchschnittlichen Gehalts. Den meisten Familien war es nicht möglich ihren Kindern einen verhältnismässig teuren Sekundarschulbesuch zu ermöglichen. Wenn die Kinder jedoch eine solche Schule besuchen durften, lastete meist ein sehr großer Druck auf ihnen (vgl. Kilindo, 2007:26f.).

UNICEF und die tansanische Regierung nannten in ihrem Bericht 2002 unter anderem folgende Punkte, unter denen der tansanische Bildungssektor leide: eine schlechte Infrastruktur, Mangel an qualifizierten und motivierten Lehrkräften, wenig Materialien und eine Pädagogik, welche nicht wirkliches Lernen fördere, sondern eher einen Top-Down-Ansatz verfolge (zitiert nach Harle, 2006:4). Trotz dieser negativen Darstellung gibt es natürlich auch Hoffnung auf Besserung:

„Yet while there are problems, there is also great potential, which personal experiences in a Tanzanian school have shown: teachers with a great sense of commitment, making great efforts to educate their students with limited means. These efforts should not be forgotten. It is the system and the opportunity it affords that should be the focus of improvement, and teachers enabled to achieve their potential as educators“ (Harle, 2006:4).

Der „Primary Education Development Plan“ (PEDP), erstmals gültig für die Jahre 2002-2006, war das Ergebnis zahlreicher Bemühungen, die internationalen Ziele der EFA sowie die verschiedenen Ziele der Bildungssektoren Tansanias und dessen ETP in konkrete Strategien umzuwandeln. Zahlreiche verschiedene stakeholder waren bei der Umsetzung dieses Plans beteiligt, welcher bereits 2001 beschlossen wurde. Dieser 5-Jahresplan war in einen sehr weiten politischen Rahmen eingebettet, nämlich in die ETP, das Education Sector Programme, das Local Government Reform Programme, sowie das Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) und die Vision 2025 (vgl. URT (BEDC), 2001:v).

Die vier Hauptkomponenten des PEDP lauteten wie folgt:

„(a) expanding enrolment; (b) improving the quality of teaching and learning processes; (c) building capacity within the education system and other public and private sectors with a stake in education provision; (d) strengthening the institutional arrangements that support the planning and delivery of education services” (URT (BEDC), 2001:v).

All diese vier Punkte bedingten sich gegenseitig, wobei der Hauptfokus hierbei auf Punkt a) liegt, der ebenso wie auch alle anderen Punkte, in weitere Unterpunkte unterteilt war. Hauptziel war es, bis 2005 alle Kinder zwischen 7 und 12 Jahren einzuschulen. Um die Öffentlichkeit ausreichend zu informieren und zu begeistern, wurde ein „national education fund“ eingerichtet, um eine groß angelegte Öffentlichkeitskampagne (IEC) starten zu können (vgl. Davén 2008, S.11). Um all diese Ziele zu erreichen, wurden verschiedene Pläne ausgearbeitet. Man beschloss unter anderem z.B. folgende Maßnahmen: die Rekrutierung neuer Lehrkräfte, den Bau neuer Klassenzimmer, die Abschaffung der Einschulungsgebühren, die Verbesserung der Lehrmethoden, die Anschaffung von Schulmaterialien, die Dezentralisierung, die Steigerung der Effizienz in den verschiedenen Regierungsbehörden, sowie die Verbesserung der menschlichen als auch sachlichen Gegebenheiten (vgl. Björkdahl and Lundqvist, 2006:23f.). Auch die massiven Auswirkungen, die HIV/AIDS auf den tansanischen Bildungssektor hat, wurden hier bereits aufgezeigt und angekündigt gegen diese vorgehen zu wollen. Konkrete Maßnahmen diesbezüglich fehlten jedoch noch (vgl. Bastien, 2005:17).

Das Tansania bereits viele Erfolge verbuchen konnte, zeigen die folgenden Daten. Im Jahr 2005 wurde in Tansania 7.541.208 SchülerInnen in Primarschulen eingeschult und 524.325 in Sekundarschulen. Die NER⁴¹ und GER⁴² zeigen, dass Mädchen und Buben bereits zu ziemlich gleichen Anteilen in Tansania eingeschult wurden. In den Jahren 2002/2003 hingegen wies Tansania noch deutlich niedrigere Einschulungsraten auf als seine Nachbarstaaten. Im Jahr 1995 wurden sogar noch weniger als 3,9 Millionen Kinder in Primarschulen aufgenommen. Trotz der enormen Erfolge beim Ausbau der Einschulungen in Primarschulen, hinkt der tansanische Bildungssektor noch stark im Sekundarbereich hinterher, wo die Einschulungsraten deutlich niedriger sind (vgl. Harle, 2006:7).

⁴¹„Net primary school enrolment ratio“: „The number of children enrolled in primary school who belong to the age group that officially corresponds to primary schooling, divided by the total population of the same age group“ (UNICEF b).

⁴²„Gross primary or secondary school enrolment ratio“: „The number of children enrolled in a level (primary or secondary), regardless of age, divided by the population of the age group that officially corresponds to the same level“ (UNICEF b).

Große Unterschiede zwischen den Geschlechtern lassen sich heute im Bildungssektor nicht mehr feststellen. So betrug die GER in den Primarschulen zwischen 2003 und 2008 bei Buben 112% und bei Mädchen 109%. Die NER betrug hingegen nur 98% bei den Buben und 97% bei den Mädchen. Auch bzgl. der Anwesenheitsrate lassen sich keine signifikanten Differenzen feststellen, diese ist bei beiden Geschlechtern relativ hoch (71-75%), als auch die Zahl jener, die die letzte Schulstufe der Primarschule erreichen (83-91%). Bei den 15-24 Jährigen betrug die Alphabetenrate zwischen 2003-2007 bei den Jungen 79% und bei den Mädchen 76%. Auch in den Sekundarschulen ist die NER zwischen den Geschlechtern ziemlich gleichmäßig verteilt, wobei diese gegenüber der NER in Primarschulen deutlich geringer ausfällt: bei den Buben betrug sie nur 22% und bei den Mädchen lediglich 20% im selben Zeitraum. Auch die Anwesenheit in den Sekundarschulen liegt mit 8% bei beiden Geschlechtern deutlich niedriger als in den Primarschulen (vgl. UNICEF n.d.).

Im derzeit aktuellen PEDP II, welcher von 2007-2011 gültig ist, werden folgende sieben Ziele angeführt:

„(...) (a) Enrolment expansion with focus on ensuring access and equity; (b) Quality improvement; (c) Strengthening capacities; (d) Addressing the cross cutting issues; (e) Strengthening institutional arrangements; (f) Undertaking educational research; (g) Conducting educational Monitoring and Evaluation“ (URT (BEDC), 2006:1).

3.2. Aufbau des Bildungssystems

3.2.1. Das formale Bildungssystem

Die formale Schulausbildung gliedert sich in Tansania in drei Stufen: sie setzt sich aus 2 Jahren Vorschule (5-6 Jahre), 7 Jahren Primarschule (beginnend mit dem 7. Lj.), 6 Jahren Sekundarschule (4 Jahre untere und 2 Jahre obere Sekundarschule) und mindestens 3 Jahren tertiärer Bildung zusammen (vgl. Mkumbo, 2008:181). Der Bildungssektor wird von zwei Ministerien geleitet: dem MoEC, welches für alles bis inklusive der Sekundarschulausbildung zuständig ist und dem Ministerium für Wissenschaft, Technologie und Höhere Bildung (MSTHE), welches den tertiären Sektor managt (vgl. Harle, 2006:4).

Der Lehrplan der Primarschulen besteht aus fünf verpflichtenden Fächern: Kiswahili, Englisch, Mathematik, Natur- und Sozialwissenschaften. Auch in den Sekundarschulen besteht der Lehrplan aus fünf verpflichtenden Unterrichtsfächern: Kiswahili, Englisch, Mathematik, Sozialkunde und Biologie. Darüber hinaus müssen SekundarschülerInnen auch noch ein weiteres Fach der folgenden vier auswählen: Geschichte, Geographie, Physik oder Chemie.

Aufgrund der beschränkten Möglichkeiten bzgl. der Ausbildung herrscht enormer Druck unter den SchülerInnen Tansanias, der vor allem durch nationale Abschlusstests herbeigeführt wird (vgl. Mkumbo, 2008:181f.). Der erste große Test findet nach Abschluss der vierten Primarschulstufe statt und misst die Fähigkeiten der SchülerInnen bezüglich der 3 „r’s“ (reading, ´riting, ´rithmetic). Die zweite Prüfung findet nach Absolvierung der 7. und letzten Schulstufe statt und soll feststellen, in wie weit die Kinder für den Eintritt in die Sekundarschule geeignet sind⁴³ (vgl. Björkdahl and Lundqvist, 2006:22f.).

Es gibt für Schulkinder in Tansania drei mögliche Wege, wie sie ein Schuljahr abschließen:

- 1) durch formalen Abschluss und Aufstieg in die nächste Klasse
- 2) durch Wiederholen des selben Jahrganges
- 3) durch Austritt aus der Schule und Eintritt in die Arbeitswelt (vgl. Arndt and Wobst, 2002:21).

Trotz der bereits genannten Abschaffung der Schulgebühren (jene für die Sekundarausbildung wurden 1964 offiziell abgeschafft, jene für die Primarausbildung erstmals 1971 (vgl. Harle, 2006:4), können sich viele Familien heutzutage immer noch nicht den Schulbesuch ihrer Kinder leisten, da die notwendigen zusätzlichen Ausgaben für Bücher, Uniformen und Sonstiges noch zu hoch sind.

„Bildung als direkte Voraussetzung für Fortschritt und wirtschaftlichen Aufschwung stellt in Tansania ein wertvolles Kapital dar. Doch wessen Eltern nicht über viel Geld verfügen, um in die Zukunft ihrer Kinder zu investieren, erhält vom Staat nur eine siebenjährige Grundschulausbildung“ (Kilindo, 2007:9).

3.2.2. Das non-formale Bildungssystem und informelle Bildung⁴⁴

In der traditionellen afrikanischen Gesellschaft bestand ein pädagogisches System informeller Bildung, in dem Wissen und Traditionen mündlich überliefert wurden und das Leben durch den Dienst in der Gemeinschaft gekennzeichnet war. Die Menschen lernten durch die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben Werte und handwerkliche Fähigkeiten. Im Gegensatz zu dem heute in Tansania üblichen Frontalunterricht wurde dem spielerischen Lernen, z.B. anhand von Theater, Gesängen, Tänzen, Sagen etc., damals noch mehr Bedeutung beigemessen (vgl. Kilindo, 2007:18f.).

⁴³ Für einen Aufstieg von der Primar- zur Sekundarschule bedarf es sehr guter Ergebnisse bei der „Primary School Leaving Examination“ (PSLE), beim „Competitive Certificate of Secondary Education Examination“ (CSEE) oder der „Advanced Certificate of Secondary Education Examination“ (ACSEE) (vgl. Mkumbo, 2008:181f.).

⁴⁴ Marsick et al (2006:795) verstehen unter informellem Lernen einen Oberbegriff, welcher sowohl das beiläufige Lernen, das unbeabsichtigt und unbewusst stattfindet, umfasst, als auch das bewusste absichtliche Lernen außerhalb pädagogischer Einrichtungen.

„In afrikanischen traditionellen Gesellschaften stehen nicht die Leistungen der einzelnen Individuen im Vordergrund, sondern die Zusammenarbeit in der Gemeinschaft“ (Kilindo, 2007:20).

Trotzdem besaß auch dieser Ansatz, der auf Geschlechtertrennung basierte, negative Grenzen. Frauen und Männern wurden unterschiedliche Erfahrungsgrenzen gesetzt und es gab nur wenig Spielraum für Individualität, da sich die Bildung stets auf den Clan bezog. Andererseits wurde durch den Clan das Überleben gesichert und die Erziehung der Kinder auf die gesamte Familie aufgeteilt (vgl. Kilindo, 2007:18f.).

Ich stimme Kilindo zu, wenn sie behauptet, dass eine Verbindung zwischen formaler, non-formaler und informeller Bildung geschaffen werden muss. Auch ich denke, dass es wichtig ist den Austausch zwischen den Institutionen Schule und Familie zu verbessern und neue kreative Ansätze beim Lehren und Lernen zu fördern. Außerdem muss man gegen den Frontalunterricht vorgehen, welcher die Kinder in ihrer Entwicklung hemmt. Junge Menschen müssen lernen Dinge kritisch zu hinterfragen und selbst Lösungen zu erarbeiten (vgl. Kilindo, 2007:32).

3.3. Die Qualität der Bildung

Die tansanische Regierung weiß um den Wert eines gut funktionierenden, wettbewerbsfähigen Bildungssektors. Von offizieller Seite heißt es:

„(...) that quality education is the pillar of national development, for it is through education that the nation obtains skilled manpower to serve in various sector in the nation’s economy. It is through quality education Tanzania will be able to create a strong and competitive economy which can effectively cope with the challenges of development and which can also easily and confidently adapt to the changing market and technological conditions in the region and global economy” (URT b, n.d.).

Doch was genau versteht man eigentlich unter “quality education”? Woran lässt sich die Qualität von Bildung erkennen und wie kann diese sichergestellt werden? Da ich im Zuge meiner Recherchen immer wieder von “quality education” gelesen habe und dieser Aspekt m.A. einen wesentlichen Teil des Erfolgs des Bildungssektors ausmacht, möchte ich diesen Begriff nun kurz beleuchten, um darzulegen, in welchen Bereichen noch Handlungsbedarf in Tansania besteht. Erst durch eine breitere Definition und einen erweiterten Blick von/auf Bildung kann jene Qualität gewährleistet werden, die für eine positive Entwicklung des Landes notwendig ist.

Häufig wird die Qualität der Bildung eines Landes oder einer Schule daran gemessen, wie viele SchülerInnen die Abschlussprüfung bestehen. Doch diese Zahl darf nicht der alleinige Gradmesser dafür sein, da 1. viele TansanierInnen nur aufgrund von Betrug ihren Abschluss erlangen und 2. dieser Abschluss nicht angemessen den tatsächlichen Wissensstand junger Leute widerspiegelt. Viele TheoretikerInnen meinen, man müsse auch das Umfeld genauer beleuchten, um die Qualität einer Schule beurteilen zu können. Eine gute Schule müsse demnach sowohl im Bildungssystem als auch der Gemeinschaft ausreichend verankert sein, von den Erziehungsberechtigten und SchülerInnen anerkannt werden und über genügend Ressourcen und räumliche Möglichkeiten verfügen (vgl. Osaki, 2000:3). Osaki ermahnt die TansanierInnen dazu, bis 2025 eine breitere Definition von Qualität zu erlangen und diese nicht nur anhand von Prüfungsergebnissen zu messen, da ansonsten viel Potential an geeigneten Arbeitskräften übersehen werde und verloren gehe (vgl. Osaki, 2000:10).

Für die erfolgreiche Leitung einer Schule sowie die gute Ausbildung der SchülerInnen sind unter anderem folgende Dinge vonnöten: eine gute Führung, fähige Lehrkräfte, Offenheit, klare Ziele und natürlich ausreichende Anwesenheit. Der Unterricht sollte sich laut Osaki (2000:4) durch klare Strukturen, eine Vielzahl von Methoden, effektive und effiziente Zeitnutzung, sowie regelmäßige Kontrollen auszeichnen, um die SchülerInnen bestmöglich auf ihr zukünftiges Leben vorzubereiten.

„A high quality school is therefore one that has high academic achievement, where children develop desirable social behaviour and attitudes, respect and are given opportunity to participate in the search for new knowledge and truth and where they seek for economic self-reliance“ (Osaki, 2000:5).

In Tansania gibt es viele verschiedene Auffassungen über die Qualität der Bildung. Häufig werden verschiedene Indikatoren zur Messung herangezogen. Um einen gewissen Standard halten zu können, müssen bestimmte Forderungen an jeder Schule erfüllt werden, wie zum Beispiel: genügend Sitzplätze für alle, qualifizierte Lehrkräfte, Sanitäreanlagen etc.. Obwohl diese Dinge auf dem Papier meist bestehen, so sind sie dennoch nicht immer ausreichend gegeben, weshalb es notwendig wäre, in Tansania regelmäßig Monitoring und Evaluierungen durchzuführen (vgl. Osaki, 2000:6).

Der Fokus der tansanischen Bildungspolitik lag seit Einführung des UPE-Ansatzes immer auf einem breiteren Zugang zu den Schulen. Durch die 1990 abgehaltene Jomtien-Konferenz, bei der das „Education for All“ (EFA)-Konzept vorgestellt wurde, wurde dieser Ansatz noch verstärkt.

Leider vergaß man dabei, dass gleichzeitig mit einer erhöhten Anzahl an SchülerInnen auch ein größeres Budget für Ressourcen, Personal und Infrastruktur vonnöten ist. Mit den Folgen dieser Politik hat der tansanische Bildungssektor bis heute zu kämpfen. Doch auch international wird die Qualität des Unterrichts oftmals zugunsten eines verbreiterten Zugangs zu Bildung außer Acht gelassen. Da das Aufbringen der Ausgaben für Bildung in vielen Familien Tansanias enorme Anstrengungen erfordert, muss auch auf die Qualität des Unterrichts Wert gelegt werden, da viele Familien ansonsten womöglich bald nicht mehr bereit sind, diese Bürde auf sich zu nehmen (vgl. Harle, 2006:6).

„It is widely acknowledged that the pursuit of quantity has caused a decline in education quality in many countries, meaning it must now be prioritized in any efforts in improving education“ (Harle, 2006:6).

Laut Osaki wird tansanischen Schulen und SchulabgängerInnen nicht viel Vertrauen entgegengebracht. Häufig werden Menschen aus dem Ausland oder Schulen mit ausländischen LehrerInnen oder Sponsoren etc., gegenüber rein tansanischen Lehrstätten, bevorzugt (vgl. Osaki, 2000:8). Dies lässt sich sicherlich auch auf das mangelnde Vertrauen bzgl. der Qualität der Ausbildung zurückführen. Kabou berichtet, dass es eine große Anzahl an SchülerInnen gibt, die nach Verlassen der Schule immer noch nicht wirklich lesen und schreiben können und danach nicht nur unter dem Gefühl leiden, versagt zu haben, sondern auch schlechter bezahlt werden als Gleichaltrige, die niemals die Schule besucht haben (vgl. Kabou, 2001:171f.). Doch wie kann es dazu kommen? Aufgrund der großen Anzahl an SchülerInnen sehen sich die Lehrkräfte gezwungen ihre Energie und Bemühungen nur auf jene zu richten, die ihrer Ansicht nach die Fähigkeit besitzen den Abschlusstest zu bestehen. Alle übrigen SchülerInnen werden ignoriert und nicht weiter gefördert. Bosse hat bereits 1979 die Selektion und sture Ausrichtung auf die Abschlussexamen innerhalb des tansanischen Schulsystems stark kritisiert.

„Wer das Abschlussexamen nicht entsprechend besteht und nicht auf weiterführende Bildungsinstitutionen gelangt, wird als ‚Versager‘ betrachtet“ (Bosse, 1979:81).

Osaki nennt mehrere Gründe für das Versagen der öffentlichen tansanischen Lehrstätten, unter anderem zeigt er die Hilflosigkeit von DirektorInnen und school boards auf, welche in Tansania z.B. rein gar nichts gegen Lehrkräfte machen können, die andauernd zu spät kommen oder gegen Angestellte, die Schuleigentum stehlen. Darunter leidet natürlich auch die Qualität des Unterrichts. Daher wenden sich immer mehr Eltern Privatschulen zu, die meist besser geregelt sind und über mehr Kapazitäten verfügen (vgl. Osaki, 2000:9).

4. Maßnahmen im Kampf gegen HIV/AIDS in Tansania

Anfang der 1980er Jahre traten in den USA gehäuft ungewöhnliche Todesfälle bei Homosexuellen (insbesondere Männern) auf, die von häufig wechselnden SexualpartnerInnen berichteten. Daraufhin sprach man bald von der „Gay-Related Immunodeficiency Disease“ (GRID). Bei der damals vorherrschenden Assoziation des Virus mit Homosexuellen wurde jedoch vergessen, dass die Betroffenen der ersten tödlichen Fälle aus Ostafrika vorwiegend heterosexuelle Männer und Frauen waren. 1982, als man erkannte, dass das Virus durch Bluttransfusionen übertragbar ist und dadurch eine Gefahr für die gesamte Menschheit darstellt, sah man von der Bezeichnung GRID ab, und sprach fortan vom „Acquired Immune Deficiency Syndrome“, kurz „AIDS“ genannt (vgl. Garrett, 1996:394ff.; 404ff.; 412; 428f.; 452; 470; 494).

Die allerersten Fälle von HIV/AIDS wurden in Tansania im Jahre 1983 aus der Kagera-Region gemeldet, welche am westlichen Ufer des Viktoriasees liegt (vgl. Haag, 2008:48). Es wird heute großteils davon ausgegangen, dass das HI-Virus erstmals in den 1970er Jahren in der „Great Lakes“-Region⁴⁵ auftauchte und sich dann durch die Kriege zwischen Uganda und Tansania (1971-1972; 1978-1979) und den damit einhergehenden Flüchtlingsströmen, Truppenbewegungen und Vergewaltigungen rasch in das südliche Afrika ausgebreitet hat (vgl. Garrett, 1996:206; vgl. Tietze, 2006:35; vgl. Wilmlink, 2008:13).

Mitte der 1980er Jahre wurde sich die tansanische Regierung erstmals der HIV/AIDS-Problematik bewusst (vgl. Kern, 2005:104). Aufgrund des Drucks der Weltbank und der internationalen Geber begann sie 1985 gegen HIV/AIDS vorzugehen und rief gemeinsam mit der WHO und dem „Global Programme on AIDS“ (Vorläufer von UNAIDS) die „National AIDS Task Force“ ins Leben, welche für die Jahre 1985/86 einen Kurzzeitplan (Short Term Plan - STP) entwickelte. Dieser führte, gemeinsam mit Hilfe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Etablierung des nationalen AIDS Kontrollprogramms (NACP) im Jahre 1987⁴⁶. Das NACP war ursprünglich eine medizinische Organisation, welche vom Gesundheitssektor gemanagt und beobachtet wurde (vgl. Kakoko, 2006:7f.).

⁴⁵ Aufgrund dessen wurde die „Great Lakes Initiative on HIV/AIDS“ (GLIA) ins Leben gerufen, welche die Bemühungen der sechs Staaten (Burundi, Kongo, Kenya, Ruanda, Tansania, Uganda) bei der Eindämmung von HIV/AIDS koordinieren möchte (vgl. GLIA, 2007).

⁴⁶ Anm.: Bezüglich des Gründungsjahres fand ich verschiedene Angaben. Während auf der Website des NACP als Gründungsjahr 1988 angegeben wird (vgl. http://www.nacp.go.tz/about_us/HIV_AIDS_in_Tanzania.php), steht im NMSF, dass das NACP bereits 1986 gegründet wurde (vgl. URT (PMO), 2003:1) und Holt (2007:34) meint, das NACP sei bereits 1985 ins Leben gerufen worden.

Damit versuchte man zunächst einmal das Ausmaß der Epidemie einschätzen zu können und Strategien zu entwickeln, um die Zahl der HIV-Neuinfektionen so gering wie möglich zu halten (vgl. Kern, 2005:104). Im Zentrum der NACP standen Information, Bildung und Kommunikation (IEC), um als Mittel zur Verbesserung des Wissensstandes, der Einstellungen und Handlungen der Menschen in Tansania zu dienen, damit HIV-Übertragungen erfolgreich verhindert werden. Viele Kampagnen dienten der Veränderung von riskanten sexuellen Verhaltensweisen, hauptsächlich durch das Bewerben von Abstinenz, die Reduktion der Anzahl von SexualpartnerInnen, sowie dem ausreichenden Vorhandensein und Gebrauch von Kondomen. Einzigartig an der Präventionsarbeit von HIV war, verglichen mit Präventionskampagnen von anderen infektiösen Krankheiten, dass ausdrücklich versucht wurde die Diskriminierung von Personen mit HIV oder AIDS zu verhindern. Auch klinische Maßnahmen wurden von der tansanischen Regierung geplant, um die Epidemie einzudämmen, jedoch bisher nur unzureichend umgesetzt. So wollte man z.B. erreichen, dass Blut vor Transfusionen stets getestet wird, steriles Equipment zur Verfügung steht, Tuberkulose kontrolliert wird, Mutter-Kind-Übertragungen verhindert werden und sexuell übertragbare Krankheiten labortechnisch analysiert und behandelt werden. Auch die Bereitstellung von antiretroviralen Medikamenten, welche das Leben von Infizierten verlängern können, als auch die Forschung stellten wichtige Punkte im beabsichtigten Kampf der Regierung gegen HIV/AIDS dar (vgl. Kakoko, 2006:7f.).

1987 wurde der erste Medium Term Plan (MTP) für die Jahre 1987-91 geschaffen. Diesem ersten MTP folgten drei weitere Fünfjahrespläne zur HIV/AIDS-Bekämpfung (vgl. Kakoko, 2006:7f.). 1989 wurden die Aufgaben des NACP dem „National AIDS Committee“ (NAC) übertragen, welches fortan das NACP koordinierte und implementierte und die höchste Institution der Regierung in punkto AIDS-Kontrolle darstellt.

Seit den späten 1990er Jahren (MTP III) legt die Regierung, aufgrund des Drucks der Weltbank sowie des GFATM⁴⁷, Wert auf multisektorale Zusammenarbeit nach ugandischem Vorbild⁴⁸ (vgl. Holt, 2007:9f.; 23f.; 34f.).

⁴⁷ 2002 wurde schließlich in einem internationalen Bemühen der GFATM gegründet. Ebenso wie viele andere große Geber bedarf der GFATM der Bildung nationaler multisektoraler Körperschaften, welche das Monitoring und die Evaluierung der Programme übernehmen und über dem Gesundheits-, Bildungs- und Finanzministerium eines Landes arbeiten. Durch die Einbeziehung der Zivilgesellschaft soll auf kulturelle Gegebenheiten ausreichend eingegangen werden und zusätzlich sollen lokale Initiativen gestärkt werden (vgl. Holt, 2007:8f.).

⁴⁸ Im Bereich der HIV/AIDS-Prävention gilt Uganda als Vorzeigeland. Dort gelang es HIV/AIDS enorm einzudämmen, indem alle gesellschaftlichen Ebenen und Sektoren (von der Regierung über NGOs bis hin zu Kirchen und internationalen Geldgebern) erfolgreich zusammenarbeiteten. Die von Weltbank und GFATM

Überdies zielte er auch darauf ab die Dezentralisierung der HIV/AIDS-Arbeit zu forcieren. Ziel war es neben dem nationalen Gesundheitsministerium auch zunehmend NGOs, Kirchen und andere Organisationen mit ein zu beziehen (vgl. Kern, 2005:104). Aufgrund fehlender Ressourcen, sowie eines mangelnden politischen Willens war die geplante, groß angelegte Antwort auf HIV/AIDS jedoch stark limitiert. Dies wurde auch im MTP III deutlich, in dem bemängelt wurde, dass sich das NAC innerhalb von zwei Jahren nur zweimal anstatt an den vorgesehenen vier Terminen zusammensetzte, was aufzeigte, welche geringe Priorität HIV/AIDS von Seiten der Regierung eingeräumt wurde. Überdies gingen sämtliche HIV/AIDS Aktivitäten weiterhin vom Gesundheitsministerium aus – zur erhofften multisektoralen Expandierung kam es nicht. Zur damaligen Zeit spielten externe Finanzierungen noch eine geringe Rolle, was sich bald ändern sollte (vgl. Holt, 2007:34f.).

In seiner Neujahrsansprache 1999 erklärte Präsident Benjamin Mkapa das Jahr 2000 zum „Jahr des Kampfes gegen AIDS“ und setzte damit ein klares Zeichen.

“Together we can and must win the war against HIV/AIDS. Our survival as a nation and as a people critically depends on this victory” (zitiert nach URT (PMO), 2003:11).

Welches Bild zeigt sich heute, 10 Jahre danach? Es wird deutlich, dass immer noch eine große Diskrepanz zwischen den Aussagen der PolitikerInnen und der Wahrnehmung der Bevölkerung herrscht. Aufgrund der Tatsache, dass PolitikerInnen eine große Vorbildwirkung besitzen⁴⁹, wäre das Eingeständnis einer eigenen Infektion für viele undenkbar. Die TansanierInnen sind sich der doppelten Moral der politischen Predigten bewusst: einerseits fordern sie eine Enttabuisierung, andererseits verschweigen sie selbst oft ihre eigene Krankheit (vgl. Kern, 2005:104f.).

Im Jahre 2000 verglich der CIA die Gefahr durch AIDS mit der früheren Bedrohung durch den Kommunismus in Afrika und malte ein düsteres Bild. Es handle sich hierbei um die größte Bedrohung für die Demokratie, Sicherheit und Stabilität dieses Kontinents (vgl. Gronemeyer, 2002:120).

Ende 2000 etablierte die Weltbank ihr MAP-Programm in Tansania (TMAP), was zu großen strukturellen Umformungen führte, wie Dr. Emmanuel Malangalila, Gesundheitsexperte der Weltbank, bestätigte (vgl. Holt, 2007:36):

abhängigen Empfängerstaaten müssen dieses Modell nun übernehmen oder mit massiven Kürzungen der Ressourcen rechnen (vgl. Grauer, 2005:13; vgl. Holt, 2007:9f; 23f.; 34f.)

⁴⁹ Nach dem Tod des ehemaligen Präsidenten Julius Nyerere, im September 1999, wurde das Gerücht verbreitet, dieser sei auch an AIDS erkrankt. Viele behaupteten, dies sei jedoch aufgrund seiner großen Machtposition niemals öffentlich bestätigt worden (vgl. Dilger, 2005:310-314).

“The World Bank influenced a number of things [in Tanzania]. One is the establishment of TACAIDS because we made it a condition for the appraisal of the current MAP program. And secondly we also influenced the preparation of the policy and national strategy framework. And the [monitoring and evaluation] system. So yes, the Bank did influence quite a number of areas” (zitiert nach Holt, 2007:19).

Trotz der erhabenen Worte des NACP wurden bis zum Jahre 2001 keine nennenswerten politischen Fortschritte im Kampf gegen die Epidemie erreicht. Erst durch die Schaffung der tansanischen Kommission für AIDS (TACAIDS⁵⁰), welche fortan als halbautonome Körperschaft anstelle des Gesundheitsministeriums alle Aktivitäten vom Büro des Vizeministers koordinieren sollte, kam es zu Veränderungen. Die Schaffung von TACAIDS war eine Voraussetzung um vom tansanischen multisektoralen AIDS-Programm (TMAP) der Weltbank profitieren zu dürfen (vgl. Holt, 2007:36ff.). Das NACP war fortan nur noch mit der medizinischen Seite von HIV/AIDS betraut (vgl. Mfangavo et al, 2005:28).

Durch den Einfluss der externen Geber, speziell der Weltbank, verabschiedete TACAIDS zwei wesentliche Dokumente, welche einen großen Umschwung im nationalen Vorgehen gegen HIV/AIDS darstellten.

Das erste der beiden Dokumente war die „National Policy on HIV/AIDS“, welche 2001 verabschiedet wurde (vgl. Holt, 2007:36). Darin wurde die Rolle externer Geber gegenüber dem MTP III von 1998 gänzlich anders dargestellt. Anstatt diese lediglich als Ergänzung für nationale Finanzierung wahrzunehmen, gab die Regierung erstmals an, nicht über genügend Ressourcen zu verfügen, um alleine adäquate Mittel für die nationale HIV/AIDS-Antwort bereitstellen zu können. EntwicklungspartnerInnen und der Privatsektor wurden in ihrer Verantwortung und moralischen Verpflichtung der Regierung finanziell unter die Arme zu greifen, gezielt angesprochen.

„(...) given the overwhelming high cost involved, it is beyond the capacity of the Government to provide adequate funds for the National response programme. Therefore development partners and the private sector also share the responsibility and moral obligation to complement the Government efforts“ (URT (PMO), 2001:3).

Im Jahr 2002 wurde ein „Steering Committee“ für HIV/AIDS geformt dessen Mitglieder das Büro des Vizeministers, TACAIDS, Weltbank, USAID, UNDP, UNAIDS und strategische PlanungsberaterInnen sind. Damit stieg der Einfluss der externen Geber.

⁵⁰ TACAIDS ist jene Institution in Tansania, die für die Mobilisierung von finanziellen Mitteln, sowie für deren Aufteilung bei den Regierungsinstitutionen sorgt. Die Verteilung der Finanzen auf CBOs und NGOs ist jedoch nicht mehr Aufgabe von TACAIDS, sondern von Bezirksräten bzw. von Rapid Funding Envelopes (vgl. Mfangavo et al, 2005:30). Zanzibar besitzt eine eigene AIDS-Kommission (ZAC), welche im September 2002 gegründet wurde und im Büro des vorstehenden Ministers angesiedelt ist (vgl. Holt, 2007:36).

2003 folgte das zweite wesentliche Dokument, nämlich der „National Multi-Sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS“ (NMSF) (2003-2007), dessen Ziel es war den verschiedenen „Stakeholdern“ strategische Führung in der HIV/AIDS-Politik zu bieten und ein nationales Monitoring- und Evaluierungssystem aufzubauen. Abgeglichen mit den Erfordernissen der MAP für eine nationale multisektorale Strategie, beinhaltete dieser Rahmen direkte Pläne bzgl. der Projektimplementierung in sämtlichen Sektoren. Darüber hinaus gab er Aufschluss über die Verteilung der Finanzmittel sowie der Rollen diverser Sektionen.

Dieses Dokument ist sehr viel klarer umrissen und strategischer ausgearbeitet, als sämtliche MTP des NACP. Auch hierbei veränderte sich die Rhetorik bzgl. der EntwicklungspartnerInnen wesentlich. Anstatt wie ursprünglich von „Supplementierung der Finanzmittel“ bzw. „geteilter Verantwortung“ zu sprechen, wurde im NMSF betont, dass die überwiegende Mehrheit der HIV/AIDS-Projekte bereits finanziell auf den Schultern der externen Geber laste.

„The overwhelming majority of HIV/AIDS projects and interventions were financially shouldered by Tanzania’s development partners“ (URT (PMO), 2003:17).

Der Fremdeinfluss wuchs stetig, angefangen bei der Erstellung eines Entwurfs dieses Dokuments, über die Abhaltung diverser Workshops bis hin zur Überarbeitung des Entwurfs. Die Weltbank überprüfte diesen später, was deutlich macht, dass sie nicht nur mitbestimmen konnte was untersucht wurde, sondern auch welche Schritte unternommen wurden. Auch die gewünschte Zusammenarbeit mit NGOs, PLWHA und dem Privatsektor, wie sie ebenfalls in den Erfordernissen der MAP-Programme aufgeführt ist, wurde hier übernommen. Dies stellt erneut einen deutlichen Wandel zum letzten MTP III dar, in welchem diese „Stakeholder“ noch nicht in den Planungsprozess miteinbezogen wurden. (vgl. Holt, 2007:37f.).

Der multisektorale Ansatz im NMSF (2003-2007) zielte zeitgleich auch auf Armutsreduzierung, Verbesserung von Gesundheit, Bildung und sozialen Dienstleistungen ab und sollte stark mit dem tansanischen Armutsreduktionsstrategiepapier (MKUKUTA) verlinkt werden (vgl. Mfangavo et al, 2005:29). Dazu kam es jedoch nicht gänzlich, obwohl die negativen Effekte von HIV/AIDS erkannt wurden (vgl. URT (PMO), 2007:5).

Die tansanische Regierung vertritt, wie viele internationale Geber auch, die Überzeugung, dass HIV/AIDS am Besten durch einen dezentralisierten gemeindeorientierten Ansatz bekämpft werden kann. Daher werden sowohl von NGOs, als auch vom Staat viele CBOs (community-based organisations) im Kampf gegen die Epidemie in Tansania unterstützt.

Auch wenn dieses Vorgehen darauf abzielt den Gemeinden mehr „ownership“ zu geben und den Zugang zu Basisdienstleistungen zu erhöhen, so stehen immer noch viele Hindernisse bei der Erreichung dieser Ideale im Weg (vgl. Mfangavo et al, 2005:32). Ein dezentralisierter Ansatz ist wichtig, denn:

„Community sensitisation on HIV/AIDS helps to strengthen participation of communities in fighting the disease, as well as encouraging voluntary testing and fighting social stigma“
(Mfangavo et al, 2005:47).

Aufgrund der Tatsache, dass die Epidemie stark kulturell und sozial beeinflusst ist, reicht es nicht aus sie lediglich über die Gesundheitsministerien zu bekämpfen. Ein multisektoraler Ansatz ist vonnöten (vgl. Holt, 2007:21).

„So wie die Krankheit hier (Anm.: Subsahara-Afrika) mittlerweile in alle Lebensbereiche eingreift, so muss sie auch in sämtlichen Bereichen angegangen werden. Jede Organisation und jedes Unternehmen, jede Schule und jede Behörde, jede Privatperson – alle müssen einen Beitrag zur Eindämmung der Epidemie leisten“ (Zacher, 2004:18f.).

Der multisektorale Ansatz der derzeitigen HIV/AIDS-Politik Tansanias hängt stark von einer guten Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen administrativen Ebenen und Körperschaften ab, einschließlich der NGOs und Geber. Tansania zeichnet sich zwar durch eine gut organisierte, stabile Demokratie aus, dennoch sind sowohl die politische Effektivität, als auch die institutionellen Kapazitäten stark limitiert⁵¹. Dies ist auf die politische und institutionelle Organisation zurückzuführen, welche sowohl auf lokaler, Bezirks- und regionaler Ebene mithilfe verschiedenster Netzwerke den Status einer kleinen mächtigen Minderheit reproduziert. Die politische Verantwortlichkeit und das zivile Monitoring sind nur geringfügig gegeben, was gemeinsam mit fehlender Transparenz die Effektivität der Zusammenarbeit einschränkt. In diesem Licht betrachtet kann die Gewichtung auf gemeinschaftsorientierte Strategien nicht von viel Erfolg gekrönt sein (vgl. Mfangavo et al, 2005:46). Einige KritikerInnen meinen, dass ein multisektoraler Ansatz häufig zu Ineffizienz führt, da die Weltbank als auch der GFATM viele Länder mit bürokratischen Forderungen überschütten, welche sich oftmals mit nationalen Strukturen überlappen (vgl. Holt, 2007:9f; 23f.). Daher einigten sich sowohl die Weltbank, als auch der GFATM 2004 fortan nur noch mit *einem* nationalen AIDS-Rahmen, *einer* nationalen AIDS-Autorität sowie *einem* System für Monitoring und Evaluierung zu arbeiten (Principle of the „three ones“), um effizienter und effektiver sein zu können (vgl. Holt, 2007:9f.).

⁵¹ Laut Dilger (2005:23) scheiterten klare Regelungen in Tansania aufgrund der Reform des Bildungs- und Gesundheitswesens, welche in den komplexen Zusammenhängen der Strukturanpassungsprogramme und wirtschaftlicher Liberalisierung eingebettet war. Dadurch, dass das Engagement afrikanischer Regierungen in der HIV/AIDS-Bekämpfung unter dem Druck der internationalen Gemeinschaft zustande kam, war es zumeist eher auf Außenwirkung, denn auf innere Kohärenz ausgerichtet.

Im internationalen Diskurs wurde in den letzten Jahren immer bewusster, dass Hilfeleistungen effektiver werden, je mehr Staaten mitplanen und ihre eigenen Prioritäten setzen können. Auch die Kenntnis über die Notwendigkeit den nationalen Regierungen mehr „ownership“ zukommen zu lassen, stieg an. Gleichzeitig ist bekannt, dass viele Regierungen Probleme damit haben ihre finanziellen Mittel zu managen (vgl. Holt, 2007:20f.).

Viele Ministerien erkennen heute noch nicht wie wichtig es ist sich in die nationalen Bemühungen im Kampf gegen HIV/AIDS einzubringen:

“Many ministries still don’t understand that they should have a role in this [HIV/AIDS response], they see it as a health issue and they turn to [the Ministry of Health]. That would argue that there is a need to have some kind of intersectoral, cross-ministry mechanism to get engaged” - Dr. Don Bundy, Lead Specialist, School Health and Nutrition, World Bank; UNAIDS Inter-Agency Task Team for Education (zitiert nach Holt, 2007:21).

Eine Umfrage im Jahr 2000 von einem unabhängigen Consultancy Team ergab, dass die MitarbeiterInnen in den Ministerien Tansanias ihre Beschäftigung mit dem Thema HIV/AIDS immer noch eher als eine freiwillige Zusatzaufgabe wahrnahmen und diesem daher wenig Priorität einräumten. Umdenkprozesse sind daher notwendig, um die Hauptlast vom Gesundheitsministerium zu nehmen und auch andere Ministerien in die Pflicht zu nehmen (vgl. Dilger, 2005:22). Auch in der „National Policy on HIV/AIDS“ wurde bereits das Problem erkannt, dass sich die Bekämpfung der Epidemie in Tansania zuerst nur auf den Gesundheitsbereich konzentrierte. Andere Sektoren, wie z.B. der Bildungssektor, wurden außer Acht gelassen⁵².

„Initially HIV/AIDS was perceived purely as a health problem and the campaign to deal with it involved the health sector only through the National AIDS Control Programme“ (URT (PMO), 2001:5).

Ohne die Einbeziehung des Bildungssektors auf zentraler Ebene, war es jedoch schwierig auf lokaler Ebene Fortschritte zu erzielen. Doch seit der Einführung des multisektoralen Ansatzes 2001 führte Tansania weitere formale Programme auf dem Bildungssektor ein und sorgte dafür, dass das Bildungsministerium mit Vollzeitärbeitskräften besetzt wurde. Auch diverse Pläne und Dokumente bzgl. der Prioritätensetzung im Bildungsbereich wurden verabschiedet⁵³.

⁵² Die Ursache dafür kann sicherlich auch zum Teil darin liegen, dass Tansanias Bildungs-, als auch Gesundheitsprogramm in den späten 1980er Jahren hochgradig zentralisiert waren und die Wirtschaft stark zu kämpfen hatte. Der ehemals sozialistische Staat passte nicht so recht in die politischen und ökonomischen globalen Entwicklungstrends und widersetzte sich diesen auch bewusst. Alle Maßnahmen bezüglich HIV/AIDS gingen vom Gesundheitsministerium aus – ein multisektoraler Ansatz schien undenkbar (vgl. Holt, 2007:47f.).

⁵³ So verabschiedete das MoEVT z.B. 2003 einen eigenen strategischen Plan für HIV/AIDS im Bildungssektor (2003-2007), welcher die umfangreiche Implementierung von „life skills“ und Wissen über HIV/AIDS in Schulen und Ausbildungszentren für Lehrkräfte festschreibt. Alle Sekundarschulen, als auch 1.500

Trotzdem, so scheint es, hat das Bildungsministerium immer noch damit zu kämpfen vollständig in den Kampf gegen die Epidemie involviert zu werden. Um dieses Problem zu beseitigen und die „HIV/AIDS education“ zu forcieren wurde das UNAIDS Inter-Agency Task Team (IATT) gebildet, welches 2002 die „Accelerative Initiative“ ins Leben rief. Es wurden Workshops mit der Regierung, der Zivilgesellschaft, den Medien, bilateralen PartnerInnen, PLWHA, LehrerInnenvereinigungen und Organisationen der UN veranstaltet. Ziel dieser Serie von regionalen Konferenzen, die in Subsahara-Afrika mit VertreterInnen der jeweiligen Bildungsministerien abgehalten wurden, war es den Austausch zwischen den Staaten bzgl. der HIV/AIDS-Pandemie anzuregen. Tansania nahm mindestens zweimal an solchen Treffen teil: 2004 in Durban und 2006 in Tansania. Darüber hinaus wurde Tansania Mitglied im daraus entstandenen Netzwerk über HIV/AIDS und Bildung in Ostafrika (vgl. Holt, 2007:10ff.; 40ff.).

Tansania ist trotz der bestehenden Probleme ein gutes Beispiel für die Implementierung eines breiten „mainstreaming“-Ansatzes der HIV/AIDS-Antworten. Es gibt heute nicht nur vollbesetzte AIDS-Koordinierungseinheiten, sondern alle Einheiten, Abteilungen und Institutionen im Bildungssektor überwachen durch ihre Einbindung im technischen AIDS-Komitee (TAC) die Implementierung der HIV/AIDS-Antworten. Dieses „mainstreaming“ wurde auch im Medium Term Expenditure Framework (MTEF) inkludiert, einem nationalem Rahmen innerhalb der PRSPs. Auf Bezirksebene wurden Bildungsbüros eingerichtet, um die Implementierung von HIV/AIDS im Bildungssektor zu überwachen (vgl. UNICEF, 2007:13). Die Hauptfinanzierungsquellen sind das TMAP (Tanzania Multisectoral AIDS Programme) der Weltbank, sowie die tansanische Regierung. Weitere wichtige nationale Netzwerke, die sich im Bildungssektor gegen die Auswirkungen von HIV/AIDS einsetzen sind u.a. das „Student Partnership Worldwide“ (SPW) und die „Tanzania Essential Strategy on AIDS“ (TANESA), welche die „Peer Education“ (siehe Kapitel 6) in Schulen unterstützen, sowie die „Family Life Education“ (FLE), welche die Ausbildung der Lehrkräfte unterstützt. HIV/AIDS-Lehrpläne sind sowohl in den Primarschulen, Sekundarschulen als auch Ausbildungszentren der Lehrkräfte vorhanden. Auch ein eigenes Schulgesundheitsprogramm, welches sich u.a. auf Nahrung und sanitäre Einrichtungen konzentriert, ist implementiert.

Sekundarschulen implementierten diesen Plan. Die Qualität dieses Unterrichts variiert jedoch erheblich und auch die Versorgung mit Unterrichtsmaterialien bleibt bis heute unzureichend (vgl. URT (PMO), 2007:21).

Trotzdem hat das MoEC immer noch mit einigen kritischen Herausforderungen zu kämpfen wie z.B. kulturellen Tabus bzw. individuellem Widerwillen offen über HIV/AIDS zu sprechen. Die intime Natur von SRH und HIV/AIDS macht deren Inklusion in den Lehrplan sowie außerschulische Aktivitäten besonders schwierig. Überdies besteht bis heute nur unzureichend Zugang zu adäquaten Unterrichtsmaterialien diesbezüglich (vgl. Sayi n.d.). Die tansanischen Schulen konnten sich also bisher als Vermittler sexueller Themen und sogenannter "skills" nur unzureichend etablieren (vgl. Fuglesang, 2002:139).

Die Bereitstellung von BildungsexpertInnen, welche gleichzeitig auch medizinisches Hintergrundwissen bzgl. HIV/AIDS sowie Verhaltensänderung besitzen, erweist sich immer noch als besondere Herausforderung. Eine weitere Erklärung dafür, weshalb insbesondere der Bildungssektor stark damit gekämpft hat sich in den nationalen Kampf gegen die Epidemie einzubringen liefert Dr. Alexandra Draxler, Bildungsexpertin und frühere leitende Beauftragte für HIV/AIDS bei der UNESCO (vgl. Holt, 2007:50):

“School is an institution that is supposed to stand for the values of whatever society you live in and therefore with HIV/AIDS [it is the same]” (zitiert nach Holt, 2007:50).

Der Erfolg nationaler HIV/AIDS-Programme lastet in Tansania immer noch stark auf den Schultern Einzelner (vgl. Holt, 2007:50f.).

Auch die Arbeit der NGOs ist unerlässlich⁵⁴.

„Civil Society Organisations (CSOs) and NGOs are vital to HIV/AIDS initiatives in the country as they provide support to community-based responses such as home-based care networks, public awareness campaigns, income generating activities and mobilisation of people around HIV/AIDS issues. Other common services that were almost exclusively offered by CSOs and NGOs (the government has recently set up a nation-wide campaign) include prevention programmes through provision of basic HIV/AIDS information, counselling for voluntary testing, and training in topics such as reproductive health, gender inequity, and stigma reduction“ (Mfangavo et al, 2005:37).

HIV-Interventionen werden in Tansania in drei Kategorien eingeteilt: biomedizinische Interventionen, Präventionsmaßnahmen und Pflege & Unterstützung für Infizierte und Betroffene. Während sich die Regierung hauptsächlich den ersten beiden Punkten widmet, wird die Hilfe für Betroffene hauptsächlich von NGOs geleistet (vgl. Mfangavo et al, 2005:32f.).

⁵⁴ Die Zivilgesellschaft spielt in Tansania eine bedeutende Rolle bei der Unterstützung von HIV-Positiven und von OVC und ergänzt damit die Arbeit des Bildungsministeriums. Mehr als sechzig Organisationen setzen sich für Betroffene ein und versuchen, trotz begrenzter Mittel, den Schulbesuch durch den Kauf von Uniformen, Materialien etc. sicherzustellen. Aufgrund ihrer eingeschränkten finanziellen Mittel bleibt eine große Abhängigkeit von TACAIDS oder anderen Gebern bestehen (vgl. UNESCO, 2008:30).

NGOs führen zwar sehr viele Programme in Tansania durch, deren geographischer als auch zeitlicher Einfluss bleibt jedoch aufgrund zu geringer Abdeckung limitiert (vgl. Mfangavo et al, 2005:49f.).

Viele NGOs in Tansania, wie z.B. WAMATA, äußern sich kritisch gegenüber der Arbeit der Regierung im Kampf gegen HIV/AIDS. Sie meinen „(...) that the government is slow in its response to the pandemic and often too bureaucratic“ (Mfangavo et al, 2005:36). Durch den tansanischen Staat, der die Arbeit der NGOs häufig nicht unbedingt als Bereicherung des Sozialwesens sieht, sondern diese kritisch überwacht, damit sie dessen soziale Ordnung nicht bedrohen, wird deren Erfolg weiter gedämpft (vgl. Mercer 1999: 250ff.; vgl. Dilger, 2005:197).

Aber auch die NGOs geraten zunehmend ins Kreuzfeuer der Kritik, da viele TansanierInnen Mitgliedern von NGOs unterstellen, diese würden mittlerweile vieles tun und behaupten (z.B. HIV-positiv zu sein), nur um sich auch einen Teil des „hot cake“ (der Zahlungen internationaler Geber für tansanische HIV/AIDS-Arbeit) abschneiden zu können (vgl. Dilger, 2005:187). In der Arbeit von Mfangavo et al heißt es diesbezüglich:

„External funding can also be a problem in itself: the increased influx of donor funding in HIV/AIDS might create competition among NGOs on chasing for donor funds, and thus the likelihood of enmity among NGOs that should be allies in efforts in fighting the disease. Likewise, there is a general concern in Tanzanian society that the increased donor commitment towards rapid funding envelopes for HIV/AIDS initiatives might outweigh the capacity of NGOs and the government. Rapid and huge donor funding is also feared to encourage new malicious NGOs to be formed for the sake of accessing donor funds“ (Mfangavo et al, 2005:50).

2008 wurde schließlich der NMSF 2 (2008-2012) verabschiedet, welcher auf dem NMSF 1 aufbaut und es als Oberziel hat die Weiterverbreitung von HIV zu verhindern. Darüber hinaus wird darin betont, dass sichergestellt werden muss, dass wirklich jede/r Zugang zu ausreichender Versorgung und Dienstleistungen hat – es darf nicht nur zur Konzentrierung auf eine kleine Gruppe von Menschen kommen. Das letzte große darin genannte Ziel ist es, fortan genauer auf die spezifischen lokalen Bedürfnisse innerhalb des Landes einzugehen, da diese sehr stark schwanken (vgl. URT (PMO), 2007:36ff.). Weiterhin wird auch auf Dezentralisierung abgezielt, um besser auf lokale Herausforderungen eingehen zu können (vgl. URT (PMO), 2007:27). Der NMSF 2 möchte vor allem auch die Arbeit von CBOs und FBOs, sowie NGOs besser in die nationale Antwort einbinden und deren Qualität an den nationalen Richtlinien ausrichten.

Auch wenn auf den politischen Papieren Tansanias die meisten wichtigsten Themen behandelt wurden, so ist deren tatsächliche Implementierung bisher schwach ausgeprägt. Die Dezentralisierung der multisektoralen Politik stellt weiterhin ein Problem dar. Es scheint als ob der tansanische Bildungssektor bis dato nicht in der Lage war, dem Gesundheitssektor nachzueifern und produktive und verlässliche Beziehungen aufzubauen (vgl. UNESCO, 2008:31). In vielen Bezirken fehlen noch Interventionen und auch die Institutionalisierung ist schwach ausgeprägt. Gemeinsam mit einer stark personalisierten Organisation führt dies zu einer teilweisen Lahmlegung politischer Implementationen. Trotz aller Bemühungen auf diskursiver Ebene erscheint das finanzielle Bekenntnis der Regierung bisher zu schwach gewesen zu sein, da diese immer noch stark von Gebern abhängig ist⁵⁵, um den PLWHA die die notwendigen Dienstleistungen bereitstellen zu können. Diese klare Abhängigkeit schafft zusehends Argwohn und Missgunst unter der Zivilgesellschaft, lokalen PolitikerInnen und der generellen Bevölkerung (vgl. Mfangavo et al, 2005:49).

Außerdem äußerten betroffene InterviewpartnerInnen von Dilger (2005:194) deutlich Unmut gegenüber der tansanischen Regierung. Trotz verstärkter Bemühungen, habe sie es nicht geschafft, die Lebensbedingungen der Menschen mit HIV/AIDS grundlegend zu verbessern. Viele Befragten bezeichneten sich selbst als „lost generation“, welche in ihrem Land nur noch als baldige Tote wahrgenommen werden und für die nicht mehr gekämpft wird. Ein Interviewpartner meinte, „(...) dass nur andere *über* Menschen mit HIV/AIDS sprechen; deren *eigene* Stimme werde kaum gehört und nur selten könnten HIV-Infizierte in politischen Gremien ihre eigenen Bedürfnisse formulieren oder ihr Wissen über die Probleme von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken gegenüber Entscheidungsträgern einbringen“ (Dilger, 2005:195).

55 Seit der „UN Declaration of Commitment on HIV/AIDS“ 2001, den Bemühungen des GFATM sowie PEPFAR, stieg die internationale Finanzierung von HIV/AIDS-Programmen weltweit auf ca. 8 Milliarden USD jährlich an. In Tansania entsprach die Finanzierung durch Geber in den Jahren 2004-05 ca. 90% der damaligen öffentlichen Ausgaben für HIV/AIDS (vgl. Dilger, 2009.:92). Die Abhängigkeit von den externen Gebern wuchs in den letzten Jahren rasant an: während 2002/03 noch 39,96 Milliarden Tsh gespendet wurden, waren es 2004/05 bereits 135,83 Milliarden Tsh und 2006/07 stiegen die Finanzierungen gar auf 346,37 Milliarden Tsh an (vgl. URT (PMO), 2007:31f.).

5. Aktuelle Situation von HIV/AIDS in Tansania

Nachdem ich im vorigen Kapitel auf die politischen Maßnahmen der tansanischen Regierung eingegangen bin, möchte ich nun die Auswirkungen der Epidemie im Gesundheits-, Arbeitsmarkt- und Bildungssektor aufzeigen, wobei mein Schwerpunkt auf letzterem liegt.

5.1. Sozioökonomische Auswirkungen

Die Auswirkungen der HIV/AIDS-Epidemie lassen sich sowohl auf der individuellen Ebene, als auch auf gesellschaftlicher Ebene ablesen. Inwieweit es hierbei zu wechselseitigen Beeinflussungen kommt, möchte ich nun kurz beleuchten. Auf der ersten Ebene kann es z.B. zum Verlust des Arbeitsplatzes, ein dadurch sinkendes Einkommen und einen Mangel an Mitteln für Medikamente und Behandlungen kommen (vgl. Krügel, 2005:62).

„The HIV/AIDS pandemic is a social, cultural and economic problem that has propelled poverty in Tanzanian society – the pandemic depletes family resources for care and treatment of the sick, and it takes away labour-power which could have helped families to produce more and earn more income“ (Mfangavo et al, 2005:48).

Durch weniger verfügbares Einkommen sind viele Familien gezwungen ihre Kinder aus den Schulen zu nehmen. Diese müsse wiederum oftmals Arbeiten und Verantwortungen der Erkrankten oder Verstorbenen übernehmen, um die Familien zu unterstützen. Aufgrund der sinkenden Rate an Schulabschlüssen, sinkt natürlich auch die Anzahl der gut ausgebildeten Fachkräfte, was wiederum schlecht für die wirtschaftliche Entwicklung des Landes ist (vgl. Krügel, 2005:62). Welche konkreten Auswirkungen sich daraus ergeben werden, kann aufgrund unzureichender Studien diesbezüglich, bisher nicht sicher vorhergesagt werden (vgl. Benn, 1995:17ff.).

Auch die wachsende Anzahl an Waisenkindern stellt eine große Herausforderung dar, da diese Gefahr laufen in Jugendkriminalität und Hoffnungslosigkeit abzurutschen, wenn man sich ihrer nicht ausreichend annimmt. Es gilt psychologischen Anzeichen, wie Angst, Scham, Ausgrenzung, Wut, Verzweiflung usw. mehr Berücksichtigung zukommen zu lassen, da sie für die Betroffenen eine enorme Belastung darstellen (vgl. Krügel, 2005:62). Auch die Gesundheitsdienste werden durch die Epidemie vor große Herausforderungen gestellt (vgl. Benn, 1995:17ff.). durch steigende Ausgaben im Gesundheitssektor aufgrund einer stärkeren Belastung desselbigen, kommt es zu Kürzungen der Investitionen in anderen Bereichen, wie z.B. bei der Bildung oder der Infrastruktur (vgl. WHO, 2002:82f.).

Durch den Ausfall der sogenannten „kleine Elite“⁵⁶, werden die ökonomischen und sozialen Folgen von HIV/AIDS verstärkt, was wiederum die Reaktionsfähigkeit des Staates schwächt. Eine mangelnde Kapazität, auf Herausforderungen angemessen reagieren und Schritte setzen zu können, fördert abermals die Ausbreitung der Epidemie im Land. Da diese genannten Bevölkerungsgruppen meist den Großteil der Mittelschicht und SteuerzahlerInnen ausmachen, sind sie entscheidend für eine erfolgreiche Entwicklungspolitik (vgl. Tietze, 2006:36). Einbußen dieser produktiven Bevölkerungsschichte führen meist zu einem Attraktivitätsverlust bei den Gebern, was sich wiederum negativ auf die Lebenserwartung und andere Entwicklungsindikatoren auswirkt (vgl. WHO, 2002:82f.).

„While the most obvious impact of HIV/AIDS on human capital comes about through the deaths of skilled people, this might not be the greatest concern in terms of long run economic impact. In poor countries with low levels of human capital, implications for rates of human capital accumulation might be of greater concern“ (Arndt and Wobst, 2002:2).

Aufgrund des geringen Humankapitals⁵⁷ ist Wachstum desselbigen enorm wichtig für den Fortschritt des Landes. Es besteht nämlich ein enger Zusammenhang zwischen der schulischen Ausbildung, dem ökonomischen Ertrag und der Entwicklung eines Landes⁵⁸. Durch den Tod vieler Eltern und dem damit verbundenen Anstieg von Kindern, die ihre Schulausbildung abbrechen, um arbeiten zu gehen, kommt es jedoch zu einem generellen Verlust von Know-How und Erfahrung im produktiven Sektor. Dieser Verlust aufgrund von HIV/AIDS wirkt sich negativ auf die Entwicklung Tansanias aus (vgl. Arndt and Wobst, 2002:3f; vgl. WHO, 2002:82f.).

„(...) as children migrate out of school and into the workforce, future human capital (as well as the future innovations that this unrealized human capital might have realized) is sacrificed. Reductions in the growth of human capital might be most profound at the medium educational level (finished elementary school but did not complete form 4), which is where the large numbers are. Secondary schools appear to be less affected (though we do not know what would have happened in the absence of AIDS). Productivity and human capital are two of the three major channels through which the major macroeconomic impacts of HIV/AIDS are expected to occur and these channels appear to be operating in Tanzania“ (Arndt and Wobst, 2002:42f.).

⁵⁶ Darunter versteht man Lehrkräfte, Angestellten im Gesundheitssektor und Beamten (vgl. Tietze, 2006:36).

⁵⁷ Was genau versteht man unter „Humankapital“? Es ist nichts, was wir sehen oder berühren können, sondern etwas, das wir in unseren Köpfen und Körpern kreieren. Es ist ein Bündel bestehend aus Wissen, Gesundheit, Fähigkeiten, Energie, Kreativität und anderen Dingen, welche uns helfen Probleme zu lösen und unser Leben zu meistern. Es ist ein ökonomisches Phänomen, das in uns allen verankert ist, ökonomischen Wert besitzt und wodurch wir Geld verdienen können. Doch es dient nicht nur dazu. Jeder von uns profitiert in unsagbar vielen Wegen vom verbesserten Humankapital jeder/s Einzelnen (THE WORLD BANK, 1999:39f.). „Bildung bzw. Humankapital“ haben für die Entwicklung einen größeren Wert als „Sachkapital“ (Nuscheler, 2005:192).

⁵⁸ Viele mikroökonomische Analysen der letzten Jahre haben beispielsweise gezeigt, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Bildung und der landwirtschaftlichen Produktivität in Tansania besteht (vgl. Arndt and Wobst, 2002:2).

Wenn es durch die Epidemie zu einer Verhinderung des Humankapitalwachstums für eine bestimmte Periode kommt, könnten die Langzeitauswirkungen verheerend sein (vgl. Arndt and Wobst, 2002:3).

Im Jahr 1999 wurde HIV/AIDS vom tansanischen Präsidenten als „nationales Disaster“ bezeichnet. Dass dieser Ausdruck durchaus seine Berechtigung hat, lässt sich aus der Tatsache ableiten, dass die Epidemie die Entwicklung der Menschen und des tansanischen Staates als Ganzes gefährdet bzw. bremst. Es kommt aufgrund dessen zu einer verringerten Lebenserwartung, einer verzögerten Armutsbekämpfung, sowie zu Einkommensverlusten der Familien von bis zu -35% (vgl. Mfangavo et al, 2005:27).

Da ich nun kurz aufgezeigt habe, in wieweit der wirtschaftliche Werdegang eines Landes durch HIV/AIDS auf verschiedenen Ebenen beeinflusst werden kann, möchte ich nun kurz die Veränderungen der letzten Jahre in diesem Sektor aufzeigen. Mein Fokus liegt hierbei auf dem jungen, (re-)produktivsten Teil der Bevölkerung.

Aus einer Studie von Wobst und Arndt aus dem Jahr 1998 geht hervor, dass früher über 80% der Bevölkerung im Landwirtschaftssektor gearbeitet haben. Die meisten ArbeiterInnen wiesen damals nur einen sehr geringen Bildungsgrad auf (kein Abschluss der Primarschule), die Anzahl der Menschen mit mittlerem Bildungsgrad (Abschluss der Primarschule, aber weniger als Stufe 4) war relativ groß, sowohl im landwirtschaftlichen als auch anderen Bereichen, während die Anzahl der Menschen mit höherer Bildung (Abschluss der Stufe 4 oder höher) relativ gering war. Auch die Gehälter variierten einst stark zwischen den verschiedenen Sektoren, als auch je nach Ausbildung der Arbeitskräfte. Die Bezahlung im landwirtschaftlichen Bereich war 7x niedriger als in anderen Bereichen. Menschen mit höherer Ausbildung verdienten ca. das Vierfache von ArbeiterInnen mit niedrigem Ausbildungsniveau, und ca. das Doppelte von ArbeiterInnen mit mittlerem Ausbildungsstandard (vgl. Arndt and Wobst, 2002:39).

Der Vergleich zwischen der LFS (Labor Force Survey) 1990/91 und jener von 2000/01 zeigt einen geringen Anstieg des Bildungsgrades bei den Beschäftigten. Die Anzahl der Angestellten mit niedrigem Bildungsstandard fiel um 2,8%, während die Anzahl der Angestellten mit mittlerem oder hohem Bildungsstandard um 1,5% bzw. 1,2% anstieg (vgl. Arndt and Wobst, 2002:10f.). Trotzdem arbeiten heute immer noch die meisten Menschen im primären, landwirtschaftlichen Sektor (2000/01: 82,1%) (vgl. National Bureau of Statistics (NBS), 2009).

Da HIV/AIDS besonders Menschen im (re-)produktiven Alter betrifft, wird es bald zu einer Veränderung des Altersaufbaus in Tansania kommen. Im Gegensatz zu westlichen Ländern, in denen durch die Überalterung der Gesellschaft immer weniger junge Menschen einer steigenden Menge an Älteren gegenüberstehen, müssen in Tansania vor allem Kinder und Jugendliche angemessen versorgt und ausgebildet werden, was die Wirtschaft vor eine große Herausforderung stellt (vgl. Kilindo, 2007:6).

HIV/AIDS bewirkt einen drastischen Anstieg von Kinderarbeit. Viele Kinder aus betroffenen Familien gehen gleichzeitig arbeiten oder übernehmen zu Hause Aufgaben und drücken die Schulbank, da sie ihre Familien unterstützen müssen (vgl. Arndt and Wobst, 2002:14;19). In der Regel tragen sie zwischen 20-25% des Haushaltseinkommens bei. Meist beginnt der Druck, der die Kinder dazu veranlaßt die Schule abzubrechen und ihr Arbeitspensum zu erhöhen, bereits vor dem Tod eines Elternteils bzw. beider Eltern, (vgl. Hindman, 2009:178). Gleichzeitig zeigen sich die Auswirkungen von HIV/AIDS auf den Arbeitsmarkt auch bei Kindern, die aus nicht-betroffenen Familien stammen. Diese sehen sich oftmals aufgrund des Ausfalls vieler Lehrkräfte durch HIV/AIDS und der dadurch sinkenden Bildungsqualität und -möglichkeiten dazu gezwungen arbeiten zu gehen (vgl. Arndt and Wobst, 2002:14).

SchülerInnen machen einen enormen Anteil an der informellen Wirtschaft aus, die besonders im urbanen Raum blüht (vgl. Hindman, 2009:178), man geht von knapp 40% arbeitender Kinder aus. Das Gesetz wurde reformiert und das Mindestalter, in dem Kinder in formalen Beschäftigungsverhältnissen arbeiten dürfen, wurde von 12 auf 14 Jahre angehoben, was jedoch keinen allzu großen Einfluss auf den informellen Sektor haben dürfte. (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:102). Im formalen Sektor haben jedoch Jugendliche ab 20 Jahren bessere Anstellungschancen als die Gruppe der 15-19 Jährigen (vgl. MEASURE DHS, ORC Macro n.d.:1).

Im Jahr 1990/91 waren rund 6,2% der Arbeitskräfte Tansanias Kinder (zwischen 10-14 Jahren). Zehn Jahre später waren es bereits 13% aller Arbeitskräfte (vgl. Arndt and Wobst, 2002:14). Dies spricht für eine deutlich gestiegene Anzahl an wahrscheinlichen SchulabgängerInnen und daher für einen enormen Verlust des Humankapitals. Es wurde geschätzt, dass rund 4,1 Millionen der gesamt 10,2 Millionen tansanischen Kinder (5-14 Jahre) nicht zur Schule gingen und entweder mit Hausarbeit beschäftigt, oder ökonomisch aktiv waren (vgl. Hindman, 2009:179).

Eine Einschätzung von ILO-IPEC zu Tansania kam zu dem Schluss, dass neben Armut und mangelnder Schulbildung auch begrenzte alternative Beschäftigungsmöglichkeiten und der Waisenstatus zur Prostitution von Kindern beitragen. Natürlich braucht es auch Menschen, die diese Situation kennen und schamlos ausbeuten. Viele Kinder beginnen bereits sehr früh (zwischen 10-13 Jahren) ihren Körper für Geld zu verkaufen. Auch wenn traditionell Jungen in Süd- und Ostafrika früher aus den Schulen genommen wurden, um arbeiten zu gehen, so hat sich dies durch die Pandemie stark verändert. Mittlerweile werden bevorzugt Mädchen aus den Schulen genommen, um ihre Familien zu unterstützen, da der Ertrag aus der Mitarbeit oftmals höher eingeschätzt wird, als der Nutzen einer Schulausbildung für Mädchen. Überdies gelten vor allem Mädchen als sehr fähig, wenn es um die Pflege Infizierter/Kranker innerhalb der Familie geht (vgl. Hindman, 2009:178).

„Many children orphaned by HIV/AIDS find work in the informal sector, such as petty trade and services. (...) The presence of children on the street, and their need for money, food, shelter, and companionship, all increase the chances of being exposed to HIV infection. They may be drawn into casual sexual relationships or commercial sexual exploitation, or they may use drugs or alcohol, which increase risky behaviors and exposure to HIV. Thus, the impact of HIV/AIDS can go full circle, from affecting a child, to infecting a child“ (Hindman, 2009:178).

HIV/AIDS-Betroffene sind nicht nur durch schlechtere Ausbildungschancen und schlechtere Arbeitsmarktangebote benachteiligt, sondern werden auch oft aufgrund von HIV/AIDS entlassen oder versetzt, auch wenn dies gesetzlich verboten ist. Natürlich wird meist, aufgrund der prekären rechtlichen Lage, ein anderer Grund angegeben (vgl. Dilger, 2005:111).

Die Weltgemeinschaft hat 2002 in der Abschlusserklärung des Weltgipfels in Johannesburg festgestellt, dass Unternehmen eine ökologische und soziale Verantwortung für die Bedingungen vor Ort haben. Auch in der tansanischen „National Policy on HIV/AIDS“ aus dem Jahre 2001, wurden Unternehmen in ihrem eigenen Interesse dazu aufgefordert gegen die Epidemie vorzugehen und einen angemessenen Umgang mit diesem Thema zwischen allen Führungsebenen zu fördern, um die negativen Auswirkungen gering zu halten (vgl. Groos, 2004:26f.).

Wie dramatisch die Auswirkungen von HIV/AIDS weltweit schon sehr bald sein werden, zeigt eine Schätzung der ILO, die davon ausgeht, daß im Jahr 2020 bereits über 26 Millionen ArbeitnehmerInnen von HIV/AIDS betroffen sein werden und die Zahl der Beschäftigten in Hochprävalenzländern aufgrund von HIV/AIDS um 10% bis 30% zurückgehen wird.

Eine rasche Erstellung von Plänen, wie damit umgegangen werden soll, ist daher dringend anzuraten (vgl. Stehl, 2004:34). Natürlich muss auch die Umsetzung derselbigen schnell erfolgen, reine Rhetorik kann keine Verbesserungen bewirken.

5.2. Auswirkungen auf den Gesundheitssektor

„Obwohl die westliche Medizin dieser Krankheit praktisch hilflos gegenübersteht, beansprucht sie dennoch einen immer größeren Platz im öffentlichen Diskurs. Medizin kann – im Blick auf AIDS – diagnostizieren, aber nicht heilen. Wer der Volksmedizin vorwirft, sie *mache* scharlatanisch falsche Versprechungen, so muss man der westlichen Medizin den Vorwurf machen, dass sie das falsche Versprechen *ist*“ (Gronemeyer, 2002:144).

Seit 1985 gilt AIDS in Tansania als meldepflichtige Krankheit. Seitdem müssen sämtliche Gesundheitseinrichtungen des Landes dem Gesundheitsministerium Bericht erstatten. Seit Beginn der Epidemie lässt sich beobachten, dass vor allem die Altersgruppe der 20-49 Jährigen am stärksten betroffen ist. Dies hängt sicher auch damit zusammen, dass die sexuelle Aktivität in dieser Altersgruppe am höchsten ist. Die häufigste Art der Übertragung stellte 2004 mit 78,1% der heterosexuelle Kontakt dar (vgl. URT (MoH), 2005:1;5). Es ist also vor allem die (re-)produktivste Altersgruppe von der Epidemie betroffen. Dies macht deutlich, dass HIV/AIDS sowohl auf der Mikroebene (Haushalt, Familie), als auch auf der Makroebene (Wirtschaft, Arbeitsmarkt) große Auswirkungen auf die weitere Entwicklung des Landes hat (vgl. Kakoko, 2006:3).

In den zwölf Jahren, nach der Bekanntgabe des ersten offiziellen Falles von AIDS im Jahr 1983 meldete Tansania der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mehr Fälle als alle anderen afrikanischen Staaten (vgl. Setel, 1999:1). 1986 wurden bereits aus allen Regionen Tansanias Fälle von AIDS gemeldet (vgl. Kaaya, Leshabari & Tengia-Kessy, 2008:136). 1995 zählte AIDS bereits zu den führenden Todesursachen von Erwachsenen in drei Regionen Tansanias und Ende 1997 belegte Tansania den zweiten Platz bei der geschätzten Anzahl von infizierten Personen und Todesfällen, verglichen mit den acht Nachbarstaaten, und Platz 7 in der geschätzten Prävalenz bei Erwachsenen (vgl. Setel, 1999:1). 2004 waren mindestens 7% der Bevölkerung mit dem HI-Virus infiziert, Frauen waren generell stärker betroffen als Männer (vgl. Kakoko, 2006:3).

Durch Mangelernährung und fehlendes sauberes Wasser kämpft Tansania jedoch nicht nur mit den direkten Auswirkungen von HIV/AIDS, sondern auch noch mit vielen damit einhergehenden Erkrankungen (vgl. Holt, 2007:16).

Wie man sieht besteht ein enorm hoher Bedarf an gesundheitlicher Unterstützung, zeitgleich fehlen dem tansanischen Gesundheitssystem die Ressourcen, als auch die Infrastruktur, um allen Menschen ausreichende Versorgung zu garantieren (vgl. Holt, 2007:16).

Aufgrund der Strukturanpassungsprogramme der 1980er Jahre sind heute viele Krankenhäuser in Tansania in einer schlechten Position und können gar nicht genügend medizinisches Personal schulen bzw. zur Verfügung stellen, um den Bedarf zu decken (vgl. Dilger, 2005:110). Die Anzahl der Angestellten im Gesundheitssektor nahm sukzessive im Laufe der Zeit ab. Arbeiteten 1994/95 noch 67.600 Personen in diesem Sektor, so waren es 2000/01 nur noch 48.500 Personen und 2005/06 war die Zahl der Angestellten sogar auf 43.650 gesunken. Die richtige Versorgung im Gesundheitssektor wird also auch zukünftig noch eine große Herausforderung darstellen (vgl. URT (PMO), 2007:35). 2004 hatten ca. 80% der Bevölkerung Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen, für 90% lagen diese jedoch ca. 8-10km entfernt. Nicht nur stellt dies eine Entfernung dar, die für viele Menschen im Ernstfall nicht bewältigt werden kann (vgl. UNAIDS, 2001:25), weshalb viele Kranke jährlich auf dem Weg zu gesundheitlichen Einrichtungen sterben, auch die Qualität der dort erhältlichen Hilfe ist oftmals mangelhaft (vgl. Holt, 2007:16).

Zwar ist die Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken mit Basismedikamenten in staatlichen Krankenhäusern seit 1998 offiziell kostenlos, doch scheitert die Verteilung derselbigen meist aufgrund von Korruption oder anderen Problemen im staatlichen Gesundheitswesen, weshalb die Medikamente häufig dennoch selbst bezahlt werden müssen (vgl. Dilger, 2005:21). Nur wenige Menschen (ausgenommen schwangere und stillende Frauen), die dringend ARVs⁵⁹ benötigen, erhalten Zugang dazu. Der Grund dafür ist, dass die Mehrzahl der Bedürftigen arm ist und die Medikamente nur für finanziell Bessergestellte leistbar sind. Jener Prozentsatz an ARVs, der kostenlos verteilt wird, ist nur sehr limitiert. Dadurch dass die Medikamente aus dem Ausland importiert werden, ist es für die tansanische Regierung schwierig den Preis zu drücken. Die lückenhafte und ineffiziente Administration erschwert vor allem in ländlichen Gegenden die Verteilung. Interviews in ruralen Gegenden zeigen darüber hinaus auf, dass der Wissensstand bezüglich der Verwendung, den Effekten sowie der Verfügbarkeit der Medikamente gering ist (vgl. Mfangavo et al, 2005:47).

2007 bekamen lediglich 136.000 Menschen in Tansania ART, von geschätzten 440.000 Menschen, die diese benötigt hätten (vgl. UNAIDS; WHO, 2008:11)⁶⁰. Nur ca. 6% aller HIV-positiven Kinder unter 15 Jahren erhalten in Tansania eine ART (vgl. UNESCO, 2008:8).

⁵⁹ Drei ARVs (antiretrovirale Medikamente) sind üblicherweise Teil einer ART (antiretroviralen Therapie), um den HI-Virus zu unterdrücken und das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern (vgl. WHO, 2010).

⁶⁰ Jockenhövel-Schiecke (2008:28) geht von anderen Daten aus und behauptet, dass Tansania 2007 von der WHO antiretrovirale Medikamente für 373.584 PatientInnen erhielt, darunter 11.000 Kinder, wobei geschätzte 1,87 Mio. Menschen diese Mittel benötigt hätten, was ein deutliches Defizit erkennen lässt.

Die Umsetzung der staatlichen HIV/AIDS-Bekämpfungspläne leidet auch an der mangelnden Verteilung von kostenlosen Kondomen und der unzureichenden Bereitstellung von VCT⁶¹-Möglichkeiten (vgl. URT (PMO), 2007:35), denn um Medikamente überhaupt erst bekommen zu können, müssen die Betroffenen durch freiwillige Tests von ihrem HI-Status erfahren. Danach müssen sie den Mut aufbringen sich in medizinische Hilfe zu begeben und offen über ihre Infektion/Krankheit zu sprechen, was viele HIV/AIDS-Betroffene verweigern, da sie keinen Sinn darin sehen, solange es keine Aussicht auf eine gute medizinische Versorgung gibt (vgl. Dilger, 2005:291).

Oftmals kommt es aufgrund von Überlastungen bzw. der Furcht vor unbezahlten Krankenhausrechnungen erst gar nicht zu einer Aufnahme in staatliche oder private Krankenanstalten (vgl. Dilger, 2005:38). Wenn man dennoch einen Behandlungsplatz ergattern konnte, leidet man dort häufig unter Diskriminierung bzw. unzureichender Behandlung, was auf die großen Unsicherheiten von ÄrztInnen und dem Pflegepersonal, im Umgang mit AIDS-Kranken zurückzuführen ist (vgl. Dilger, 2005:110). NGOs haben in den urbanen Zentren Tansanias auf die schlechte Versorgung der AIDS-Kranken reagiert und spezielle Programme zur HIV-Prävention entworfen. Ihre Angebote reichen von psychosozialer Unterstützung, medizinischer Versorgung bis hin zur Heimpflege von HIV-Infizierten bzw. AIDS-Kranken. Frauen zwischen 20 und 35 Jahren gehören zu den HauptklientInnen der AIDS-NGOs und nehmen deren finanzielle, psychosoziale und materielle Unterstützung in Anspruch. Da deren Arbeit und Programme wesentlich von internationalen Gebern beeinflusst werden, liegt allem jedoch ein westliches Konzept zugrunde (vgl. Dilger, 2005:178f.).

5.3. Auswirkungen auf das tansanische Bildungssystem

Nachdem ich nun die Auswirkungen von HIV/AIDS auf Wirtschaft und Gesundheit kurz aufgezeigt habe, möchte ich nachfolgend auf den Bildungssektor eingehen.

„Formal education as a fundamental human right and a means for acquiring functional competence to practically operate in the local and global world, as well as an investment—not only for individual socio-economic attainment and mobility but as an agency for collective social progress and national development - has been a ground of nearly universal agreement among the various stakeholders of African education“ (Assie-Lumumba, 2008:5).

⁶¹ VCT (voluntary counselling and testing) (siehe Kapitel 6) besteht seit über zwanzig Jahren und soll Betroffenen in ihrer schwierigen Situation helfen (vgl. WHO, 2010a).

Bildung wird im Kampf gegen HIV/AIDS häufig als „social vaccine“ („sozialer Impfstoff“) bezeichnet. Besonders Kinder, welche die HauptempfängerInnen derselben in den Schulen sind, profitieren auf vielfältige Weise von den Vorteilen, die sie durch Bildung erlangen. Ihre Überlebens- und Entwicklungschancen steigern sich durch eine fundierte Ausbildung. Sie bekommen Hoffnung, Optimismus und ein Mehr an Möglichkeiten. Dies ist vor allem für jene jungen Menschen wichtig, die bisher nur ein Leben kannten, das von HIV/AIDS, Armut und Angst geprägt war (vgl. Harle, 2006:3).

„Equally the schools, and the entire education sector, can work the wonder of reducing the spread of HIV/AIDS, transforming young people into individuals who are temperamentally immune against infection. The vaccine may still be a long way down the line; but (...) we can say that through education we can immunise them (Anm.: young people), we can equip them intellectually, affectively, morally, so that they can make sound decisions, deal with pressures, keep themselves free of HIV infection, and extend compassion, solidarity, and care to all who are affected by the disease“ (Kelly, 1999:7).

Durch ein gut funktionierendes Schulsystem wird eine gebildete Gesellschaft erst möglich gemacht – je besser ausgebildetes Humankapital ein Staat besitzt, desto ertragreicher seine Wirtschaft. Dies trägt wiederum zur Armutsreduktion bei. Trotz des Wissens, dass schlußendlich auch die Qualität anderer Sektoren von der Qualität des Bildungssektors abhängt und die Pandemie diesen Sektor massiv bedroht, wurden bisher die Auswirkungen von HIV/AIDS sowohl auf die BereitstellerInnen, als auch EmpfängerInnen von Bildung noch nicht ausreichend untersucht. Doch man darf nicht nur diese enge Wahrnehmung der Vorteile von Bildung haben. Eine gut ausgebildete Gesellschaft weiß besser über ihre Rechte und Pflichten Bescheid, kann die Politik verstärkt in ihre Schranken verweisen und steigert somit auch die Demokratie eines Landes (vgl. Harle, 2006:1f.). Bildung kann nicht nur das Leben eines einzelnen Menschen verändern, sondern auch ganze Familien und Gemeinschaften nachhaltig beeinflussen, in dem sie deren Wertvorstellungen und Bräuche etc. positiv verändert (vgl. Delamonica and Vandemoortele, 2002:7).

Die Wichtigkeit von Bildung im Kontext von HIV/AIDS wird deutlich, wenn man bedenkt wie sehr diese Pandemie sämtliche sozialen Schichten durchdringt und wie kostengünstig Bildungsprogramme im Vergleich mit medizinischen Behandlungen sind. Bildungsprogramme über HIV/AIDS wurden über die Jahre als elementares Menschenrecht anerkannt. Das Bewusstsein über die Wichtigkeit von Bildung als Antwort auf die Pandemie stieg in Afrika um die Jahrtausendwende immer mehr an. 1999 gab es bspw. in Lusaka den ICASA-Kongress, das „EFA Regional Meeting“ in Johannesburg, als auch das „World Education Forum“ in Dakar.

Auch die Notwendigkeit der Unterstützung der Lehrkräfte, welche in vielen Teilen Afrikas immerhin mehr als 60% der Arbeiterschaft im öffentlichen Sektor darstellen, wurde erkannt (vgl. Holt, 2007:10ff.).

„The time is now to declare our schools in Africa in a state of emergency because of AIDS, requiring emergency-type efforts, emergency-type responses. The time is now to put the HIV/AIDS crisis at the centre of our national education agendas“

-Dr. Piot (Executive Director UNAIDS) bei der Eröffnungszereemonie der 11. ICASA Conference in Lusaka 1999 (zitiert nach Kelly, 1999:14).

Tansania zählt laut UNAIDS zu jenen Ländern, in denen HIV/AIDS in der gesamten Bevölkerung vorkommt und nicht nur hauptsächlich in den sogenannten „Risikogruppen“. Dies bedeutet, dass wirklich jedes Kind früher oder später, direkt oder indirekt, von HIV/AIDS in Mitleidenschaft gezogen werden kann. Üblicherweise leiden betroffene Kinder meist unter fehlender finanzieller, sozialer und erzieherischer Unterstützung, da auch deren familiäres Umfeld stark betroffen ist. Für diese Kinder sind Schulen ganz besonders wichtig, da sie dort auf ihr späteres Leben vorbereitet werden (vgl. UNESCO, 2008:8). Ein Ausbau des Bildungssektors ist vor allem in ruralen Gegenden von großer Bedeutung, da dort die Bildungssituation wesentlich schlechter ist und dadurch die Auswirkungen der Epidemie deutlich stärker zu spüren sind (vgl. Harle, 2006:16).

Da Tansania eine „knowledge economy“ werden möchte, müssen die schadhaften Einflüsse von HIV/AIDS, die sich auf vielerlei Arten und Ebenen auf dem Bildungssektor auswirken, erkannt und verhindert werden (vgl. Harle, 2006:1).

HIV/AIDS verändert die Nachfrage nach Bildung. Die Anzahl der Kinder, die es auszubilden gilt, bzw. die in der Lage sind eine Ausbildung zu erhalten, sinkt. Darüber hinaus sind immer weniger Kinder in der Lage ihre Ausbildung abzuschließen (vgl. Kelly, 1999:3f.). Gesamtgesellschaftlich betrachtet führt dies zukünftig zu einer sinkenden Anzahl an gut ausgebildeten ArbeitnehmerInnen (vgl. Arndt and Wobst, 2002:4). HIV/AIDS beeinträchtigt aber durch die steigende Mortalitätsrate sowie die reduzierte Produktivität kranker LehrerInnen, InspektorInnen und Angestellten im Bildungssektor auch das Bildungsangebot⁶².

⁶² Häufig wird vergessen den Einfluss der Epidemie auch auf administrativer Ebene aufzuzeigen und nicht nur die Auswirkungen von HIV/AIDS auf LehrerInnen zu thematisieren. Schließlich wird auch den Arbeitskräften in den Ministerien durch den Tod von Lehrkräften bzw. deren Abwesenheit viel an zusätzlicher Arbeit aufgebürdet, was häufig dazu führt, dass andere Aufgabenbereiche vernachlässigt werden. Außerdem leiden auch in den Ministerien viele Menschen an HIV/AIDS, was ebenso große Auswirkungen auf den Bildungssektor als Ganzes hat und es erschwert die Bildungsziele zu erreichen (vgl. Harle, 2006:16; vgl. Arndt and Wobst, 2002:4).

Auch die Verfügbarkeit der Ressourcen wird aufgrund der sinkenden Familieneinkommen bzw. der steigenden Ausgaben für medizinische Versorgung auf privater Ebene verringert. Auf öffentlicher Ebene sinken die Finanzmittel aufgrund von geringeren Staatseinnahmen sowie sinkender präventiver Allokationen für den Gesundheitssektor und HIV/AIDS-Interventionen. Darüber hinaus müssen trotz Krankheitsausfall die Gehälter der Kranken weiterhin bezahlt werden und gleichzeitig schwinden die Hilfeleistungen der Gemeinden aufgrund des Verlusts aktiver Gemeindemitglieder (vgl. Kelly, 1999:3f.).

„It is possible that the education system could function reasonably well at a reduced rate. With reduced supply and reduced demand, supply might be adequate to cope with current demand. However, this is unlikely. It is much more likely that demand constraints bind in some areas and supply constraints in others leaving the system to operate well below potential capacity“ (Arndt and Wobst, 2002:4).

HIV/AIDS wirkt sich negativ auf das potentielle Bildungsklientel aus, da es immer mehr Waisen gibt und diese oftmals, ebenso wie arme (Straßen-)Kinder, arbeiten gehen müssen, um ihr Überleben und eventuell auch das ihrer (jüngeren) Geschwister zu sichern. Darüber hinaus darf nicht vergessen werden, welche große Belastung die Versorgung von Waisen auch für die Großfamilien und öffentlichen Wohlfahrtseinrichtungen darstellt.

Die Epidemie hat auch Auswirkungen auf den Bildungsprozess, da der Unterricht aufgrund der Infektion/Erkrankung von Lehrkräften bzw. dessen Familien unbeständig ist und SchülerInnen von betroffenen Familien dem Unterricht nur unregelmäßig beiwohnen. HIV/AIDS wirkt sich darüber hinaus auch auf den Lehrinhalt aus, da die Notwendigkeit der Inklusion von HIV/AIDS-bezogener Bildung in den Lehrplan wächst, um das erforderliche Wissen, die Fähigkeiten und Einstellungen weiterzugeben, um sicheres Sexualverhalten zu bewerben (siehe Kapitel 6). Auch das rechtzeitige Erlernen von lebenswichtigen Fähigkeiten ist laut Kelly (1999:4) unerlässlich, da immer mehr junge Menschen frühzeitig die Schule verlassen und trotzdem auf gesellschaftlichen Druck so wie den richtigen Umgang mit schlechten Erfahrungen vorbereitet werden müssen.

“I think that the education sector has to show that it cares about social problems. It’s part of the overall fact that school is an institution that is supposed to stand for the values of whatever society you live in and therefore with HIV and AIDS, like with other things, there has to be some kind of commitment”“

- Dr. Alexandra Draxler, Education specialist, former UNESCO Focal Point for HIV and AIDS (zitiert nach Holt, 2007:10).

Das tansanische Schulsystem muss sich vielen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Epidemie stellen – Armutsbekämpfung ist hierbei ein wesentlicher Faktor. Armut steht nämlich in engem Zusammenhang mit Schulabbrüchen und Hunger, letzterer stellt eine große Gefahr für Kinder in ARTs dar.

Natürlich können sich mangel- oder unterernährte Kinder auch schwerer konzentrieren als gesunde Kinder. Daher ist es wichtig auch diesem Aspekt mehr Anerkennung entgegen zu bringen und eine Mahlzeit pro Tag für bedürftige Kinder in Schulen zu sichern. Armut limitiert den Zugang zu Bildung. Oftmals auch aufgrund fehlender Mittel für Schuluniformen und Bücher. Deshalb fordert die UNESCO dazu auf, einen Teil der vorhandenen Ressourcen dafür aufzuwenden, bedürftigen Kindern Uniformen, Schuhe und Schreibwaren zur Verfügung zu stellen (vgl. UNESCO, 2008:19).

Ein Bub in Dar es Salaam erzählte von den Problemen, die durch mangelndes Geld für Uniformen entstehen:

„I don't have the school sweater and sports clothes and my mother can't afford to buy them for me because they are very expensive. This means I fail the subject of sports because every time I go to sports, the teacher cuts my marks and at the end of the day I fail. And they don't want to see any student wearing a sweater that is not the school uniform and if it is the cold season or I have a chest infection, I get problems“ (zitiert nach UNESCO, 2008:19).

Aber auch auf institutioneller Ebene wirkt sich Armut drastisch aus. Aufgrund der schlechten Vorbereitung in den Primarschulen⁶³, gehen heute ca. 50% aller SchülerInnen in urbanen Zentren zur Nachhilfe, um ausreichend auf die Sekundarschulen vorbereitet zu sein (vgl. Osaki, 2000:10).

„There is research evidence that the majority of children do not gain much academically by being in primary schools for seven years. They exit the system with very little knowledge and with weak skills of reading, writing and counting“ (URT (MoEC), 2001:17).

Durch private Nachhilfestunden wird der niedrige Gehalt der Lehrkräfte aufge bessert⁶⁴. Kinder aus ärmlicheren Verhältnissen können sich diese Extra-Unterrichtsstunden meist nicht leisten und stehen daher unter Druck. Um dieser Ungerechtigkeit zu entgehen, lassen sich viele Mädchen auf „sugar daddies“ (siehe Kapitel 2) ein, was neben psychischen Folgeschäden oftmals auch schwere gesundheitliche Gefahren birgt (z.B. HIV, Syphilis,..). Leider fehlt es auch vielen NGOs, CBOs und FBOs an Geld, um junge Frauen ausreichend zu unterstützen (vgl. UNESCO, 2008:19). Ein 15-jähriges tansanisches Waisenmädchen äußerte sich folgendermaßen zu den sexuellen Beziehungen zu älteren Männern:

„We are tempted to enter love affairs to get money to pay for our school requirements. When a girl is propositioned and life is tough, she cannot refuse“ (zitiert nach UNESCO, 2008:19).

⁶³ Die Mädchen schneiden hierbei meist ein wenig schlechter ab, was oftmals auf deren Arbeit im Haushalt zurückgeführt wird (vgl. URT (MoEC), 2001:17).

⁶⁴ Van den Bergh fand heraus, dass neben Nachhilfestunden auch der Verkauf von Lebensmitteln (oder anderen Dingen) in den Schulen mittlerweile zu einer weit verbreiteten Zusatzverdienstquelle von Lehrkräften gehört (vgl. Bergh, 2008:169).

Die steigende Anzahl junger PLWHA in Tansania stellt das Bildungssystem vor eine große Herausforderung (vgl. UNESCO, 2008:8). Obwohl man weiß, dass Bildung die Möglichkeiten von Kindern und Jugendlichen vergrößert und daher ein Zugang für alle angestrebt wird, wie auch Artikel 1, 3 und 4⁶⁵ der „World Declaration on Education For All“ (1990) betonen, scheint es besonders für PLWHA schwierig dies zu erreichen. Primarschulbildung wird weithin als fundamentales Menschenrecht anerkannt, während Sekundarschulbildung als subsidiäres Recht gilt, dessen breiter Zugang in vielen Ländern, so auch in Tansania, noch nicht erreicht wurde. Aufgrund der Tatsachen, dass Menschen mit Zugang zu Sekundarschulen unter anderem eine höhere Lebensqualität und -erwartung aufweisen und diese Bildungssparte essentiell für die Wissenschaft, Technik und viele ökonomische Bereiche ist, sollte es laut Harle (2006:2) Tansanias Regierung ein großes Anliegen sein, den Zugang dazu zu vergrößern.

Vieles muss in Tansania noch getan werden, um die verschiedenen verabschiedeten Ziele (MDGs, EFA) zu erreichen. Es bedarf einer Verbesserung der Bildungsqualität⁶⁶ und nicht so sehr spezifischen HIV/AIDS-Interventionen, um die Epidemie zu bekämpfen. Durch höhere Qualität wird der Bildungssektor besser dazu in der Lage sein junge Menschen auszubilden, welche die Fähigkeiten und Möglichkeiten besitzen Tansanias Entwicklung fortzusetzen und das Erbe der Epidemie hinter sich zu lassen (vgl. Harle, 2006:18).

“I think we have to look what quality means from a much more critical point of view. Passing is not the only measure. (...) I feel that quality should be rated for life, I believe that learning is for life and not for school” (Björkdahl and Lundqvist, 2006:30).

⁶⁵ Artikel 1: „Every person shall be able to benefit from educational opportunities designed to meet their basic learning needs. These needs comprise both essential learning tools (such as literacy, oral expression, numeracy, and problem solving) and the basic learning content (such as knowledge, skills, values, and attitudes) required by human beings to be able to survive, to develop their full capacities, to live and work in dignity, to participate fully in development, to improve the quality of their lives, to make informed decisions, and to continue learning“.

Artikel 3: „Basic education should be provided to all children, youth and adults. To this end, basic education services of quality should be expanded and consistent measures must be taken to reduce disparities“.

Artikel 4: „Whether or not expanded educational opportunities will translate into meaningful development - for an individual or for society - depends ultimately on whether people actually learn as a result of those opportunities, i.e., whether they incorporate useful knowledge, reasoning ability, skills, and values“ (UNESCO, 1990:3ff.).

⁶⁶ Unter Qualitätsverbesserungen versteht Harle eine steigende Anzahl an Lehrkräften, mehr finanzielle und professionelle Unterstützung derselbigen, Sicherstellung von mehr Ressourcen, Investitionen in bessere Schulgebäude und Materialien um den Erfolg und die Abschlussraten zu erhöhen, geringere Anzahl von SchülerInnen pro Lehrkraft in den Klassen, mehr Anerkennung für Bildung, größere Unterstützung durch Familien und Gemeinschaften (vgl. Harle, 2006:18).

Laut UNESCO (2008:8) gibt die Pandemie der Bildung neue Funktionen. Zukünftig werden Schulen nicht mehr nur die SchülerInnen auf das spätere Leben vorbereiten, sondern darüber hinaus auch als Orte der Pflege, Behandlung und Unterstützung für Betroffene agieren. Auch Kelly (1999:14) meint, dass Schulen zukünftig über den Tellerrand blicken müssen und sich auch verstärkt nicht-akademischen Arbeiten widmen sollten, da Artikel 26 der „United Nations Declaration on Human Rights“ die volle Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit verspricht, was psychosoziale Betreuung und –beratung miteinschließt. Sie sollen als multifunktionale Verteilungszentren für Mitteilungen über HIV/AIDS agieren und Wohlfahrtsinstitutionen sein, Lehrkräfte sollen fortan auch eine BeraterInnenrolle wahrnehmen.

Es wäre wünschenswert die Entfernung der Familien zu den Schulen zukünftig zu verringern, um vor allem auch Kindern und Jugendlichen, die dem normalen Schulbesuch nicht folgen können, eine Chance auf Bildung zu geben. Darüber hinaus muss auch auf Planungsebene einiges geschehen, um auf mögliche Personalverluste vorbereitet zu sein. Die Schaffung interner, spezifischer sektoraler Informationssysteme wäre daher sinnvoll. Kosteneffektiveres Finanzmanagement muss auf allen Ebenen durchgesetzt werden, ebenso wie ein sensiblerer Umgang mit menschenrechtlichen Fragen (vgl. Kelly, 1999:5f.).

Obwohl das tansanische MoEVT offiziell meint, dass es HIV/AIDS in seinen Strukturen und Plänen einen Vorrang eingeräumt habe, so zeigen Studien⁶⁷, dass dennoch weiterhin grobe Mängel bestehen. Während MinisterInnen verkünden, dass die Lehrpläne zeitgemäß und ausreichend in Bezug auf Prävention, Milderung und Frühwarnungen seien, behaupten viele andere innerhalb und außerhalb des MoEVT, dass ein ausreichendes Training der Lehrkräfte fehlen würde, ebenso wie ein lehrplanbasierter Unterricht über sexuelle und reproduktive Gesundheit. Eine Studie der UNESCO kam zu dem Schluss, dass eine Verleugnung der Probleme auf Schulebene auch heute noch üblich ist und die Bedürfnisse der Betroffenen bisher zu unpersönlich und inkompetent gehandhabt wurden (vgl. UNESCO, 2008:5).

⁶⁷ Das langfristige Ziel des MoEVT ist ein Paradigmenwechsel, welcher Schulen fortan nicht mehr nur als Stätten des Wissenstransfers ansieht, sondern diese als Orte wahrnimmt, wo junge, verantwortungsbewusste und kritisch denkende Menschen auf die sie erwartenden Herausforderungen des Lebens bestmöglich vorbereitet werden. Dies schließt auch die Aufklärung über HIV/AIDS und sexuelle Gesundheit mitein. Die vom MoEVT und anderen Gebern finanzierte Intervention PASHA (Prevention and Awareness at Schools of HIV/AIDS) unterstützt die Etablierung von Schulberatungsstellen, sowie die Förderung von „peer education“. Eine Studie aus dem Jahr 2001 zeigt, dass die geplanten Interventionen nur unzureichend, falsch oder gar nicht umgesetzt wurden (vgl. Coppard, 2008:40ff.).

5.3.1. Die Situation der SchülerInnen

5.3.1.1. Die Einschulung

Es war das Ziel der tansanischen Regierung bis 2004 alle 7-Jährigen in Primarschulen einzuschulen. Dies wurde 2006 lediglich in drei Regionen (Kilimanjaro, Mara und Mwanza) des Landes erreicht. Trotz steigender NER und GER in den Schulstufen I-VII, gab es 2006 trotzdem noch 274.801 Kinder im schulpflichtigen Alter, welche nicht eingeschult wurden. (vgl. Carlitz and Rajani, 2007:4)⁶⁸.

Darüber hinaus wurde bisher nur eine verschwindend geringe Anzahl der schulpflichtigen Kinder mit besonderen Bedürfnissen eingeschult (2-3%) (vgl. Carlitz and Rajani, 2007:6).

Doch warum stellt die Einschulung immer noch ein Problem dar? Manchmal ist das Verständnis der Eltern für die Wichtigkeit von Bildung noch nicht ausreichend vorhanden, was zu gar keiner bzw. einer verspäteten Einschulung der Kinder führt. Die spätere Einschulung, gepaart mit der frühen sexuellen Aktivität vieler junger Menschen, führt wiederum zu frühen Schwangerschaften, welche oft in hohen Drop-Out Raten resultieren (vgl. URT (MoEC), 2001:16). Sehr häufig plädieren Eltern dafür, zuerst die älteren Kinder einzuschulen, da sie 7-Jährige noch als zu jung erachten. Häufig ist auch die große Distanz zwischen der Schule und dem zu Hause ausschlaggebend, welche von Kindern dieses Alters nur sehr schwierig überwunden werden kann (vgl. Sumra, 2003:3).

Trotz der Abschaffung der Schulgebühren gab/gibt es immer noch eine Menge anderer Kosten, die den Menschen Sorgen bereiten, wie z.B.: Anschaffung der Schuluniform (17.000-26.000 Tsh), sowie der Schulmaterialien (7.000-15.000 Tsh) und anderer besonderer Abgaben (z.B. für den Schulkoch oder Sicherheitspersonal usw.) (vgl. Davén, 2008:11ff.).

Die dreifache Mutter Yolanda Mbele äußerte sich mir gegenüber folgendermaßen dazu:

„Affording school uniforms is a big burden for many families. I have three children and it is impossible for me to pay them every year new uniforms, so every year I just buy only one and pass the old ones on to the younger children. I wash them and I patch them but of course everyone can see that they are old ones. I feel really sorry for my children. I think they are ashamed, even though they don't show me that. I know why the Government introduced school uniforms but I am not sure if it would not be better to change this rule for the sake of so many families“.

Es herrscht bei den Eltern oftmals große Unklarheit darüber, was sie zu bezahlen haben und was nicht. Einerseits hören sie den Präsidenten sagen, alle Gebühren wären abgeschafft, andererseits werden trotzdem immer wieder Zahlungen von ihnen verlangt (vgl. Sumra, 2003:5).

⁶⁸ Schools and Health sprach hierbei nur von 143.000 nichteingeschulten Kindern (vgl. Schools&Health, 2010).

All jene Familien, die diese Ausgaben nicht sofort auf einmal bezahlen können, haben die Möglichkeit gemeinsam mit dem/der SchuldirektorIn einen Finanzplan zu erstellen. Dies ist sehr ratsam, da genügend Familien davon berichten, dass Kinder, deren Eltern dies nicht tun, einfach nach Hause geschickt werden und somit dem Unterricht nicht mehr folgen können. Die Angaben hierzu variieren jedoch sehr stark, es scheint diesbezüglich keine klaren Regelungen zu geben. Eines ist jedoch klar: wird ein armes Kind nach Hause geschickt, so fällt es diesem, aufgrund der fehlenden Unterrichtsstunden, schwer die Abschlussprüfungen zu bestehen bzw. weiterhin motiviert zu bleiben (vgl. Davén, 2008:11-15).

Durch HIV/AIDS ist die weltweite Anzahl an Waisen-Schulkindern enorm angestiegen. Derzeitige Schätzungen gehen von 18,1-27,3 Millionen Waisen (jeglicher Ursachen) bis 2025 in ganz Afrika aus (vgl. UNAIDS, 2005:190). 2007 verzeichnete Tansania 2.600 000 Waisenkinder (0-17 Jahre), darunter 970.000 AIDS-Waisen (vgl. UNICEF n.d.). Da die Anzahl der Waisen eine relativ große Anzahl ausmacht und diese als besonders vulnerable Gruppe gelten, konzentrieren sich viele politische Maßnahmen und Papiere auf sie. Einige ExpertInnen argumentieren, dies wäre falsch, da alle Kinder aus ärmlichen Verhältnissen bereits als vulnerabel gelten und weitere Spezifizierungen daher nicht notwendig sind. Während manche ExpertInnen⁶⁹ der Meinung sind, dass Waisen seltener eingeschult werden (vgl. UNAIDS, 2001:14), sind andere⁷⁰ entgegengesetzter Ansicht.

Es kann generell gesagt werden, dass die Primarschulausbildung in Tansania heute weder kostenlos ist, noch allen Kindern tatsächlich frei steht (vgl. Davén, 2008:ii).

⁶⁹ Eine Studie, welche im Norden Tansanias durchgeführt wurde, beschreibt, dass der Waisenstatus durchaus starke Auswirkungen auf die Einschulung hat, besonders wenn die Mutter stirbt, da deren Arbeit meist innerhalb der Familie ersetzt werden muss. Einschulungen wurden aufgrund des Waisenstatus jedoch nicht generell verhindert, oftmals kommt es nur zu Verzögerungen derselben. Dies wiederum wirkt sich jedoch auf die spätere Einschulung in Sekundarschulen aus, da bei Kindern, welche verspätet die Primarschule besuchen, die Chance auf weiterführende Bildung im Allgemeinen geringer ist. Insgesamt betrachtet spielt nicht nur der Tod der Eltern(-teile) eine entscheidende Rolle was die Bildungschancen der Kinder betrifft, sondern vor allem auch der Reichtum der Familie. Denn in reicheren Haushalten kann die finanzielle Lücke, die durch den Tod von ein oder zwei Personen entstanden ist, leichter gefüllt werden und die Chancen auf Bildung sind dadurch um vieles größer als in ärmeren Haushalten. Die Studie betont jedoch, dass es alles in allem sinnvoller ist, das Schulsystem generell zu sanieren und die Qualität desselbigen so zu erhöhen, anstatt sich lediglich auf die vulnerablen Kinder zu konzentrieren, da niemandem geholfen würde, wenn zwar mehr Kinder eingeschult werden, diese jedoch aufgrund fehlender Ressourcen und Unterstützung die Ausbildung womöglich gar nicht, bzw. mit schlechter Qualität abschließen könnten (vgl. Harle, 2006:9).

⁷⁰Ainsworth und Filmer untersuchten in 28 Staaten, inwieweit Waisen weniger häufig in Primarschulen eingeschult werden als Kinder, deren Eltern noch leben und kamen zu dem verblüffenden Ergebnis, dass der Waisenstatus keinen Unterschied mehr bzgl. der Einschulung zwischen armen Kindern und armen (Voll-)Waisen macht. Trotz allem bleibt jedoch noch ein großer Unterschied zwischen armen und nicht-armen Kindern bestehen (vgl. Ainsworth and Filmer, 2002:18ff.).

Der Zugang zu Sekundarschulen stellt ebenfalls noch eine große Hürde dar. So betrug die GER zwischen 2003 und 2008 bei Mädchen und Buben nur 6% bzw. 7%, die NER im selben Zeitraum nur 20% bzw. 22% (vgl. UNICEF n.d.). Als positiv zu verzeichnen ist jedoch die Tatsache, dass innerhalb der Kinder eine Geschlechtergleichheit so gut wie hergestellt werden konnte. Die Anzahl der eingeschulten Mädchen und Buben gleicht sich immer mehr an, der Unterschied liegt bei nur ca. 1%. Die einzigen Gründe weshalb Mädchen immer noch seltener eingeschult werden liegen darin, dass diese im Haushalt meist wichtigere Stützen sind und oftmals auch bereits einem Mann versprochen wurden. Außerdem wird häufig befürchtet, die Mädchen könnten während ihrer Schulzeit schwanger werden (vgl. Björkdahl and Lundqvist, 2006:26).

5.3.1.2. Der Schulunterricht

Der Unterricht in Tansania zeichnet sich im Wesentlichen durch Frontalunterricht des Lehrpersonals und keinerlei kreative Anteilnahme seitens der SchülerInnen aus. Mtavangu von der TTU meinte bezüglich der Interaktion: „dialogue is impossible and one of the major challenges“ (Björkdahl and Lundqvist, 2006:26). Die Qualität des Unterrichts ist schlecht, da sich das Unterrichten durch eine starke Zentrierung auf den Lehrer/die Lehrerin auszeichnet und auch die Verwendung von Büchern nur unzureichend ist. Die Kinder sind bloß passive EmpfängerInnen von Bildung (vgl. Carlitz and Rajani, 2007:14). Paulo Freire beanstandete diese Form der SchülerInnen-LehrerInnen-Verhältnisse, welche er als „Bankiers-Konzept“⁷¹ bezeichnete und forderte die Einführung einer humaneren, liberaleren Erziehung (z.B. durch Gruppenarbeiten), um den jungen Menschen produktiveres Lernen zu ermöglichen (vgl. Freire, 1971:57).

Das gängige Lehrverfahren in Tansania behindert die jungen Menschen eigenständig Erkenntnisse zu erlangen. Das Auswendiglernen, die Abhängigkeitsmentalität (welche sich laut Kilindo aus den Erfahrungen während des Kolonialismus speist), als auch der Druck der Eltern und Lehrkräfte hemmen die Freude am Lernen und verhindern die freie geistige Entfaltung der SchülerInnen. Es geht in tansanischen Schulen leider oftmals weniger um die Ausbildung kritischer junger Menschen, als um das Erlernen von Gehorsam (vgl. Kilindo, 2007:30f.).

⁷¹ Er verglich die schulische Erziehung mit einer „Spareinlage“, die von den Lehrkräften als „AnlegerInnen“ in die SchülerInnen „eingezahlt“ wird. Daraus erhofft man sich einen zukünftigen Nutzen für die Gesellschaft, indem die SchülerInnen alles, was sie erlernt haben später sinnvoll verwerten können. Die SchülerInnen werden hierbei als „leere Behälter“ wahrgenommen, die von den LehrerInnen „gefüllt“ werden. Das Sammeln und Katalogisieren von Informationen ist hierbei die einzige Aufgabe der SchülerInnen. Je williger die diese sind sich füllen zu lassen, desto bessere SchülerInnen sind sie laut diesem Konzept (vgl. Freire, 1971:57).

Da im Schnitt nur ca. 30-50% der besten SchülerInnen des stets einsichtigen „rankings“ innerhalb der Klassen die Examen bestehen und damit in die nächsthöhere Klasse aufsteigen dürfen, herrscht ein ständiger Leistungsdruck. All jene, die diesem nicht standhalten können und die Examen nicht bestehen, als auch Schwangere, werden vom Schulaufstieg ausgeschlossen (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:95).

„So bleiben für viele Schüler die Verheißungen der Schule uneinlösbar, mit Hilfe des modernen kulturellen Kapitals der Schulbildung die Armut zu überwinden. Tansanische Schulen betreiben eher eine Auslese als eine individuelle Förderung der Kinder“
(Jockenhövel-Schiecke, 2008:96).

Bis zum Jahr 2006 war es nicht gelungen sicherzustellen, dass alle Kinder die letzte Schulklasse der Primarschulen abschließen (ca. 20% waren davon ausgenommen). Auch die hohe Drop-Out Rate stellt ein großes Problem dar, denn trotz des bis 2006 angepeilten Ziels, diese unter 3% zu senken, gelang dies nicht (vgl. Carlitz and Rajani, 2007:14).

Die Primarschulen sind mittlerweile bereits zu akademisch aufgebaut, was bedeuten soll, dass das Bestehen des Abschlusstests das Wesentliche, nämlich das Lernen lebensnotwendiger Dinge, abgelöst hat. Es wird befürchtet, dass dieses Bewusstsein zu einem Abwandern in urbane Gebiete führen wird, da man sich nur dort die besten Chancen für sein weiteres Leben vorstellen kann. Dies wiederum wird zu einem infrastrukturellen Problem werden (vgl. Björkdahl and Lundqvist, 2006:26-33).

„I believe that the most important thing for improving the quality is to review the curriculum. It should be reviewed so that it becomes relevant in that sense to gear competence building. Those competences should go beyond the major writing, reading and numerous skills. It has to prepare the learner to become self confidence in thinking, with the kind of orientation that prepares one to be a creative learner, a problem solver and of course a good citizen“
(Björkdahl and Lundqvist, 2006:33).

Ein weiteres Problem des Unterrichts besteht in den strikt vorgegebenen, unflexiblen Lehrplänen. Ein Lehrer äußerte sich hierzu wie folgt:

“(…) actually we as teachers are not participating so much in the planning, because the syllabus is set from above. We just receive it and do what we are told. It is all centralized”
(zitiert nach Björkdahl and Lundqvist, 2006:27).

Gewalt ist ebenso ein zusätzliches Merkmal des tansanischen Schulsystems. Schläge⁷² sind üblich und dienen der Disziplinierung der Kinder. Eine baldige Abkehr hiervon scheint leider unrealistisch (vgl. Kilindo, 2007:30f.). Dies bestätigte mir auch ein 16-jähriges Mädchen:

⁷² „According to the National Education (*Corporal Punishment*) regulations, 1979, corporal punishment is supposed to be used for serious offences only under the supervision or delegation of the school Head Teacher. The maximum number of strokes is not more than 6 at any one occasion. The amount of strokes was further

„There doesn't have to be one particular reason. You cannot tell when or why it is going to happen. It depends on the teacher and his mood“.

Die ständige Anwesenheit des Stockes vermindert die Lernbereitschaft und erhöht die Angst unter den SchülerInnen. Das oftmals häufige Wechseln von Regeln, die durch die Willkür der Lehrkräfte gesetzt werden, und das Anpassen an selbige verhindert die Konzentration der SchülerInnen auf das Lernen (vgl. Kilindo, 2007:30f.; vgl. Ingall et al, 2007:492).

Das Schlagen wirkt sich natürlich auch negativ auf das Vertrauensverhältnis zwischen LehrerInnen und SchülerInnen aus und verhindert dadurch sicherlich auch zu einem Teil einen offeneren Umgang mit HIV/AIDS und Sexualität – wer würde sich denn schon gerne einer Lehrkraft anvertrauen, die ihn/sie letzte Woche noch geschlagen und gedemütigt hat? Es wäre daher wichtig die Anzahl der SchülerInnen zu reduzieren, um den LehrerInnen einen Teil der Last abzunehmen. Auch angemessenes „teacher training“ wäre hilfreich, um den Lehrkräften andere pädagogische Methoden zur Verfügung zu stellen, um mit schwierigen Situationen adäquat umgehen zu können (vgl. Bastien, 2005:101f.; vgl. Ingall et al, 2007:493). Das dies dringend notwendig wäre stellte sich bei meinem Interview mit einem 47-jährigen Lehrer aus Magagura heraus, der meinte:

„I don't think it is good to beat children, but sometimes I don't know how to control the students anymore. One teacher has to look after so many students in one class – it is just too much to handle“.

Auch Bastien (2005:100) machte diese Erfahrung mehrfach. In Tansania ist das Tragen von Schuluniformen in öffentlichen Primarschulen normal. In den meisten Fällen führt es nicht zum Ausschluss aus dem Unterricht, wenn Kinder einmal nicht in Schuluniform erscheinen (können), doch scheint es Gang und Gäbe zu sein, dass jene, die keine anhaben, vor allen anderen SchülerInnen von ihren LehrerInnen immer noch geschlagen und gedemütigt werden (vgl. Davén, 2008:15).

„Verschiedene Methoden der Lehrer, wie z.B. die Prügelstrafe, stellen Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit jedes Einzelnen dar und gleichen den Bedingungen in einem militärischen Lager. Außerdem widersprechen diese Maßnahmen den geltenden Konventionen, wie z.B. der UN-Kinderrechtskonvention, in der man sich explizit zur Erziehung und Bildung von Kindern und Jugendlichen äußert“ (Kilindo, 2007:30f.).

Während der Primarschulunterricht Tansanias auf Swahili abgehalten wird und somit einer breiten Masse Erkenntnisgewinnung möglich macht, ist Englisch die dominierende Sprache der Sekundarschulen und höheren Bildungseinrichtungen.

reduced to four in a directive. However, in practice use of corporal punishment is common or used excessively” (Nsemwa and Songora, 2006:7).

Aufgrunddessen kommt es häufig zu Missverständnissen oder Lernproblemen, da die SchülerInnen in einer Sprache lernen müssen, die nicht ihre Muttersprache ist. Durch die Überforderung mit dem Sprachwechsel sinkt auch die Anzahl der Einschulungen in Sekundarschulen (vgl. Kilindo, 2007:8).

Viele BefürworterInnen dieses Schulsystems argumentieren damit, dass afrikanische Sprachen dafür einfach noch nicht ausgereift seien⁷³, wogegen Michael Folang Dementi erhebt. Er meint, dass die Einführung afrikanischer Sprachen ins Bildungswesen zu einer stärkeren Verwurzelung mit der eigenen Kultur und einem tieferen Verständnis derselben führen würde. Auch die Sprachbarriere, welche vor allem für die ärmliche, ländliche Bevölkerung ein Hindernis auf dem Bildungsweg nach oben darstellt, würde somit wegfallen und einen wichtigen Schritt in Richtung Ausgleich der Bildungsniveaus bedeuten. Darüber hinaus kann es nur durch die Weiterentwicklung von „endogenem Wissen“ zu tatsächlichem Fortschritt kommen (vgl. Folang, 1999:35). Doch die Emanzipation der Bevölkerung und die Entwicklung des Landes scheinen nicht im Interesse der Bildungselite Tansanias zu liegen, wie Lydia Kilindo vermutet (vgl. Kilindo, 2007:28). Eine „Afrikanisierung“ des Bildungsmodells habe nur ansatzweise stattgefunden, das gegenwärtige Schulmodell orientiere sich oftmals noch zu sehr an westlichen Kriterien, da das Ziel verfolgt werde dem Westen in seiner Entwicklung nachzustreben (vgl. Kilindo, 2007:32).

„Das Bildungssystem, so wie es gegenwärtig existiert, unterstützt nicht die Interessen der Bevölkerung, die größtenteils vom Ackerbau lebt und demnach noch stark mit der Natur und ihren Bräuchen verwurzelt ist. Es fehlt eine Verbindung zwischen der Schule und seinem Volk. Die Schule ist nicht integraler Bestandteil der Gesellschaft und nicht bereit, politische Bildungsarbeit zu leisten, um gesellschaftsverändernde Prozesse in Gang zu bringen. Dies unterstützt, im Interesse der westlichen Welt, die Entwicklung einer schulischen Elite, die sich von der übrigen Bevölkerung entfremdet und diese unterdrückt, da die leitenden Positionen von ihnen besetzt werden“ (Kilindo, 2007:31).

Insgesamt betrachtet sind Kinder aus ländlichen Gebieten meist schlechter gestellt. Sie haben meist weniger Unterstützung durch ihre Eltern ihren Bildungsweg fortzusetzen, da er ihren Lebensumständen oftmals diametral gegenübersteht und Bildung nicht so relevant erscheint (vgl. THE WORLD BANK, 2008:10).

⁷³ Vielerorts wird Englisch in Tansania mit Erfolg gleichgesetzt. Schilder wie: „Good English = Good Performance“ oder „Our language here is English“ zeigen deutlich die Wichtigkeit dessen (vgl. Bastien, 2005:90).

5.3.1.3. Die Situation von OVC

„Children without adult support and care are placed in positions of greater vulnerability and may be exposed to neglect and abuse: education is an environment in which children should not only be safe and protected, but where they are given the skills and the knowledge to prepare themselves for successful futures“ (Harle, 2006:7).

Es wird geschätzt dass 2010 mehr als 18 Millionen Kinder in Subsahara-Afrika einen oder beide Elternteile aufgrund von AIDS verloren haben. Trotz dieser erschreckend hohen Zahl muss einem bewusst sein, dass dies nur einen Teil der noch größeren Gesamtzahl an Kindern ausmacht, die auf die ein oder andere Art unter der Pandemie leiden (vgl. UNAIDS (IATT), 2004:7).

Im April 2000 wurde der Dakar Framework for Action ‘Education for All’ (EFA) beim World Education Forum verabschiedet, welcher das Hauptziel hatte: “to ensure that all children, particularly girls and children in difficult circumstances and those belonging to ethnic minorities, have access to and complete free and compulsory primary education of good quality” (UNAIDS (IATT), 2004:7). Im Jahr darauf wurde von der United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on HIV/AIDS ein Ziel für OVC ausgesprochen: “to ensure equal rights to education, shelter, health and good nutrition and freedom from abuse, violence and exploitation, discrimination, trafficking and loss of inheritance” (UNAIDS (IATT), 2004:7f.). Im Februar 2004 folgte ein „Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV/AIDS“, dessen Ziel es war OVCs Zugang zu essentiellen Dienstleistungen, inklusive Bildung und Gesundheit zu verschaffen (vgl. UNAIDS (IATT), 2004:8).

HIV-Positive/AIDS-Kranke können oder dürfen dem Schulunterricht heutzutage in vielen Ländern der Welt nicht mehr folgen. Oft aufgrund der Nichtakzeptanz von anderen SchülerInnen, deren Elternteilen oder Lehrkräften, in anderen Fällen aufgrund fehlender Mittel oder durch die Infektion bzw. spätere Erkrankung. Es ist Aufgabe der Bildungsministerien und Lerninstitutionen dafür Sorge zu tragen, dass die Pflege, Diskretion und Beschäftigung von Betroffenen in den Schulen gewährleistet wird (vgl. Kelly, 1999:13). Ich möchte mich nun im folgenden Teil diesen Personen widmen.

2008 lebten geschätzte zwei Millionen Kinder unter 15 Jahren weltweit mit HIV, 90% von ihnen in Subsahara-Afrika. Aufgrund der steigenden Behandlungsmöglichkeiten von Betroffenen, wird die Dringlichkeit HIV-Positive in den Schulen zu unterstützen weiter anwachsen.

HIV-positive Lernende, insbesondere AIDS-Waisen, stehen heute noch oftmals vor vielen Hindernissen, da die meisten (Groß-)Familien HIV-positiver Kinder selbst von HIV/AIDS betroffen sind und daher keine ausreichende Unterstützung bieten können (vgl. UNESCO, 2008:4). Das Zuhause ist für diese Kinder wahrlich nicht jener sichere Hafen, den sie benötigen würden. Durch Armut oder Angst (z.B.: vor sozialer Exklusion oder Ansteckung) werden viele von ihren Eltern schwer vernachlässigt und eine gute Ausbildung für sie nicht mehr als wichtig erachtet. Aufgrund rarer Ressourcen werden bevorzugt jene Kinder gefördert, welche selbst nicht mit dem Virus infiziert sind (vgl. UNESCO, 2008:22). Dabei stellt der Schulbesuch für Kinder und Jugendliche einen wichtigen Bestandteil ihres Lebens dar, durch den sie mit Gleichaltrigen interagieren können und dadurch mehr Wohlbefinden erlangen (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:94).

Da die gesundheitlichen Effekte einer HIV-Infektion sehr schwerwiegend sind und dadurch der Zugang eines Kindes zu Bildung bzw. dessen Bildungserfolg gefährdet werden kann, liegt es im Interesse der Schulen ausreichende Hygiene bzw. Nahrung für Betroffene bereit zu stellen. HIV-positive Kinder riskieren neurologische Schäden, wenn sie nicht behandelt werden, weshalb auch die Bereitstellung von Therapien notwendig ist. Auch die Behandlung sogenannter „opportunistischer Infektionen“, die oftmals mit einer Infektion einhergehen, darf nicht vergessen werden (vgl. UNESCO, 2008:17). Es ist daher wichtig, dass VCT und ART nahe von Schulen erhältlich und kinderfreundlich sind und sich durch ein hohes Maß an Verschwiegenheit auszeichnen. Wenn dies universell gegeben ist, wäre es laut UNESCO (2008:37) ein weiteres Ziel die politischen Regelungen dahingehend zu ändern, dass alle Kinder über 12 Jahren dazu ermutigt werden sich testen zu lassen und dies auch selbstbestimmt tun können.

Auch bei meiner Befragung in Tansania sprachen sich alle Befragten für eine Inkludierung von VCT und gesundheitlichen Einrichtungen an den Schulen aus.

Stigmatisierung und Diskriminierung begleiten HIV-positive Schulkinder in Tansania stets in ihrem Schulalltag. Stigmatisierung wird von den Betroffenen sogar als „tödlicher“ bezeichnet als die Krankheit selbst, weshalb sich viele entschließen ihre Infektion/Krankheit zu verschweigen (vgl. UNESCO, 2008:5). Auch meine eigenen HIV-positiven/AIDS-kranken InterviewpartnerInnen gaben an, mehrfach seit Offenlegung ihrer Infektion/Krankheit Leidtragende von Stigmatisierung und Diskriminierung geworden zu sein.

Oftmals gehen Betroffene deshalb viel zu spät in die Gesundheits- und Beratungseinrichtungen, um sich helfen zu lassen. Anstrengungen des tansanischen Ministeriums, HIV-positive Lernende unter die Gruppe der OVC zu subsumieren (siehe Kapitel 2), um ihnen fortan weitere Stigmatisierungen zu ersparen, machen die Tragweite des Problems deutlich. Leider werden den meisten Kindern, aufgrund einer gescheiterten Politik, ihre persönlichen Rechte auf Privatsphäre und ihren Schutz gegenüber Stigmatisierung und Diskriminierung vorenthalten. Überdies wissen die wenigsten über diese ausreichend Bescheid, um sie einfordern zu können. Die UNESCO geht davon aus, dass diskriminierendes Verhalten aus fehlender umfangreicher Aufklärung über HIV/AIDS bzw. aus dem Versagen, auf die Ängste und Fehlvorstellungen der Menschen einzugehen, resultiert (vgl. UNESCO, 2008:20f.).

Es muss daher auch Aufgabe der Aufklärung an Schulen sein, einen offenen Umgang mit diesem Thema zu fördern (vgl. Kelly, 1999:14).

„Infected pupils/students shall be encouraged through the school regulations to inform the school head or individual teachers in confidence of their condition so that they can be provided with counselling and other support services“ (UNESCO, 2008:12).

Yolanda Mbele, 49 über den Umgang mit HIV/AID-Betroffenen in tansanischen Schulen:

“At first people/schoolmates isolates (sic!) them, bad rumours goes (sic!) around but somehow they manage (sic!) and get used to it and they start mixing again but with caution. I don't think if one is known to be positive if he can easily get employment. It is difficult, it is discrimination”.

In manchen Teilen Tansanias zwingen LehrerInnen HIV-positive Kinder auch dazu „red ribbons“ zu tragen, um sie sichtbar zu kennzeichnen. Ein normaler Schulalltag ist somit nicht mehr möglich. Häufig wurde auch gemeldet, dass das Lehrpersonal den Zugang zur ART der Kinder nicht unterstützte und sie von der Teilnahme am Unterricht ausschloss (vgl. UNESCO, 2008:21).

Da Eltern HIV-positiver Kinder meist selbst stark von Erkrankung betroffen sind und daher nicht in der Lage sind ausreichend für die Kinder zu sorgen, müssen vom Bildungsministerium verstärkt psychologische Beratungsstellen eingerichtet werden, um betroffenen Schulkindern helfen zu können (vgl. UNESCO, 2008:18).

„Wenn Waisen ihr Leben als schwierig beschreiben, begründen sie das mit der Armut der Pflegefamilie, mit zu viel Mitarbeit im Haushalt und zu wenig Zeit für Schularbeiten. Sorge bereitet ihnen auch das Alter und die schlechte Gesundheit der Pflegegroßeltern“ (Jockenhövel-Schiecke, 2008:92).

Das MoEVT behauptet, dass es genügend adäquate Interventionen gäbe, um den Rechten und Bedürfnissen HIV-positiver Lernender gerecht zu werden. Partner, Angestellte und KlientInnen des Bildungssystems hingegen wiederholten mehrfach, dass diese Politiken nicht verbreitet, diskutiert oder übereingestimmt wurden. Auch die Behauptung, dass LehrerInnen und BeraterInnen ausgebildet werden würden, wurde von Lernenden und Lehrenden bestritten und angegeben, dass man wirklich gute Beratung nur in Spitälern und in NGOs bekommt (vgl. UNESCO, 2008:25). Auch die benötigte spezielle Ausbildung der Lehrkräfte für die Unterrichtung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen, sowie die dafür adäquate Ausstattung der Schulen ist bisher in den seltensten Fällen gegeben (vgl. Carlitz and Rajani, 2007:6).

In den Städten stellt sich die Situation für die Waisen besser dar, da relevante große Organisationen dort eher Standorte haben und daher die Rechte der OVC besser gewahrt werden können. Die HIV/AIDS-Abteilung des MoEVT subsumiert die HIV-positiven Lernenden unter die Gruppe der OVC (siehe Kapitel 2), um deren Stigmatisierung zu reduzieren. Man erwartete sich dadurch außerdem steigende Unterstützung durch Gleichaltrige, als auch einen erleichterten Zugang zu Ernährungsprogrammen und anderen Dienstleistungen, die sie ansonsten nur bei Offenlegung ihres HI-Status bekommen würden (vgl. UNESCO, 2008:23f.). Die Schattenseite dieser Subsumierung ist, dass die Kinder dadurch jedoch nicht die regelmäßige medizinische Betreuung bekommen, welche sie aufgrund ihres Gesundheitszustandes benötigen würden (vgl. UNESCO, 2008:24).

5.3.2. Die Situation der LehrerInnen

„Understanding education governance is about understanding the operations, functions and actors involved in the sector and its constituent parts, and the dimensions in which these may be affected“ (Harle, 2006:9).

Daher möchte ich in dieser Arbeit unter anderem untersuchen, unter welchen Rahmenbedingungen die Lehrkräfte in Tansania arbeiten müssen.

Gerade aufgrund der oftmals schlechten Ausstattung von Schulen in Tansania, muss das Augenmerk verstärkt auf die Bereitstellung qualifizierter und motivierter Lehrkräfte gelegt werden, denn:

„Due to lack of teacher’s guides and essential texts, invariably, teachers are the key source of knowledge, skills, wisdom, appropriate orientations, inspiration and models for the students. As a consequence, the teacher is central in facilitating the processes that lead to meaningful education and pupils’ learning outcomes are affected by teacher quality“ (Komba and Nkumbi, 2008:68).

5.3.2.1. Die Ausbildung und Anstellung

Während es von 1988 bis 1997 einen stetigen Anstieg von Lehrkräften in Tansania gab, so brach dieser Trend 1998 und 1999 ab. Im Jahr 2000 stieg die Anzahl erneut, blieb jedoch dennoch hinter den absoluten Zahlen von 1997 zurück. Abnehmende Ausgaben können laut Arndt und Wobst nicht als Ursache für die sinkende Lehrerzahl in den 1990er Jahren angesehen werden, da die Realausgaben für den Bildungssektor sogar stetig gewachsen sind (vgl. Arndt and Wobst, 2002:19f.). Es kam zwar sukzessive seit 2002 zu einer enormen Aufstockung des Lehrpersonals, doch ist dies immer noch unzureichend hinsichtlich der 9.088.292 neuen PrimarschülerInnen, die für 2015 erwartet werden. Um das LehrerInnen-SchülerInnen-Verhältnis (TPR⁷⁴) zu senken und somit die Unterrichtsqualität zu erhöhen, wurde 2007 errechnet, dass noch ca. 210.000 LehrerInnen benötigt werden, um diesen Ansturm bewältigen zu können⁷⁵ (vgl. Carlitz and Rajani, 2007:7ff.).

2006 wurde geschätzt, dass allein 45.000 neue ausgebildete Lehrkräfte in Tansania benötigt werden würden, nur um den Verlust der ca. 100 monatlich an AIDS sterbenden PrimarschullehrerInnen ausgleichen zu können (vgl. ILO, 2004:20). Auch wenn ich keine Daten bzgl. der AIDS-Todesfälle im Sekundarsektor bzw. höherem Bildungssektor habe, so reicht m.A. nach bereits diese Zahl aus um aufzuzeigen, wie sehr der Bildungssektor durch die Epidemie zusätzlich geschwächt wird. Es ist fraglich in wieweit die tansanische Regierung in der Lage sein wird, diesen enormen Bedarf stillen zu können, dessen Deckung durch die Epidemie zusätzlich erschwert wird. Auch der DED fragte 2004 nach der Zukunft der Bildung und den Folgen, die eintreten werden, wenn weniger Lehrkräfte nachrücken als durch AIDS sterben und die Anzahl der SchülerInnen in den Klassen dadurch anwachsen wird (vgl. Wilhelm and Zacher, 2004:3).

Besonders im ländlichen Raum dürfte dies ein großes Problem darstellen, da sich ohnehin viele Lehrkräfte aufgrund langer Transportwege, Isolation, schlechter Wohnbedingungen und mangelhafter Infrastruktur weigern dort zu arbeiten (vgl. UNESCO, 2008:18ff.; vgl. Bennell and Mukyanuzi, 2005:1; THE WORLD BANK, 2008:10). Anreize, die in den 1980er Jahren existierten, um Lehrkräfte verstärkt für die Arbeit in ruralen Gebieten zu motivieren, wo sich immerhin 93% aller Schulen des Landes befinden (vgl. THE WORLD BANK, 2008:97), wurden in den 1990er Jahren abgeschafft (vgl. THE WORLD BANK, 2008:22).

⁷⁴ Die durchschnittliche TPR betrug 2008 durchschnittlich 1:59 und war damit weit von dem angestrebten Verhältnis 1:45 entfernt, wobei es hier innerhalb des Landes große Unterschiede gab (während die TPR in Dar es Salaam 1:53 betrug, so war es bspw. in Kigoma 1:74 und in Kilimanjaro 1:44) (vgl. THE WORLD BANK, 2008:93).

⁷⁵ 2003 ging man noch von einem geschätzten notwendigen PrimarschullehrerInnen-Zuwachs von 63% aus, um bis 2015 UPE in Tansania erreichen zu können (vgl. Nilsson, 2003:12f.).

Vor allem das vorhergesehene „housing“ wurde nie implementiert, weshalb auf dem Land 2008 129.302 Häuser fehlten, um den notwendigen Bedarf für Unterkünfte decken zu können⁷⁶ (vgl. THE WORLD BANK, 2008:97).

„Incentives can be used to encourage teachers to locate in rural areas. Teacher housing is one of the most frequently used incentives and, although it can be expensive to provide, is clearly required in areas where suitable housing is not available for rent. The availability of safe housing is particularly important in encouraging female teachers to locate in rural areas.

Access to housing is necessary, but not sufficient, to ensure that teachers locate in rural schools. Additional incentives in the form of bonus payments or hardship allowances are often paid. However, the impact of financial incentives is often limited by the small scale of the additional payment and poor targeting“ (THE WORLD BANK, 2008:6).

Zusätzlich zur Problematik, dass die Mehrheit der Lehrkräfte sich weigert in ländlichen Gegenden zu unterrichten, insbesondere Frauen sind dort unterdurchschnittlich repräsentiert (vgl. THE WORLD BANK, 2008:12), werden oftmals auch noch von HIV/AIDS-betroffene Lehrkräfte von den ländlichen Gebieten in die Städte versetzt, um somit eine adäquate medizinische Versorgung zu gewährleisten. Dies verstärkt den Graben zwischen Stadt und Land natürlich weiter (vgl. Kelly, 2000:68).

„Health and HIV/AIDS concerns also contribute to teachers' unwillingness to work in rural schools. Living in rural areas often involves poor access to health care. The prevalence of HIV in rural areas and the lack of medical facilities have made rural postings even less attractive to teachers“ (THE WORLD BANK, 2008:4).

In Tansania unterscheidet man offiziell drei verschiedene Arten von LehrerInnen. Die „Grade-A“-LehrerInnen müssen die vierte Klasse der Sekundarschule mit einem Zertifikat beendet haben und danach mindestens zwei Jahre ausgebildet werden, um in Vorschulen oder Primarschulen unterrichten zu dürfen⁷⁷.

⁷⁶ Auch wenn zwischen 1991 und 2004 rund 10.000 Häuser von der Regierung gebaut wurden, so hatten 2005 trotzdem nur rund 27% eine staatlich bereitgestellte Unterkunft, was bedeutet, dass sich die große Mehrheit immer noch selbst um ihre Unterbringung kümmern musste. Jene Lehrkräfte, die keine Unterkunft zur Verfügung gestellt bekommen, leiden meist auch noch unter großen Distanzen zwischen den Schlafstätten und Schulen (vgl. Bennell and Mukyanuzi, 2005:27f.).

⁷⁷ Hierbei muss jedoch gesagt werden, dass mittlerweile viele Lehrkräfte an Primarschulen schlechter ausgebildet sind als dies eigentlich vorgeschrieben wäre. So unterrichten oftmals auch LehrerInnen mit einem Bildungsgrad „B“ oder sogar „C“. Ursprünglich mussten die Lehrkräfte außerdem mindestens die Note 3 beim nationalen Schulabschlussstest haben, diese Qualifikation wurde jedoch auf eine 4 herabgesetzt – vermutlich um rasch genügend Lehrkräfte zu gewinnen. Bis 2002 mussten angehende Lehrkräfte außerdem zwei Jahre in Lehrcolleges zur weiteren Ausbildung verbringen, doch dies wurde aufgrund des PEDP und SEDP (vgl. University of Sussex 2010) mittlerweile auf ein Jahr verkürzt, um mit der wachsenden Anzahl an SchülerInnen zurecht kommen zu können. Dafür müssen sie nun, mit Unterstützung anderer KollegInnen in einem sogenannten „MentorInnen-Programm“, im zweiten Jahr bereits an Schulen erste Lehrerfahrten sammeln, um Lücken im Bildungssystem zu schließen. Dieses scheiterte aber kläglich und kurz zusammengefasst kann gesagt werden, dass diese Umstrukturierung in der Vorbereitung der LehrerInnen auf Kosten der Bildungsqualität von statten ging (vgl. Bennell and Mukyanuzi, 2005:5).

Die „Diplom“-LehrerInnen müssen zwei Jahre lang ein spezielles Kolleg zur LehrerInnenausbildung absolvieren, welches ein fortgeschrittenes Stadium eines Sekundarschulabschlusses darstellt und dazu berechtigt, in eben solchen zu unterrichten. Als letzte Gruppe gibt es noch jene „Degree“-LehrerInnen mit Hochschulabschluss, welche später an Sekundarschulen oder höheren Bildungseinrichtungen arbeiten und dafür 3-4 Jahre ausgebildet werden (vgl. University of Sussex, 2010). Auch wenn offiziell mindestens ein „Grade A“-Abschluss notwendig ist, um als Lehrkraft arbeiten zu dürfen, so bestand laut einem Bericht von HakiElimu aus dem Jahr 2006 trotzdem ein Drittel der Lehrkräfte aus unterqualifizierten Personen, die lediglich den Bildungsgrad B aufwiesen und durchschnittlich bereits 50 Jahre alt waren. Vor allem in ländlichen Gegenden war der Anteil der schlechter Ausgebildeten deutlich höher. Doch auch deren in den nächsten Jahren bevorstehende Pensionierungen werden fatale Auswirkungen auf das System haben, da diese Menschen viele praktische Erfahrungen besitzen und es schwierig werden dürfte diese rasch genug durch geeignete Personen zu ersetzen. Harle meint, dass es keine Lösung wäre nur auf das Ersetzen der älteren Lehrkräfte mit Grad B durch Neuere mit Grad A/Diplom zu warten um qualifiziertes Personal zu bekommen, sondern dass es notwendig wäre, die vorhandenen schlechter Ausgebildeten durch Trainingsprogramme aufzustufen, um deren Erfahrungswerte nicht zu verlieren⁷⁸. Dies würde jedoch zusätzlicher hoher Finanzierungen bedürfen (vgl. Harle, 2006:14).

Es braucht spezielle Schulungen für das Lehrpersonal, um angesichts der zusätzlichen Arbeitsbelastungen durch HIV-positive Kinder und OVCs ausreichend vorbereitet zu sein⁷⁹ und weiterhin motiviert bleiben zu können (vgl. UNESCO, 2008:18). Daher gibt es in Tansania zwei verschiedene Arten der Ausbildungen für Lehrkräfte: das „pre-service training“, welches zukünftige Lehrkräfte ausreichend auf ihre spätere Tätigkeit vorbereitet, als auch das „in-service training“, welches dazu gedacht ist die Qualität bereits praktizierender Lehrkräfte zu erhöhen und ihnen zu helfen durch kurzzeitige Ausbildungen in Seminaren, Workshops, Kursen etc. besser auf Veränderungen reagieren zu können. Diese werden sowohl von öffentlichen, als auch privaten Bildungseinrichtungen angeboten (vgl. Carlitz and Rajani, 2007:7ff.).

⁷⁸ 2005 hätten bspw. 135.318 Lehrkräfte solche Programme benötigt (vgl. Carr-Hill and Ndalichako, 2005:107).

⁷⁹ Um den speziellen Bedürfnissen HIV-positiver Kinder und OVCs, sowie den Anforderungen des Lehrplans gerecht werden zu können und in der Lage zu sein, früh Symptome zu erkennen und den Unterricht entsprechend sensibel zu gestalten, muss verstärkt Aufmerksamkeit auf das Training der Lehrkräfte gerichtet werden (vgl. UNESCO 2008, S.36).

Die Effektivität einer Lehrkraft hängt von seiner/ihrer akademischen und pädagogischen Kompetenz, Effizienz, den Ressourcen, Lehrmethoden sowie der Unterstützung durch andere ab. „Teacher Professional Development“ hilft ihnen dabei neue Techniken und Praktiken kennen zu lernen, als auch die eigene Persönlichkeit zu entwickeln (vgl. Komba and Nkumbi, 2008:70).

„Teacher Professional Development is defined as a process of improving both the teacher’s academic standing as well as -acquisition of greater competence and efficiency in discharging her/his professional obligations in and outside the classroom. This view seems to fit the Tanzanian context“ (Komba and Nkumbi, 2008:70).

Die Mehrheit der befragten Lehrkräfte äußerte sich positiv gegenüber Teacher Professional Development und meinte, dies würde ihnen auf vielfältigste Weise dabei helfen bessere Lehrkräfte zu werden (vgl. Komba and Nkumbi, 2008:74). Auch das tansanische Bildungsinstitut ist sehr an einer Leistungsverbesserung der Lehrkräfte interessiert, weshalb Teacher Professional Development jährlich in den Arbeitsplänen verankert ist (vgl. Komba and Nkumbi, 2008:77).

Während 2006 3.837 LehrerInnen mit Diplom und 7.635 „Grade-A“-LehrerInnen in öffentlichen Trainingseinrichtungen ausgebildet wurden, so waren es 2008 4.784 LehrerInnen mit Diplom und 5.231 „Grade-A“-LehrerInnen, sowie 2009 4.757 LehrerInnen mit Diplom und 6.274 LehrerInnen mit Bildungsgrad „A“. Dies zeigt, dass deutlich mehr „Grade-A“-Lehrkräfte als Diplom-Lehrkräfte ausgebildet werden und dass es bei ersteren zu einem dramatischen Rückgang kam, während die Zahl der Weiterbildungen bei den Diplom-Lehrkräften in den letzten Jahren zunahm bzw. fast gleich blieb. In den privaten Trainingseinrichtungen des Landes kam es hingegen im selben Zeitraum zu einem wesentlich größeren Anstieg der Ausbildungen. Während sich 2006 nur 294 Diplom-Lehrkräfte weiterbilden ließen, so waren es 2009 bereits 553. Auch bei den „Grade-A“-Lehrkräften kam es zu einem enormen Wachstum von 1.595 weitergebildeten Lehrkräften im Jahr 2006 zu 6.956 im Jahr 2009 (vgl. Komba and Nkumbi, 2008:79f.).

Während die Universitäten und LehrerInnenkollegs für eine angemessene Ausbildung der Lehrkräfte und Materialien zuständig sind, ist es die Aufgabe des MoEVT für die politische und finanzielle Unterstützung der Lehrkräfte Sorge zu tragen. Durch gutes Schulmanagement sowie Ratschläge, Supervision, Monitoring und Evaluierungen soll ihnen bei ihren Lehrtätigkeiten geholfen werden. Auch auf die regelmäßigen Fortbildungen der DirektorInnen, welche hierbei als Vorbilder dienen, muss laut Komba und Nkumbi (2008:71f.) geachtet werden.

Teacher Professional Development wurde bisher in Tansania jedoch nur unzureichend unterstützt⁸⁰ und zeichnete sich durch schwache Koordination und zu wenig finanzielle Unterstützung aus (vgl. Komba and Nkumbi, 2008:79f.). Überdies wäre es erstrebenswert HIV-positive Lernende und Lehrkräfte in den Schulen zu „peer educators“ (siehe Kapitel 6) zu machen, welche die SchulberaterInnen mit ihren Erfahrungen unterstützen (vgl. UNESCO 2008, S.36).

„As respected members of their communities, HIV-positive teachers can also play an important role in the community, combating stigma and discrimination“ (PCD; Weltbank, 2008:77).

5.3.2.2. Die Arbeitssituation in den Schulen

1995 hieß es in der tansanischen „Education and Training Policy“:

„(...) teachers have experienced low and irregular salary payments, lack of proper housing, inadequate teaching facilities, low status and limited opportunities for professional development“ (URT (MoEC), 1995:31).

Komba und Nkumbi fanden bei ihren Umfragen in Tansania heraus, dass überfüllte Klassenräume und fehlende Bücher als die beiden größten Herausforderungen der LehrerInnen angesehen werden. Weitere genannte Probleme waren das fehlende Können bestimmte Themen in der Primarschule zu behandeln, Umgang mit Menschen mit besonderen Bedürfnissen und fehlende Pulte (vgl. Komba and Nkumbi, 2008:74).

Björkdahl und Lundqvist schreiben in ihrer Arbeit, dass die Lehrkräfte in Tansania immer noch unter schlimmen Zuständen leiden, da ihre ohnehin schon geringen Gehälter (wirklich gut ausgebildete Personen verdienen im Durchschnitt nur ca. 80 USD im Monat) unregelmäßig und meist verspätet eintreffen. Anthony Mtavangu, ein Mitarbeiter der Tanzania Teachers Union (TTU), betonte hierbei jedoch, dass die Gehälter der Lehrkräfte sich durch die Einführung des PEDP nicht sehr verändert hätten, da diese nicht von den Gemeinden, sondern von der Regierung ausbezahlt würden. Es solle seitens der Regierung verstärkt darauf geachtet werden, dass auch wirklich alle LehrerInnen registriert und amtlich zugelassen seien, sowie eine professionelle Qualifizierung mitbringen (vgl. Björkdahl and Lundqvist, 2006:21-29).

⁸⁰Auch wenn es eines der Hauptziele des PEDP war, „[...] to enable teachers to acquire and develop appropriate pedagogical skills that are academically sound, child friendly, and gender-sensitive“ (zitiert nach Sumra, 2003:4), so scheint dies offensichtlich noch nicht gelungen zu sein.

Im Durchschnitt arbeiten LehrerInnen in Tansania pro Woche offiziell ca. 20 Std. (Stand: 2005), wobei gesagt werden muss, dass der Arbeitsaufwand in ländlichen Gebieten meist höher ist, weshalb dort die Lehrkräfte häufig andere Aktivitäten aus ihrem Aufgabenbereich streichen, was dazu führt dass SchülerInnen oft unbeaufsichtigt sind (vgl. Bennell and Mukyanuzi, 2005:23). Björkdahl und Lundqvist betonen, dass die tansanische Regierung dringend die mangelhaften Arbeitsbedingungen und –unterkünfte der LehrerInnen verbessern müsse (vgl. Björkdahl and Lundqvist, 2006:21). Ein weiteres dringendes Problem ist die trotz starker Verbesserung, immer noch extrem hohe LehrerInnen-SchülerInnen-Rate (TPR)⁸¹.

Bei einem Interview teilte Mtavangu mit:

“The teacher-pupil rate is better now than ten years ago when it was above 1:80” (Björkdahl and Lundqvist, 2006:25).

Zusätzlich leiden die Lehrkräfte auch verstärkt unter HIV/AIDS, entweder sind sie selbst oder deren Familien direkt betroffen, oder sie haben im Schulalltag mit diesen Problemen zu kämpfen (vgl. Björkdahl and Lundqvist, 2006:24-28). Lange Abwesenheit oder Todesfälle aufgrund von AIDS unter dem Lehrpersonal veranlassen manche Schulen bspw. dazu, mehrere Klassen zusammenzufassen, was zu einer unangemessen großen Anzahl an SchülerInnen pro Lehrkraft führt. Oftmals müssen auch Bildungsprogramme aufgrund des Ausfalls durch HIV/AIDS unterbrochen werden, wodurch die Qualität des Unterrichts leidet und dadurch zu guter letzt auch die Qualität des Humankapitals, das dem Staat Tansania zur Verfügung steht (vgl. Kakoko, 2006:6f.). Ein weiteres Problem ist, dass die Zusammenarbeit mit den Eltern in den meisten Fällen nicht gut funktioniert. Außerdem fühlt sich knapp die Hälfte der befragten Lehrkräfte in ihren Interessen von der 1993 gegründeten Vereinigung (TTU) nicht ausreichend gut vertreten. Auch der Zusammenhalt zwischen den LehrerInnen sei mangelhaft an den Schulen (vgl. Bennell and Mukyanuzi, 2005:13-24). Abgesehen von den schlechten Arbeitszuständen sehen sich die Lehrkräfte auch noch mit einem wachsenden Druck von Seiten der PolitikerInnen, Eltern und Gemeinden konfrontiert (vgl. Bennell and Mukyanuzi, 2005:1-11).

Um den Erhalt der bestehenden LehrerInnen sicherzustellen, wäre es seitens der tansanischen Regierung wichtig, verstärkt für deren Wohlergehen Sorge zu tragen. Dazu zählen u.a. eine ausreichende Bezahlung, um sich um die Familien kümmern zu können, sowie ein adäquater Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und ART (vgl. Harle, 2006:15).

⁸¹ 2005 betrug diese in den Primarschulen 1:56 und in den Sekundarschulen: 1:22. Somit hat sie sich seit 2000 verschlechtert, dies ist jedoch kein Wunder, bedenkt man, dass es zwischen 2000 und 2005 zu einem Einschulungszuwachs von 72,1% bzw. 100,2% kam (vgl. Harle, 2006:10).

Viele Lehrkräfte sind mittlerweile von informellen Ökonomien und Dienstleistungsangeboten abhängig, sie nutzen ihre Freizeit meist dazu durch andere Aktivitäten, welche oftmals die ethischen und professionellen Richtlinien überschreiten, ihren Gehalt aufzubessern. So ist es z.B. Tatsache, dass immer mehr Lehrkräfte, aufgrund ihrer schlechten Bezahlung, zusätzlich bezahlte private Nachhilfestunden für Kinder geben und damit den Graben zwischen jenen Kindern, die sich Bildung leisten können und jenen, die keine Mittel haben, vergrößern. Außerdem können die Lehrkräfte aufgrund ihrer zusätzlichen Arbeitsbelastungen meist nicht genügend Zeit aufbringen, um außerschulische Aktivitäten (z.B. zur HIV/AIDS-Aufklärung) mit den Jugendlichen durchzuführen bzw. diese aufzubauen. Dies zerstört bzw. verhindert eine Verbesserung der Kommunikation zwischen den Generationen (vgl. Bergh, 2008:112; vgl. Hema, Mujaya and Schapink, 1997:171f.). Durch bessere Löhne könnte dies m.A. verbessert werden, da die LehrerInnen dann auch genügend Zeit hätten sich auf ihre SchülerInnen zu konzentrieren.

5.3.2.3. Das Ansehen und die Motivation der Lehrkräfte

Da sich die Bedingungen, unter denen die LehrerInnen heute arbeiten müssen, in den letzten 15 Jahren drastisch verschlechtert haben, würden es immer weniger Lehrkräfte jungen Menschen empfehlen diesen Beruf auszuüben⁸² (vgl. Carlitz and Rajani, 2007:10). Ein Bericht aus dem Jahre 2000 meinte dazu:

„(...) since 1962, the different schemes of service for teachers have not reflected due recognition of the heavy demands of society upon teachers nor the crucial contribution of the latter in moulding the future citizens of society. This attitude has greatly discouraged academically able young men and women from enrolling in teacher training courses. Many dedicated teachers have gone to more caring employers“ (zitiert nach Bennell and Mukyanuzi, 2005:5).

Der Lehrberuf ist mittlerweile wenig attraktiv und scheint nur noch als Ausweg zu dienen, falls keine besseren Arbeitsplätze vorhanden sind. Aufgrund dessen wird es immer schwieriger bei dringendem Bedarf schnell neue Lehrkräfte aufzutreiben (vgl. Harle, 2006:14). Die Frage ist, in wie weit sich die LehrerInnen, angesichts ihrer schlechten Arbeitsbedingungen, den an sie gestellten Herausforderungen tatsächlich stellen wollen (vgl. Bennell and Mukyanuzi, 2005:1)?

⁸² Sehr interessant ist auch die Tatsache, dass es hier markante Unterschiede zwischen Stadt und Land gibt. Während nur ein knappes Drittel der Lehrer in urbanen Gebieten in einer Befragung meinte, es würde den selben Job wieder ergreifen, sprachen sich 80% der LehrerInnen aus den ländlichen Gebieten ein zweites Mal dafür aus. Vielleicht ist dies darauf zurückzuführen, dass dem Lehrpersonal auf dem Land immer noch ein wenig mehr Respekt entgegengebracht wird (vgl. Bennell and Mukyanuzi, 2005:1-11)? Lehrkräfte die in ruralen Gegenden Tansanias arbeiten, heben sich nämlich meist von der Mehrheit der dort lebenden Bevölkerung durch ein hohes gesellschaftliches Ansehen, sowie ein geregeltes Einkommen ab (vgl. Kakoko, 2006:5f.).

Die Weltbank meinte 1990, dass viele LehrerInnen aufgrund ihrer großen Unzufriedenheit bezüglich ihrer Arbeitsumstände sehr viel weniger Leistung erbringen würden, als sie tatsächlich im Stande wären:

„(...) in the absence of incentives to perform better, many teachers are currently providing much less and lower quality education than they are capable of ... the de-motivation of teachers is a major contributory factor to the abysmally poor learning achievements of primary and secondary students“ (zitiert nach Bennell and Mukyanuzi 2005:5).

Einige denken, dass die Motivation der Lehrkräfte früher sehr viel größer gewesen sei, was ihrer Meinung nach auf die heutigen verschlechterten Bedingungen zurückgeführt werden könne. Andere meinen die Motivation habe sich erhöht, da die Bedeutung der Lehrkräfte innerhalb der Primarschulbildung durch den PEDP einen höheren Stellenwert bekommen habe (vgl. Bennell and Mukyanuzi, 2005:1-11). Sumra wiederum meint, dass sich viele Lehrkräfte demoralisiert fühlen, da auf ihnen ein großer Teil des PEDP lastet und sie trotzdem fast keine Möglichkeiten haben bei wichtigen Entscheidungen mitzureden (vgl. Sumra, 2003:4).

Die Motivation der Lehrkräfte, als auch eine gute Zusammenarbeit unter KollegInnen ist ein entscheidender Faktor für die Qualität des Bildungssystems (vgl. Komba and Nkumbi, 2008:71). Motivierte Lehrkräfte lernen voneinander und kooperieren besser, nehmen häufiger an Fortbildungen teil und legen mehr Wert auf ihre ständige individuelle Verbesserung als unmotivierte KollegInnen (vgl. Agu and Galabawa, 2001:6). Bennell und Mukyanuzi (2005:1) formulieren für Tansania: „(...) teachers are central to the realisation of ambitious national and international education and poverty reduction goals“. Viele fürchten jedoch, dass die Motivation der Lehrkräfte in Tansania stetig fällt, was sich an schlechteren Lehrmethoden und Lernerfolgen messen lässt.

Bennell und Mukyanuzi verweisen darauf, dass auch der Ausübungsort des Berufs wesentlichen Anteil an der Motivation des Lehrpersonals hat. So werden angehende LehrerInnen im letzten Teil ihrer Ausbildung oftmals in Schulen untergebracht, für die sich aus diversen Gründen schwer neues Personal finden lässt. Da erwartet wird, dass diese nach Beendigung ihrer Ausbildung vor Ort bleiben sollen, sind viele von Ihnen sehr rasch demotiviert. Darüber hinaus werden viele Lehrkräfte weiter weg versetzt und können oftmals, getrennt von ihren sozialen Netzwerken und Wurzeln, nicht die gewünschte Leistung erbringen, da sie sich als AußenseiterIn empfinden. Bezüglich der Motivation von weiblichen und männlichen Lehrkräften konnten Bennell und Mukyanuzi (2005:9) keine nennenswerten Differenzen feststellen.

„(...) poor career progression coupled with the lack of recognition and reward for superior performance is a major concern for most teachers. No action is usually taken against teachers who are performing poorly, which many teachers find de-motivating“ (Bennell and Mukyanuzi, 2005:10).

Bennell und Mukyanuzi stellen in ihrer Arbeit die Behauptung auf, dass jüngere Lehrkräfte in der Regel weniger motiviert sind, als ältere. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass letztere ihren Beruf noch als größeres Privileg empfinden. Überdies verweisen die Autoren auf die Forschungsarbeit von Angeline Barrett, welche meint „(...) that it is younger, more educated teachers who find postings to rural schools most difficult. In rural schools, the teachers’ work is more challenging, but ‘not all communities are capable of morally supporting teachers or holding them accountable. Young men posted to rural schools are often the most demoralised and feel most estranged from the wider education system’“ (zitiert nach Bennell and Mukyanuzi, 2005:7).

Während die Motivation von PrimärschullehrerInnen noch relativ hoch zu sein scheint, ist die Situation im Sekundärsektor prekärer. Laut einer Umfrage von HakiElimu wurden nur wenige von Ihnen wirklich aus Überzeugung LehrerInnen, eine weitere Studie von Swai und anderen belegte, dass fast die Hälfte aller befragten sofort ihren Beruf aufgeben würde (zitiert nach Bennell and Mukyanuzi, 2005:10).

5.3.2.4. Ausfall der Lehrkräfte aufgrund von HIV/AIDS

Aufgrund der HIV/AIDS-Epidemie werden zukünftig viele qualifizierte und erfahrene Lehrkräfte ihre Tätigkeit im tansanischen Bildungssektor aufgeben müssen, was einen großen menschlichen und qualitativen Verlust bedeutet (vgl. Arndt and Wobst, 2002:3)⁸³.

„The government has recently revealed that the education sector is in danger of losing more than 27,000 teachers to AIDS by 2020“ (URT (PMO), 2007:12).

Es ist wichtig möglichst genaue Daten bezüglich der Auswirkungen von HIV/AIDS auf die Lehrkräfte zu haben, um erahnen zu können, inwieweit der Bildungssektor betroffen ist (vgl. Kakoko, 2006:6). Eine internationale Studie aus dem Jahr 2003 schätzte, dass in Tansania in den Jahren 2000-2015 rund 63% mehr LehrerInnen in den Primärschulen benötigt würden, um den Bedarf decken zu können. Dies entspricht ca. 60.000 neuen Lehrkräften (vgl. Nilsson, 2003:12).

⁸³ Laut Kakoko (2006:6) sterben die meisten der tansanischen Lehrkräfte im Alter zwischen 41 und 50 Jahren, was bedeutet, dass damit genau jene AusbilderInnen verloren gehen, die bereits über ein großes Repertoire an Erfahrungen und Fähigkeiten verfügen.

Während für Zambia errechnet wurde, dass ca. 2/3 der neu ausgebildeten Lehrkräfte bald nach ihrem Abschluss aufgrund von HIV/AIDS sterben, können für Tansania keine solchen konkreten Daten geliefert werden. Die Anzahl derselben wird jedoch auch beträchtlich sein, wenn man bedenkt, dass junge LehrerInnen sich in jener Altersgruppe befinden, die sich durch besonders risikoreiches Sexualverhalten auszeichnet. Ein viel größeres Problem als der Verlust der jungen ausgebildeten Lehrkräfte ist jedoch die geringe Anzahl von SchulabsolventInnen der Klassen IV und VI, die für eine Ausbildung zum/zur LehrerIn in Primär- und Sekundärschulen überhaupt in Frage kommen würden um den zukünftigen Bedarf decken zu können. Um die Gemeinschaft an interessierten und möglichen zukünftigen Lehrkräften zu erhöhen, müssten der Zugang und die Qualität des Schulsystems verbessert werden, um mehr Schulabschlüsse zu erreichen. Natürlich müsste auch der Anreiz für dieses Berufsfeld weiter vergrößert werden (vgl. Harle, 2006:15).

„We know that teachers are being lost to AIDS, at the same time that more teachers are required to meet its various education targets“ (Harle, 2006:10).

Der UK Guardian schrieb 2005, dass in Tansania jährlich 1.200 LehrerInnen aus dem primären Zweig aufgrund von AIDS sterben. Allgemein gilt jedoch, dass es relativ schwierig ist an verlässliche Zahlen zu kommen, da diesbezüglich viele verschiedene Daten im Umlauf sind. Je älter eine verstorbene Lehrkraft ist, desto schwieriger ist es für den Bildungssektor diesen Verlust an Wissen und Erfahrung wieder auszugleichen. Da AIDS jedoch die Anhäufung von Erfahrungen in vielen Fällen verhindert, wird dieses Problem Tansania noch längere Zeit beschäftigen (vgl. Harle, 2006:11).

„It will also have implications for senior teaching or managerial positions: if a young teacher is infected it will be around 8 years later, as he or she is in a position to take on senior roles, that full blown AIDS will develop and remove them from service“ (Harle, 2006:11).

Nicht der Tod, sondern die lange Abwesenheit der Lehrkräfte stellt die größte Herausforderung für das tansanische Bildungssystem dar. Aufgrund von Krankheit, Versorgung von kranken Familienmitgliedern, Begräbnissen, Übernahme der Aufgaben kranker oder toter Verwandten uvm. sind viele LehrerInnen längere Zeit nicht in der Lage regelmäßig zu unterrichten. Kelly ist der Meinung, dass jedem Tod durch AIDS eine 18monatige Abwesenheit durch Krankheit vorausgeht (6 Monate davon unregelmäßig, 12 Monate gänzliche Abwesenheit). Diese würde bei einer Anzahl von 1.800 Toten im Jahr 2005 bedeuten, dass damit gleichzeitig 2.700 Lehrjahre verloren gegangen wären (vgl. Kelly, 2000:9).

Diese Zahlen können aber immer noch nicht vollständig die Folgen aufzeigen, die AIDS im Bildungssektor hinterlässt, da bis zu 10 Jahre lang immer wieder Krankheiten aufgrund des Virus auftreten können bevor AIDS sich gänzlich entwickelt hat, die wiederum das Fernbleiben der Lehrkräfte zur Folge haben, was die Qualität des Unterrichts enorm schwächt. Die emotionalen und physischen Folgen wirken sich meist negativ auf die Motivation, die Unterrichtsplanung und –gestaltung aus. Außerdem dürfen neben den kranken und abwesenden Lehrkräften auch die verbliebenen LehrerInnen nicht vergessen werden, welche mit den zusätzlichen Belastungen zu kämpfen haben (vgl. Harle, 2006:13).

„Tanzania is losing teachers to AIDS, but both prevalence rates, and mortality figures do not suggest this is at a greater rate than the overall adult population, and while teachers are being lost, the numbers are not as alarming as people have speculated previously. Teachers *are* dying from AIDS however, and it certainly represents a problem. The fact that numbers may be less severe demonstrates the feasibility of turning the situation around, providing better care and conditions for teachers, including ARVs, and reversing the losses“ (Harle, 2006:16).

Es gibt mehrere Gründe, weshalb der Bedarf an Lehrkräften wachsen kann: höhere Einschulungsraten, Todesfälle, Pensionierungen (aus Alters- oder aus Krankheitsgründen), längere Abwesenheit (aufgrund von Krankheit oder aus Pflegegründen), Migration. Überdies kommt es häufig zu Jobwechseln zwischen verschiedenen Schulen, wodurch die Lehrkräfte dem System zwar erhalten bleiben, jedoch häufig Ungleichgewichte zwischen den verschiedenen Arealen entstehen. So leiden ländliche Gebiete verstärkt unter Abwanderung von Lehrkräften in städtische Räume (vgl. Harle, 2006:10). In Tansania gehen viele Lehrkräfte verloren, da besonders junge LehrerInnen, die den Verlust der älteren Generation (z.B. durch Pensionierungen) wettmachen sollen, jene Altersgruppe darstellen die am meisten von HIV/AIDS betroffen ist (vgl. Harle, 2006:11).

„This is particularly important, since it prevents the development of a solid body of experience in the profession, as older professionals are lost, and younger teachers die before their experience can be ‘banked’“ (Harle, 2006:11).

5.3.2.5. Die Situation von HIV-positiven bzw. AIDS-kranken Lehrkräften

2008 lebten geschätzte 122.000 HIV-positive LehrerInnen in Subsahara-Afrika, die meisten von Ihnen ohne zu wissen, dass sie infiziert sind. Stigmatisierung und Diskriminierung sind immer noch die größte Barriere und Herausforderung, wenn es darum geht den Betroffenen zu helfen (vgl. UNESCO, 2008:18). Das Überwinden dieser Schwierigkeiten wird durch mangelnde Vertraulichkeit innerhalb des Arbeitsplatzes oft noch verstärkt (vgl. PCD; Weltbank, 2008:5). Es bedarf daher mehr Sensibilität gegenüber betroffenen Lehrkräften, als auch mehr Unterstützung durch die Lehrervereinigung (vgl. UNESCO, 2008:18).

„The teachers’ report that stigma is at the root of many of their major problems: it discourages them from being tested; it discourages timely testing; and it inhibits access to such care and support, including financial support, as may be available. Several of the teachers have stated that women may be particularly vulnerable targets of discrimination, even to the extent of being forced out of the matrimonial home and separated from their children. Men, on the other hand, are reluctant to break the silence and participate in VCT“ (PCD; Weltbank, 2008:72).

LehrerInnen werden meist umso mehr verurteilt, wenn sie sich trotz ihres Bildungsstandards mit HIV infizieren (vgl. PCD; Weltbank, 2008:12).

„Teachers are professionals; they are perceived in a different way and are expected to lead a different lifestyle. But they are also parents, husbands or wives and members of a community“ (PCD; Weltbank, 2008:11).

Trotz der Tatsache, dass das Bewusstsein über HIV in Subsahara-Afrika generell sehr groß ist, müssen viele HIV-positive Lehrkräfte früher in Pension gehen, sobald ihr Status bekannt wird, da viele Eltern damit drohen ihre Kinder ansonsten aus der Schule zu nehmen. Dies zeigt, dass noch ein langer Weg der Aufklärung und Aufarbeitung vor ihnen liegt (vgl. PCD; Weltbank 2008, S.12). Ein Beispiel einer betroffenen Lehrerin ist Teresia Hakili, welche früher in einer Primarschule in Dar es Salaam unterrichtete. Nachdem sie im Jahre 1999 gestand HIV-positiv zu sein, wurde sie von ihren ArbeitskollegInnen gemobbt, welche auch die Schulkinder aufforderten, von ihr fern zu bleiben. Aufgrund der Diskriminierungen und aus Angst, die Situation könnte eskalieren, brach Theresia im Dezember 2005 ihre Karriere nach 32 Jahren (vgl. PCD; Weltbank, 2008:55) als Lehrerin ab. Heute hält sie öffentliche Reden über HIV, in denen sie als Betroffene ehrlich zu ihrer Infektion steht. (vgl. PCD; Weltbank, 2008:52). Sie kennt viele ehemalige ArbeitskollegInnen, die bereits Opfer der Epidemie wurden und sie kennt auch viele andere, die sich nicht testen lassen bzw. ihr Ergebnis verheimlichen, aus Angst ihren Job zu verlieren. Sie meint:

„The working environment does not suit people living with HIV“ (zitiert nach PCD; Weltbank, 2008:56).

Aufgrund ihrer negativen Erfahrungen mit FreundInnen und Bekannten, weiß Hakili, welcher großem Druck HIV-Positive in Tansania ausgesetzt sind und fordert daher mehr professionelle Unterstützung und Pflege für Betroffene. Ihrer Ansicht nach muss der Kampf gegen Stigmatisierung und Diskriminierung bei jedem/r Einzelnen persönlich anfangen (vgl. PCD; Weltbank, 2008:57). Eine Untersuchung Kakokos ergab, dass tansanische Lehrkräfte Stigmatisierung ortsabhängig unterschiedlich wahrnehmen. Dies könnte eventuell mit der HIV/AIDS-Verteilung innerhalb Tansanias zusammenhängen.

Aufgrund des offeneren Umgangs mit HIV/AIDS in urbanen Gegenden, haben die Menschen in diesen Regionen bereits mehr Erfahrung im Umgang und in der Pflege von HIV/AIDS-Betroffenen. Dies kann ein Grund dafür sein, weshalb sich Lehrkräfte aus dem urbanen Raum, im Gegensatz zu ihren KollegInnen aus dem ruralen Raum, eher sozial akzeptiert fühlen und sich weniger davor fürchten ausgegrenzt zu werden, falls sie HIV-positiv oder AIDS-krank sind (vgl. Kakoko, 2006:42).

LehrerInnenvereinigungen sind von großer Bedeutung, um die Rechte der Lehrkräfte durchzusetzen und auf deren Situation aufmerksam zu machen. Durch eine stärkere Vernetzung der LehrerInnenvereinigung mit Selbsthilfegruppen und Unterstützungsnetzwerken von HIV-positiven Lehrkräften, könnte unter den Angestellten des Bildungssektors vermehrt Bewusstseinsbildung betrieben werden, denn trotz spezieller politischer Papiere zu HIV/AIDS, wissen viele Lehrkräfte nicht genauer darüber Bescheid. Durch die verstärkte Inkludierung von HIV/AIDS und dessen sozialen Auswirkungen während der Ausbildung von Lehrkräften, könnten zukünftige Fälle von Stigmatisierung reduziert werden. Gleichzeitig würde die Kompetenz der Lehrkräfte bei der Behandlung dieses sensiblen Themas im Unterricht gestärkt werden. Es bedarf darüber hinaus auch der Sicherstellung des universalen Zugangs zu VCT, Pflege und Unterstützung, denn bisher litten betroffene Lehrkräfte oftmals unter unflexiblen Zeitplänen, welche einer ausreichenden gesundheitlichen Versorgung im Wege standen. Um allen LehrerInnen Zugang zu VCT und Pflege verschaffen zu können, muss eine flächendeckende Versorgung mit VCT gegeben sein und sichergestellt werden, dass die Anlaufstellen zugänglich sind und akzeptiert werden. Dazu ist es sicherlich förderlich, wenn VCT-Stellen zu vertraulichen Orten gemacht werden (vgl. PCD; Weltbank, 2008:5f.;58;74-77).

Kakoko (2006:11) argumentiert, dass es sehr wichtig und hilfreich wäre, wenn sich mehr Lehrkräfte in Tansania freiwillig auf HIV/AIDS testen lassen würden, da diese in Tansania immer noch als Vorbilder der Gesellschaft angesehen werden und daher positiv die allgemeine Sichtweise auf VCT verändern könnten (vgl. Kakoko, 2006:11).

Eine von Kakoko 2003 in Mwanza durchgeführte Studie ergab, dass vor allem jene Lehrkräfte (der insgesamt 918 Befragten), eher dazu geneigt waren sich freiwillig testen zu lassen und seltener stigmatisierende Reaktionen anderer diesbezüglich zu erwarten⁸⁴, die aus urbanen Gegenden stammten, zwischen 21 und 30 Jahre alt waren, leicht Zugang zu Teststellen hatten,

⁸⁴ Kakoko betont, dass der Wille und die tatsächliche Nutzung von VCT stark von den erwarteten Stigmatisierungen und Diskriminierungen abhängen (vgl. Kakoko, 2006:48).

einen Bildungsgrad A oder ein Diplom besaßen und die sich als gesund empfanden (vgl. Kakoko, 2006:29ff.). Während sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern bzgl. der Aufsuchung von VCT-Stationen fanden (vgl. Kakoko, 2006:44), so ließen sich im Alter Differenzen feststellen. 20-29-Jährige erwarteten weitaus weniger häufig Stigmatisierungen als 51-60-Jährige. Jene Lehrkräfte, die sich nicht testen ließen, gaben als Gründe die ohnehin fehlende Heilungs- bzw. Schutzmöglichkeit von HIV/AIDS an und meinten, dass man sich nur testen lassen sollte, wenn man glaubt, dass ein Risiko einer Infektion besteht (vgl. Kakoko, 2006:29ff.). Um die Anzahl der getesteten Lehrkräfte zu erhöhen bedarf es daher eines Zuwachses an verfügbaren ARVs, als auch einer stärkeren Betonung der vielen Vorteile, die einem aus der Kenntnis des eigenen HIV-Status erwachsen (vgl. Kakoko, 2006:45). Bei der Implementierung zukünftiger VCT-Programme für Lehrkräfte in Tansania ist verstärkt darauf zu achten, dass alle Altersstufen angesprochen und ihnen die Angst vor VCT genommen wird. Das Ziel ist die Etablierung von Langzeitmechanismen, um Betroffene auch nach Bekanntgabe des Ergebnisses noch ausreichend betreuen zu können. Auch Schulen sollten dabei laut Kakoko (2006:52) berücksichtigt werden.

Der Grad der Bildung hängt nicht zwingend mit der Bereitschaft sich auf HIV testen zu lassen zusammen, wie diese Studie ergab. Obwohl die interviewten Lehrkräfte von diversen Primärschulen zur gebildeteren Schicht Tansanias zählten und viele von ihnen in zahlreiche HIV/AIDS-Projekte involviert waren (TANESA; Mema kwa vijana etc.), ließen sich nur 20% freiwillig auf das HI-Virus testen. Dies scheint überraschend, da man sich aufgrund der diversen Aufklärungsprogramme eine positivere Wahrnehmung des VCT erwartet hatte (vgl. Kakoko, 2006:41).

6. Ansätze in der tansanischen HIV/AIDS-Präventionsarbeit

„Only the prevention of HIV transmission can significantly slow down the spread of HIV/AIDS“ (Kaaya and Schaalma, 2008:62).

Da es auch immer noch kein Heilmittel gegen HIV/AIDS gibt, ist es sehr wichtig Prävention zu betreiben, um zukünftige Erkrankungen zu verhindern. Doch was genau versteht man unter dem Begriff Prävention eigentlich? (vgl. Krügel, 2005:65).

„Prävention (*Krankheitsverhütung*) sucht (...) eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern“ (Wulforth, 2002:31).

Man unterscheidet hierbei drei Arten der Prävention: Die Primärprävention zielt darauf ab, exogene Schädigungen zu vermeiden und Risikofaktoren durch Personen zu verringern bzw. zu verhindern. Die Sekundärprävention versucht durch Früherkennung und –behandlung das Fortschreiten einer Erkrankung im Frühstadium zu verhindern. Die Tertiärprävention möchte Folgeschäden einer Erkrankung vermeiden bzw. mildern. Dazu bedient man sich zweier Maßnahmen: entweder benutzt man Gesetzesinitiativen, um gesundheitsgerechte, materielle und soziale Umwelt- und Lebensbedingungen zu schaffen, dann spricht man von „strukturell präventiven Maßnahmen“, oder man bedient sich der Massen- und personalen Kommunikation um auf eine Person einzuwirken, dann spricht man von „kommunikativ präventiven Maßnahmen“ (vgl. Krügel, 2005:65f.).

Ich habe mich in dieser Arbeit überwiegend der Prävention von HIV-Neuinfektionen, also der Primärprävention, gewidmet und hauptsächlich die kommunikativ präventiven Maßnahmen erläutert. Süßmuth erkannte bereits sehr früh, dass Aufklärung ein wichtiges Mittel im Kampf gegen die Pandemie darstellt und wir quasi „(...) zur Verhaltensänderung durch Aufklärung verurteilt“ (Süßmuth, 1987:71) sind. Auch Rosenbrock und Salmen waren der Überzeugung, dass „(...) die Sozialwissenschaften (...) auch in Zukunft die Hauptlast der Weiterentwicklung der Aidsprävention“ (Anm.: tragen müssen) (Rosenbrock and Salmen, 1990:85), da die Medizin alleine nicht alle Probleme im Bereich AIDS lösen kann.

Viele Analysen und Berichte von westlichen HIV-Präventionsprogrammen haben gezeigt, dass die Effektivität von Programmen davon abhängt, wie sehr erstens das Gesundheitsproblem selbst, dessen verursachende Verhaltens- und Umweltfaktoren, als auch die Bedürfnisse der Zielgruppe(n) vor Beginn erfasst wurden und zweitens, in wieweit es zu einer Analyse der diversen theoretischen, verbessernden Optionen gekommen ist.

Da es so wichtig ist ein klares Verständnis des Gesundheitsproblems und seiner individuellen und sozialen Konsequenzen, sowie des Verhältnisses zu anderen gesundheitlichen und sozialen Problemen zu bekommen (vgl. Kaaya and Schaalma, 2008:56;58;60), bin ich in Kapitel 2 meiner Arbeit so ausgiebig auf den Kontext eingegangen⁸⁵.

„Without a clear understanding why people act as they do, attempts to change their behaviour are unlikely to be effective“ (Kaaya and Schaalma, 2008:62).

Nachdem im vorigen Kapitel genauer auf die Situation des tansanischen Bildungssektors eingegangen bin, möchte ich nun untersuchen, welche Theorien, Modelle und Möglichkeiten es gibt, um das Verhalten und die Einstellungen junger Menschen bzgl. HIV/AIDS positiv zu verändern⁸⁶.

„In the absence of curative drugs and prophylactic vaccines, the only way currently available for dealing on a large scale with HIV/AIDS is through developing appropriate standards of behaviour, with information being translated into behaviours that promote a healthy state of mind, body and spirit“ (Kelly, 1999:6).

6.1. Theoretische Ansätze und Modelle

6.1.1. „KAP“/„KAB“-Modell

Das in der HIV/AIDS-Forschung vielfach verwendete „KAP“ (Knowledge, Attitudes, Practice) oder auch „KAB“ (Knowledge, Attitudes, Behaviour)- Modell (vgl. Connell et al, 1993:5) geht von der Annahme aus, dass mehr Wissen über die gesundheitlichen Konsequenzen eines bestimmten Verhaltens zu einer Veränderung der Einstellungen führt, welche wiederum Verhaltensänderungen bewirken. Diese münden letztendlich in vermindertem Risikoverhalten und einer Verbesserung der Gesundheit.

Vielfach wurde behauptet, dieses Modell würde zu kurz greifen, da in mehreren Studien nachgewiesen wurde, dass der Zusammenhang zwischen dem Wissen über die Konsequenzen des Verhaltens und dem tatsächlichen Verhalten oftmals gering ist bzw. gegen null geht.

⁸⁵ Es ist wichtig anzumerken, dass oftmals Generalisierungen bzgl. der Anwendung von Forschungen in Afrika gemacht werden. Dies ist bedenklich, setzt sich doch allein Subsahara-Afrika aus über 40 Staaten und mehr als 1.000 Ethnien zusammen, welche sich in ihren Sprachen und Kulturen stark voneinander unterscheiden (vgl. Lie, 2008:84).

⁸⁶ Theorien sind wichtig, da sie das Verständnis von bereits existierendem Wissen fördern und dabei helfen diese früheren Erkenntnisse auf neue Programme anzuwenden (vgl. Kaaya, Leshabari & Tengia-Kessy, 2008:137).

Außerdem könnten Einstellungen nicht als alleinige Variablen in der Vorhersage von gesundheitlichem Verhalten herangezogen werden. Trotzdem fand das KAP-Modell in vielen afrikanischen Kontexten Anwendung (vgl. Aarø, Astrøm and Schaalma, 2008:38ff.).

6.1.2. „Health Belief“-Modell

Dieses oftmals angewandte Modell basiert auf der psychologischen Erwartungswert-Theorie und geht davon aus, dass menschliches Verhalten hauptsächlich von dem Wert abhängt, den ein Mensch einem Ziel gibt, sowie der Einschätzung der wahrscheinlichen Erreichbarkeit dieses Ziels durch gewisse Handlungen. Bezüglich dem gesundheitlichen Verhalten würde dies dem Wunsch nach Vermeidung von Krankheiten bzw. dem Streben nach Gesundheit entsprechen, als auch dem Glauben, dass dies durch gewisse Handlungen auch tatsächlich bewirkt werden kann. Die Empfänglichkeit sowie Ernsthaftigkeit bestimmen hierbei die Wahrnehmung der Bedrohung (Vulnerabilität). Auch die erwarteten Vorteile bzw. Barrieren sowie Handlungsaufrufe bestimmen das Handeln. KritikerInnen meinen, dass dieses Modell weniger als systematische Theorie anzusehen ist, sondern eher als Sammlung von Variablen (vgl. Aarø, Astrøm and Schaalma, 2008:40ff.).

6.1.3. „Theory of Reasoned Action“ (TRA) und „Theory of Planned Behaviour“ (TPB)

In den 1970ern haben Fishbein und Ajzen ihre „Theory of Reasoned Action“ (TRA) entworfen, welche später durch Hinzufügen einer neuen Variable in den 1980er Jahren durch Ajzen ergänzt wurde und seitdem „Theory of Planned Behaviour“ (TPB) heißt. Beide Theorien basieren auf der Annahme, dass Intentionen zu Verhalten führen. Diese Annahme gilt heute als widerlegt, da auch die Rahmenbedingungen der jeweiligen Situation sowie mangelnde Fähigkeiten miteinwirken und das Vorhaben alleine nicht ausreicht. Darüber hinaus entwickeln sich Verhaltensweisen oftmals zu Gewohnheiten, welche automatisch wiederholt werden. Laut Ajzen werden die Intentionen eines Menschen durch drei Faktoren beeinflusst: 1. Die persönlichen Einstellungen gegenüber dem Verhalten, 2. Subjektive Normen und 3. Die erwartete Verhaltenskontrolle (diese ist nur in der TPB enthalten). Da es kontextuell schwanken kann, durch welchen dieser drei psychosozialen Determinanten eine bestimmte Bevölkerungsgruppe primär in ihrem Verhalten beeinflusst wird, ist vor Planung einer Intervention stets zu prüfen, welcher Faktor am ausschlaggebendsten ist (vgl. Aarø, Astrøm and Schaalma, 2008:43ff.).

6.1.4. „Social Cognitive“-Theorie (SCT)

Diese von Bandura ursprünglich als „Social Learning“ bezeichnete Theorie, unterscheidet zwischen drei wichtigen Sets von Faktoren: Verhaltensfaktoren, persönlichen Faktoren und Umweltfaktoren. Kommt es zu einer Veränderung bei einem der Faktoren, so führt dies automatisch auch zu Veränderungen der anderen Faktoren. Verglichen mit den vorangegangenen Theorien stellt diese aufgrund ihres komplexeren Systems von Kausalprozessen bereits eine enorme Verbesserung dar. Im Aufbau gleicht sie der TPB, verwendet jedoch andere Begriffe: anstatt von Intentionen zu sprechen, nimmt er den Begriff Ziele, statt von Einstellungen und subjektiven Normen spricht er von Erfolgserwartungen, anstatt von wahrgenommener Verhaltenskontrolle zu sprechen, nimmt er den Begriff des Selbstvertrauens. Darüber hinaus bezieht Bandura auch soziokulturelle Faktoren mit ein (vgl. Aarø, Astrøm and Schaalma, 2008:46f.). Wissen und Fähigkeiten reichen laut dieser Theorie nicht aus, um gesundes Verhalten zu erreichen und aufrecht zu erhalten. Dazu bedarf es auch eines starken Selbstvertrauens, um diese überhaupt effektiv einsetzen zu können (vgl. Mkumbo, 2008:12fff.).

6.1.5. „Maastricht“ ASE-Modell

ASE steht hierbei als Abkürzung für „Attitude – Social Influence-Efficacy“. Dieses in den Niederlanden entworfene Modell stellt eine überarbeitete Version der TPB dar und kombiniert sowohl die TRA als auch Banduras Ideen über sozialen Einfluss und Selbstvertrauen. Darüber hinaus werden hierbei auch Fähigkeiten und Barrieren als Einflüsse der Intentionen des Verhaltens angesehen. Die Intentionen wiederum gelten als durch Einstellungen, soziale Einflüsse und Selbstvertrauen beeinflusst (vgl. Aarø, Astrøm and Schaalma, 2008:48).

6.1.6. „Intervention Mapping“ (IM)

IM ist ein Rahmen, um die Planung, Implementierung sowie Evaluierung von Gesundheitsprogrammen zu begleiten, der auf Theorie und Beweisen basiert. IM dient auch der verstärkten Zusammenarbeit von ForscherInnen, ProjektentwicklerInnen, stakeholdern, Eltern, Regierungsbeauftragten etc. Das IM-Modell geht davon aus, dass eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens nicht bloß aufgrund von Wissen, Motivation und Fähigkeiten hervorgerufen wird, sondern auch aufgrund des Verhaltens von Autoritäten aus dem Gesundheits- & Bildungssektor, sowie GesetzgeberInnen, religiösen Institutionen, Eltern und anderen Mitgliedern der Gesellschaft.

Das IM-Modell besteht aus sechs Schritten: 1) Situationsanalyse, 2) genaue Auflistung der Programmziele, 3) Auswahl der theoriebasierten Interventionsmethoden, 4) Planen und Organisieren des Programms, 5) Erstellen eines genauen Einführungs- und Implementierungsplans, 6) Generierung eines Evaluationsplans. Obwohl das IM-Modell im Westen entstand, wurde es bereits in anderen soziokulturellen Kontexten verwendet, bspw. auch bei HIV/AIDS Bildungsprogrammen in Tansania. Dabei gab es jedoch Probleme in der Implementierungsphase, da keines der bestehenden Programme den Mindestanforderungen genügte. Es war daher nicht möglich alle Schritte im tansanischen Kontext einzuführen (vgl. Mkumbo, 2008:4-11).

6.1.7. „Stages of Change“-Modell

Dieses, in den frühen 1990er Jahren entwickelte Modell geht davon aus, dass jeder Mensch bei Verhaltensänderungen sechs Stufen durchläuft (wenn auch nicht zwingend linear), nämlich „pre-contemplation“, „contemplation“, „preparation“, „action“, „maintenance“ und „relapse“. Es besagt, dass Interventionen immer berücksichtigen müssen in welcher Phase sich die Zielgruppe gerade befindet, und darauf abgestimmt werden müssen (vgl. Bastien 2005:39).

6.1.8. „Peer education“

„Peer education has been promulgated as one of the most effective and innovative ways to influence behavior of young people and tailor prevention messages to suit a target population’s needs, values and behaviors. Consequently, it has been increasingly used in the field of health promotion and in HIV and AIDS prevention in particular“ (Bastien et al, 2008:207).

„Peer education“ ist wahrscheinlich einer der ältesten pädagogischen Ansätze, die es seit Beginn der Menschheitsgeschichte gibt. Auch heute ist weithin bekannt, dass Gleichaltrige sich gerne über sexuelle Themen und Beziehungen austauschen und beraten (vgl. Bastien et al, 2008:186). Was genau ist denn nun eigentlich ein „peer“? Während einige AutorInnen „peers“ als Menschen selben Alters bezeichnen, legen andere den Begriff weiter aus und bezeichnen z.B. auch Personen mit gleicher sexueller Orientierung, Ethnizität, Religion, Beschäftigung bzw. gleichem Geschlecht oder sozialem Status ebenfalls als „peers“ (vgl. Bastien et al, 2008:189).

Man unterscheidet verschiedene Arten wie Personen durch „peers“ beeinflusst werden können⁸⁷. Bodiroza et al definieren „peer education“ als „process whereby well trained and motivated young people undertake informal or organized educational activities with their peers (...) over a period of time, aimed at developing their knowledge, attitudes, beliefs and skills and enabling them to protect and be responsible for their own health“ (Bodiroza, et al., 2003:4).

„If we really care about the reproductive health of African adolescents, our research approach must involve them, and our joint research findings must be translated into actions that empower adolescents to promote their own sexual health and into actions that make the environment more health promoting“ (Lie, 2008:89).

Ein Ziel von „peer education“ ist es, durch die Bildung einer homogenen Gruppe (z.B. SchülerInnen) eine positive kollektive Identität auszubilden, die durch Vertrauen und Unterstützung gekennzeichnet ist, um „empowerment“ und ein kollektives, kritisches Bewusstsein zu schaffen, welches wiederum eine Neuverhandlung nachteiliger Gendernormen bewirken und Erkenntnisse über die Armut als Barriere für Verhaltensänderungen schaffen soll (vgl. Bastien et al, 2008:191).

Aktivitäten und Strategien der „peer education“ können je nach Kontext und Zielgruppe stark variieren. Von Diskussionen, Telefonberatung über Brainstorming, persönliche Beratung, Präsentationen, Verteilung von Informationsmaterialien bis hin zur Teilnahme bei Theater-, Musik- oder Sportveranstaltungen kann alles genutzt werden. Darüber hinaus kann „peer education“ auch oftmals mit anderen Initiativen gekoppelt sein, wie z.B. Kondommarketing, sozialen Netzwerken oder Beratungsstellen (vgl. Bastien et al, 2008:186f.). In den letzten Jahren fanden Studien heraus, dass „edutainment“-Botschaften (siehe weiter unten) oftmals als Katalysator für Gespräche zwischen Gleichaltrigen („peers“) dienen. Diese Gespräche unter Gleichaltrigen gelten als sehr einflussreich und vertrauensvoll.

„Peer education“ kann signifikante Erfolge bei Interventionen bzgl. des Wissenstransfers über HIV/AIDS verzeichnen, sowie Einstellungen und Glaubenssätze bzgl. riskantem Sexualverhalten und Umgang mit Gruppendruck („peer pressure“) positiv beeinflussen.

⁸⁷ Es gibt den Ansatz des „peer tutoring“, welcher in den 1960er Jahren in den USA entstanden ist und auf dem Glauben der kognitiven und intellektuellen Entwicklung durch Interaktionen mit „peers“ basiert. Der „peer counsel“-Ansatz, welcher sich aus dem „peer tutoring“ entwickelte, ist eine Methode um jungen Menschen mit persönlichen und sozialen Problemen zu helfen. Er basiert hauptsächlich auf der sozialen Lerntheorie bzw. der Theorie der sozialen Einimpfung. „Peer leaders“ (auch „popular opinion leaders“ genannt) wiederum sind gewählte Personen, die aufgrund ihrer Führungsqualitäten herangezogen werden, um Gruppennormen zu beeinflussen. „Peer educators“ sind Personen die üblicherweise von Lehrkräften auserwählt werden bzw. sich selbst freiwillig melden und aufgrund ihrer Popularität sowie dem ihnen entgegengebrachten Respekt und ihrer speziellen Ausbildung soziale Normen durch informelles Netzwerken beeinflussen (vgl. Bastien et al, 2008:188).

Dieses Prinzip macht sich z.B. „Dance4Life“ zunutze⁸⁸ (vgl. Tjihuis, 2006:14; vgl. Bastien, 2005:34).

„Peer education has the potential to efficiently tailor prevention messages to suit the context and needs of the intended audience in a language they can relate to, and generate community support and mobilization“ (Bastien et al, 2008:186).

„Peer education“ birgt viele Vorteile in sich:

1. es ist kosteneffektiver als andere Methoden;
2. „peers“ sind zuverlässige Informationsquellen;
3. „peer education“ ermächtigt die Involvierten;
4. „peer education“ benützt bereits vorhandene Informations- und Beratungswege;
5. „peers“ sind erfolgreicher darin Informationen weiterzureichen als Professionelle, da sich die Zielgruppe mit ihnen identifiziert;
6. „peer educators“ wirken als positive Vorbilder;
7. „peer education“ fördert jene Personen, die diese bereitstellen;
8. Bildung durch „peers“ wird vielleicht auch dann angenommen, wenn gewöhnliche Bildungsmaßnahmen scheitern;
9. „peer education“ kann verwendet werden, um jene Menschen zu bilden, die durch konventionelle Methoden nicht mehr erreicht werden;
10. „peers“ können das Lernen durch andauernden Kontakt verstärken und stützen (vgl. Bastien et al, 2008:191f.).

Bereits in der „Ottawa Charter“ (1986) galt:

„(...) acknowledge people as the main health resource; (...) accept the community as the essential voice in matters of its health, living conditions and well-being“ (WHO, 1986).

Dennoch werden Kinder und Jugendliche, welche sowohl PartnerInnen, als auch „stakeholder“ im Prozess der Förderung reproduktiver Gesundheit sind, bislang zu wenig von internationalen Organisationen, der Regierung, Eltern und Lehrkräften beachtet und auf deren Anliegen eingegangen. Ein partizipativer Ansatz nach Freire wäre erstrebenswert (vgl. Lie, 2008:88f.).

⁸⁸ Die 2003 gegründete niederländische Präventionskampagne „Dance4Life“ setzt sich aus vier Programmkomponenten zusammen: „Schools4Life“, „Campaign4Life“, „TV4Life“ und „Act4Life“. Diese Form der „sex education“ stützt sich auf den „Edutainment“-, als auch den „peer education“-Ansatz und arbeitet bewusst mit Mitteln, die Jugendliche ansprechen: ihren Medien, Ikonen, Musik, Tanz und Schulprogrammen. „Dance4Life“ hat zwei Ziele: 1. Aufmerksamkeit erzeugen und 2. Geld für Projekte sammeln. Durch einen kultursensiblen Ansatz ist es „Dance4Life“ gelungen, bereits in vielen verschiedenen Ländern erfolgreich Anwendung zu finden (vgl. Tjihuis, 2006:2;6f.).

“Freire’s critical consciousness holds value still, particularly for HIV/AIDS educators. Education designed to enable learners to understand complex social processes underpinning societal structures, challenge dominant ideologies and pose alternative ones, can make valuable contributions to HIV/AIDS education. Without critical reflection on suppressive structures, students may internalize them and end up perpetuating them subconsciously. This ability to see through hegemonic ideologies and practices is central to Freire’s critical pedagogy, and this is highly dependant on the transformation of teacher-student relations. Changes of this magnitude cannot occur in authoritarian settings however; democratic ideals must supplant domineering approaches. Teachers must be trained in participatory methods and in sharing their power with their students in the classroom; enabling them to empowering themselves” (Bastien, 2005:43).

Insgesamt betrachtet ähneln sich viele psychosoziale Modelle über gesundheitliches Verhalten, sie benützen meist nur andere Begrifflichkeiten. Modelle und Theorien wurden weltweit bereits in Studien in über fünfzig Ländern angewandt. Bisher wurde jedoch meist in allen diesen Ansätzen die individuelle Seite betont, eine stärkere Untersuchung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wäre erstrebenswert. Auch wenn diese Modelle weltweit häufig eingesetzt wurden, so stehen sie dennoch bezüglich der Anwendbarkeit vor allem bei der Reduzierung von Risikoverhalten bei HIV/AIDS in Zweifel (vgl. Aarø, Astrøm and Schaalma, 2008:49ff.). Auch Coppard (2008:40) betont, dass mehr Wissen nicht automatisch Verhaltensänderungen bewirkt. Mfangavo et al betonen ebenso, dass das Verhalten eines Menschen nicht so einfach verändert werden kann wie oftmals angenommen, selbst wenn das Bewusstsein über HIV/AIDS bereits sehr hoch ist (er nimmt hierbei eine Rate von 90% für Tansania an) (vgl. Mfangavo et al, 2005:50).

In einem Versuch Konsens zu erzielen erklärten führende ForscherInnen folgende acht Faktoren als wichtigste Variablen bei der Vorhersage von gesundheitlichem Verhalten:

- Intention
- Umwelt-Rahmenbedingungen
- Fähigkeiten
- Einstellungen/erwartete Ergebnisse
- Normen
- Eigene Standards
- Emotionen
- Selbstvertrauen (vgl. Aarø, Astrøm and Schaalma, 2008:54).

Eine Verhaltensänderung kann nur durch ein Zusammenspiel all dieser Faktoren erreicht werden (vgl. Mkumbo, 2008:13).

Viele Modelle haben oftmals nur auf die Individuen geachtet und den soziokulturellen Kontext außer Acht gelassen. Um Programme jedoch erfolgreich implementieren zu können, muss ein gutes Gleichgewicht zwischen dem theoretischen Inhalt und den Rahmenbedingungen (Kultur, Sprache, politischer Rahmen etc.) gefunden werden (vgl. Mkumbo, 2008:15;201-205; vgl. Kirby, Laris and Rolleri, 2007:213; vgl. Hema, Mujaya and Schapink, 1997:183; vgl. UNESCO, 2008:18). Ansonsten führt dies zu Widerstand und heftiger Kritik, wie dieses Zitat aus einer Publikation der katholischen Kirche aus Tansania zeigt:

„These sex-educationists come from the Western Countries with a team and a lot of money paying for the whole sex education program without informing the local people about the content of the syllabus, with little or no respect to UTAMADUNI and MILA (tradition and customs) of the host nation” (Catechist Department of Diocese of Moshi, 1993:64f.).

Madunagu (2007:87) betont, dass junge Menschen besonders während der Adoleszenz stark durch ihr Umfeld und den dadurch vermittelten Werten, Erwartungen, Tabus etc. beeinflusst werden. Oftmals führen die unterschiedlichen Informationen diverser Quellen zu großer Verunsicherung, weshalb einer umfangreichen Aufklärung, bei der verschiedenste stakeholder zusammenarbeiten, große Wichtigkeit zukommt (vgl. Grauer, 2005:14).

„Therefore, consistent with the social cognitive theory, the development of school-based SRE should take account of the individual determinants of sexual behaviour as well as the psychosocial-structural factors that are likely to impact upon the actual content and implementation of the programme“ (Mkumbo, 2008:15).

Eine Studie, die sowohl in Tansania als auch Holland durchgeführt wurde und bei Beantwortung derselben Fragestellung zu völlig konträren Antworten kam, legt nahe, dass persönliche Einstellungen in individualistischen Kulturen wie z.B. in Europa wichtiger für die Vorhersage des Verhaltens sind, wohingegen subjektive Normen in kollektivistischen Kulturen, wie z.B. in Afrika mehr Gewicht besitzen⁸⁹. Auch bei der Verwendung von sprachlichen Begrifflichkeiten ist äußerste Vorsicht geboten, da Übersetzungen häufig nicht die wirkliche Bedeutung einfangen können (vgl. Aarø and Astrøm, 2008:49ff.; vgl. Mkumbo, 2008:201-205).

Laut Hema, Mujaya und Schapink gibt es vier Möglichkeiten, um das gesundheitliche Verhalten Jugendlicher positiv zu beeinflussen:

⁸⁹ Bastien (2005:39) betont, dass Theorien individueller Ansätze in Tansania nicht gänzlich außer Acht gelassen werden dürfen, auch wenn oft gesagt wird, sie wären in kollektivistischen Gesellschaften nicht so relevant.

1.) Wissensstand aufbauen: Durch die Vermittlung von Informationen, hauptsächlich durch andere Jugendliche („peer education“), über HIV/STD Übertragungen, Prävention sowie die Konsequenzen von riskantem Sexualverhalten, Sexualität im Allgemeinen, als auch die Reifung beider Geschlechter wird ein größerer Wissensstand aufgebaut. Auch eine stärkere Auseinandersetzung mit dem Thema Gruppendruck („peer pressure“) wird angestrebt, denn umso besser Jugendliche darüber Bescheid wissen, desto leichter fällt es ihnen dagegen anzukämpfen.

2.) Risikowahrnehmung: erst wenn den Jugendlichen die Folgen von z.B. ungeschütztem Sex oder die Gefahren von Geld/Geschenken gegen Sex bewusst werden, kann dagegen erfolgreich vorgegangen werden.

3.) Wertewahrnehmung: es ist wichtig den Jugendlichen aufzuzeigen, dass auch andere Jugendliche (am besten sehr respektierte Jugendliche) das angestrebte Verhalten akzeptieren bzw. praktizieren und sich auch gewissen Normen unterwerfen.

4.) Selbstachtung/Selbstvertrauen: es ist unerlässlich Jugendlichen genügend Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen mit auf den Weg zu geben, um ihnen bewusst machen zu können, dass sie über ihr Handeln entscheiden können und auch einmal „Nein“ sagen dürfen. Oftmals sorgen Geschlechter-, Macht- und Altersunterschiede dafür, dass vor allem Mädchen nicht auf sicheren Sexualverkehr bestehen können. Daher ist es unbedingt notwendig den Jugendlichen die Fähigkeiten mitzugeben, über ihr Sexualverhalten selbst zu bestimmen (vgl. Hema et al, 1997:165f.).

Es benötigt also eine große Bandbreite an Interventionen, um zukünftig weiteres menschliches Leid verhindern zu können, da das Sexualverhalten und Risikoverhalten durch viele verschiedene Faktoren beeinflusst wird. Für nachhaltige Veränderungen, ist es wichtig neben theoretischem Wissen in aktiven Trainingseinheiten auch sogenannte „skills“ (praktische Fähigkeiten) zu vermitteln (vgl. Klepp et al, 2006:448f.; vgl. Bastien, 2005:34).

„(...) the skill-based programs were more effective at changing behavior than were the knowledge-based programs“ (Kirby, Laris and Rolleri, 2007:212).

Es hat sich gezeigt, dass es einfacher ist das Wissen und die Einstellungen der Menschen zu beeinflussen, als deren Verhalten (vgl. Bastien, 2005:41).

Laut Haag (2008:31) sollte das Thema HIV/AIDS im großen Zusammenhang mit Gesundheit, Genderverhalten und reproduktivem Verhalten bearbeitet werden. Bisher verlief die Aufklärungsarbeit jedoch vielfach unkoordiniert und viele Dinge wurden nicht ausreichend benannt.

„The education is provided without any management...Yes, always in the street, always they talk about how love is, that is how most of the people first engage HIV. Yes they don't talk about HIV „Ukimwi“ they don't talk about family planning. They just talk about love and how love is“ (zitiert nach Haag, 2008:97).

6.2. Praktische Ansätze

Nach diesen theoretischen Einführungen möchte ich nun verschiedene praktische Ansätze in der HIV/AIDS-Präventionsarbeit aufzeigen, wobei mein Schwerpunkt hierbei auf den Schulen liegen wird. Danach soll erläutert werden, woher in Tansania am liebsten Informationen bzgl. HIV/AIDS, Sexualität und Gesundheit bezogen werden.

Laut Krügel bedarf es einer Methode in der HIV/AIDS-Präventionsarbeit in Tansania, welche die Sexualität der Jugendlichen akzeptiert und diese durch Berücksichtigung ihrer Lebenswelt, Sprache und Kultur aufrüttelt und zu aktiven GestalterInnen macht. Dadurch soll das übliche LehrerInnen-SchülerInnen-Verhältnis aufgebrochen werden und junge Menschen einen verantwortungsvollen Umgang mit ihrer Sexualität entwickeln (vgl. Krügel, 2005:74).

„Das Kernstück erfolgreicher Präventionsarbeit ist die aktive Beteiligung von Gemeinschaften und von bereits bestehenden Institutionen in der Gesellschaft“ (Haag, 2008:29f.)

Viele Ansätze der Präventionsarbeit scheitern, da sie, um es mit Freires Worten zu sagen, auf einem „Bankiers-Konzept“ (siehe Kapitel 5) beruhen, wodurch sich die Zielgruppen zu wenig angesprochen fühlen. Sie sind durch ein Verhältnis gekennzeichnet, dass das Erwecken von emotionaler Betroffenheit erschwert (vgl. Krügel, 2005:73).

Außerdem ist die Infrastruktur oftmals unzureichend vorhanden, Medikamente sind zu teuer und/oder es gibt einen Mangel an qualifizierten Arbeitskräften. Darüber hinaus spielt auch der Bildungsgrad der Zielgruppe(n) eine enorm wichtige Rolle beim Erfolg einer Kampagne, da vor allem in ländlichen Gebieten die Zahl der Analphabeten noch höher ist und dadurch Aufklärungsmaterialien wie z.B. Plakate, Folder u.ä. oftmals nicht zielführend sind. In solchen Fällen kann man stattdessen auf alternative Wege wie z.B. das Radio, Zeichnungen oder das Theater setzen, um möglichst viele Menschen zu erreichen. Es gibt keine erfolgreiche Präventionskampagne, die weltweit eins zu eins übertragbar ist und Erfolg garantieren kann, da stets der Kontext entscheidend ist, indem diese angewandt wird. Durch das Einbeziehen von traditionellen HeilerInnen bzw. Personal aus dem lokalen Gesundheitssystem bei der Präventionsarbeit, können eventuell auftretende Hindernisse leichter umgangen werden (vgl. Haag, 2008:30).

Bis heute wurden Kinder innerhalb der Forschung gröblich vernachlässigt⁹⁰ und Studien, welche die sozialen Folgen der AIDS-Epidemie für Kinder und Waisen ausreichend aufzeigen fehlen (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:18; vgl. Bergh, 2008b:181).

6.2.1. „ABC“-Ansatz

Der berühmte „ABC“-Ansatz (Abstinence, Being faithful, Condomise) wird heute durch verschiedenste Medien propagiert. Abstinenz und Treue wurden und werden noch stark von religiösen FührerInnen und Geistlichen bevorzugt. Da dieser Ansatz alleine jedoch der Realität nicht gerecht werden konnte⁹¹, wurde er später um den Aspekt des Tragens von Kondomen erweitert (vgl. Krügel, 2005:69).

Es darf nicht das Ziel der Präventionsarbeit sein, dass Jugendliche gar keinen Sex haben, der Schwerpunkt der Arbeit sollte laut Krügel (2005:72) darauf liegen, ihnen einen verantwortungsvolleren Umgang mit Sexualität beizubringen. Auch bei der Konferenz 2000 in Durban wurde betont, „(...) dass man endlich akzeptieren müsse, dass junge Menschen sexuell aktiv sind und Sexualität ein Bestandteil ihres Lebens ist“ (Heinrichs, 2001:21).

Jugendlichen Sex einfach zu verbieten kann nicht die Lösung sein, um sie davon abzuhalten (ungeschützten) Sexualverkehr zu haben (vgl. Nganda, 2007:57).

“(...) it is a violation of ones fundamental human rights and freedoms guaranteed by numerous regional, national and international policies and legal instruments when attempts are made to control, rather than educate, people to express their sexuality positively, freely, and in good health. (...) parents, religious leaders and governments must acknowledge the reality of adolescent sexuality and teach them how to be healthy sexual beings without endangering themselves and others” (Madunagu, 2007:88f.).

Der „ABC“-Ansatz ist für viele Frauen bedeutungslos, da sie oftmals von Männern abhängig sind und alleine der Vorschlag ein Kondom zu verwenden, für viele Frauen schon zu gefährlich ist (siehe Kapitel 2). Schuld daran ist laut Schmid auch die Kirche, welche ebenfalls patriarchalische Strukturen stärkt (vgl. Schmid, 2007:195).

⁹⁰ Dies ist viell. darauf zurück zu führen, dass es sozial und kulturell betrachtet große Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen in Tansania gibt. Junge Menschen werden erst dann als verantwortliche soziale AkteurInnen wahrgenommen, wenn sie heiraten und sich reproduzieren. Früher war dies der Zeitraum nach der Initiation, heute nach Beendigung der Schule bzw. ab Volljährigkeit. Erst danach, so glaubt man, besitzt ein Mensch genügend Verstand (Swahili: „akili“), um zu einem vollkommenen Menschen (Swahili: „mtu mzima“) mit genügend Verantwortungsbewusstsein zu werden (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:18).

⁹¹ Auch eine Studie aus dem Jahr 2005 zeigte auf, dass viele TansanierInnen bereits sehr jung Sex haben (30% bzw. 43% zwischen 15 und 24 Jahren), häufig auch mit wechselnden SexualpartnerInnen. Doch nur ein Viertel der befragten Frauen und die Hälfte der Männer benutzte beim letzten Geschlechtsakt ein Kondom. Insgesamt hatten ein Drittel der Frauen und vier Fünftel der Männer risikobehafteten Sex (vgl. National Bureau of Statistics (NBS) and ORC Macro, 2005:14ff.).

“(…) the popular ABC model for the prevention of HIV transmission misses the point because in the face of inequalities, a married woman cannot abstain nor negotiate safer sex (condom use). Neither can she negotiate her partner’s fidelity (even if he is monogamous). Rapists do not use condoms” (Otiye-Igbuzor, 2007:208).

Innerhalb Tansanias herrschen unterschiedliche Auffassungen bzgl. Moral und Werten. Staat und Zivilgesellschaft ziehen noch nicht ausreichend an einem Strang, wenn es um die Eindämmung der Epidemie geht. Dies wurde bei der „National AIDS Care and Treatment Conference 2004“ klar, als das Fazit lautete: „We don’t answer to the crisis as if it were a crisis“ (Grauer, 2005:14). Während der Staat die Kampagne „Ishi“ („Lebe“) fördert, die den Gebrauch von Kondomen propagiert, wehren sich die Religionen dagegen und befürworten Abstinenz und Treue als Wege zur Eindämmung von HIV/AIDS (vgl. Grauer, 2005:14).

Die tansanische Regierung wirbt neben „ABC“ auch für die Stärkung der Rechte von Infizierten und für Aufklärung, insbesondere von Jugendlichen. In Tansania findet jedoch leider immer noch kein offener Diskurs über die Epidemie statt, so wie dies für eine effektive Prävention notwendig wäre (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:34).

Mittlerweile finden sich immer mehr Bemühungen auch indigene Konzepte von Krankheit in die bestehende Zusammenarbeit miteinfließen zu lassen, um mehr Akzeptanz und Erfolg bei Präventionsmaßnahmen zu erzielen (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:48).

Im öffentlichen Diskurs in Tansania gilt, dass ein moralisch korrektes Leben in einer monogamen, treuen Beziehung einen ausreichenden Schutz vor einer HIV-Infektion darstellt und daher besser sei als der Gebrauch von Kondomen. Ein 34-jähriger Familienvater dazu:

„So AIDS is there and condoms can protect you, but the really good way is to stay with your wife and to have no other one“ (zitiert nach Haag, 2008:99).

Kondome sind in Tansania zwar leicht erhältlich, dennoch kaufen viele Jugendliche keine, da sie es von ihrem sehr limitierten Taschengeld bezahlen müssten, das gerade einmal für diverse andere Ausgaben ausgelegt ist, wie z.B. die Bezahlung von Schulmaterialien, dem Bus etc.. Die Eltern um zusätzliches Geld für Kondome zu bitten ist für die meisten undenkbar, auch aufgrund der ohnehin schwierigen Kommunikation über Sexualität. Innerhalb einer Ehegemeinschaft ist die Verwendung von Kondomen in Tansania eher unüblich (vgl. Krügel, 2005:56f.). Viele verwenden Kondome zu Beginn einer Partnerschaft, hören dann jedoch oftmals wieder damit auf (vgl. Haag, 2008:98f.). Dies lässt sich auch auf mangelndes Wissen über die richtige Verwendung und Prävention von Geschlechtskrankheiten bzw. Schwangerschaften zurückführen.

Aufgrund des vielfach nur unregelmäßigen Kondomgebrauchs und der dennoch hohen Zahl an jährlichen Neuinfektionen, wächst bei der Bevölkerung der Eindruck, dass Kondome keinen ausreichenden Schutz bieten würden, was wiederum zu einer sinkenden Anzahl an Anwendungen führt. Dadurch steigt jedoch wiederum das Risiko für HIV-Neuinfektionen. Wissen/Aufklärung und Prävention hängen eng miteinander zusammen, bei mangelnder Bildung kann sich daraus sehr rasch eine Negativspirale entwickeln, die lediglich durch akkurate und sensible Aufklärungskampagnen gestoppt werden kann.

„I have heard about (sic!) that the condom is a protective way against HIV, but I don't believe it. Because a number of people have been using condoms and still HIV is spreading (...) Many people feel, that the only way to prevent HIV is to be straight to your attitude, that is the only solution“ (zitiert nach Haag, 2008:100).

Bezüglich der Verwendung von Kondomen herrscht immer noch große Ignoranz und Skepsis in Tansania. Auch viele Vorurteile sind diesbezüglich, aufgrund mangelnder Offenheit und Bildung⁹², im Umlauf. Viele sind der Überzeugung, dass der HI-Virus auch durch kleine Löcher in den Kondomen in den Körper eindringen könne und Kondome daher auch keinen ausreichenden Schutz bieten würden, weshalb eine Verwendung derselbigen unnützlich wäre. Eine 45-jährige Frau erzählte mir dazu folgendes:

„There are little holes inside the condoms and through them the virus can pass. So condoms are no good way of protecting yourself from „ukimwi“. I don't buy condoms, I save my money for things who really (sic!) can help me in my life“.

Ein Schuldirektor betonte, dass auch die Regelmäßigkeit des Gebrauchs ein großes Problem darstellt:

“Actually many people can use condoms, they use them at the first time, again the second time. Then they start to ignore it...so people have sex without condom, so still in our country HIV is a very big problem“ (zitiert nach Haag, 2008:98f.).

Wenn der „ABC“-Ansatz zu kurz greift, dann ist es auch wichtig manchmal ein „D“ für „Drama“ oder ein „E“ für „Edutainment“ als Methode der Präventionsarbeit einzusetzen, weshalb ich nun auf diese näher eingehen möchte (vgl. Krügel, 2005:70).

⁹² 94% der von Bastien befragten sagten, dass es ein Problem ist, dass LehrerInnen zwar über Kondome sprechen, jedoch nicht vorführen, wie diese anzuwenden sind. Viele Jungen, die in gleichgeschlechtlichen Befragungsgruppen erklärten, sie wüssten nicht genau wie Kondome anzuwenden seien, verleugneten dies in gemischten Gruppen und meinten lediglich, sie würden keine Kondome verwenden, da „nyama kwa nyama“ („Fleisch auf Fleisch“) ihnen besser gefiele. Dies zeigt deutlich, dass viele sich für ihre Unwissenheit schämen und andere Gründe angeben, weshalb sie Kondome nicht wollen (vgl. Bastien, 2005:85).

6.2.2. Theaterpädagogik

„Keine Erkenntnis, keine Tätigkeit, kein Wissen, keine Kunst, keine Form des Handelns und Verhaltens, die nicht im Theater sichtbar würden“ - Bharata (zitiert nach Krügel, 2005:9).

Da es jungen Menschen meist leicht fällt sich u.a. in Rollenspielen und Geschichten auszudrücken, sind vor allem Lieder, Theater oder Bilder geeignete Methoden um zum Nachdenken über falsche Vorstellungen, Gruppendruck etc. anzuregen (vgl. Hema, Mujaya and Schapink, 1997:170). Theaterpädagogik, welche Lernen durch aktives Handeln vermittelt ist aufgrund ihrer Interdisziplinarität schwierig zu definieren (vgl. Krügel, 2005:8). Sie unterscheidet sich vom klassischen Theater durch seine „erzieherische Wirkung“, die Interaktion mit dem Publikum steht hierbei klar im Vordergrund. Ziel ist die Unterstützung/Stabilisierung des Individuums, sodass dieses ein soziales Gleichgewicht zu seiner Umwelt erlangen kann, was gerade bei Jugendlichen in der Adoleszenz (siehe Kapitel 1) von großer Bedeutung ist. Gerade Schulen würden sich daher als Anwendungsgebiete sehr gut eignen. Theaterpädagogik wird im Bereich der sozialen Arbeit jedoch leider noch viel zu wenig eingesetzt, obwohl sich diese Art der Auseinandersetzung mit der Umwelt auf verschiedene Bereiche anwenden ließe: Prävention, Sozialtherapie, Resozialisierungsarbeit etc. (vgl. Krügel, 2005:11-14).

Diese Methode rückt die soziale und politische Umwelt in den Mittelpunkt, hilft dabei sich reflexiv mit persönlichen Einstellungen auseinander zu setzen, regt die Fantasie an und öffnet durch das Einnehmen fiktiver Rollen die Sicht auf Neues. Das wirkt sich wiederum positiv auf den Abbau von Vorurteilen aus und bietet die Möglichkeit Veränderungen der Wirklichkeit zu erproben. Sowohl durch das bloße Beobachten eines Theaterstücks als ZuseherIn, als auch durch aktives Handeln als DarstellerIn können Lernerfolge erbracht werden, die sich in vielen Lebensbereichen positiv auswirken. Jedoch ist fraglich wie sehr der Besuch einer zeitlich begrenzten Theatervorstellung tatsächlich nachhaltige Bewusstseins- und Verhaltensänderungen bewirken kann, da Lernprozesse meist erst durch längerfristige Aktivitäten eingeleitet werden. Wahrscheinlich ist jedoch, dass es durch die Übernahme einer aktiven Rolle innerhalb eines Theaterstücks durch die wiederholte, längerfristige und intensive Auseinandersetzung mit einem Thema eher zu nachhaltigen Lernerfahrungen kommt. Da sich Untersuchungen bislang eher dem pädagogischen Nutzwert von ZuseherInnen und weniger von DarstellerInnen gewidmet haben, kann darüber leider jedoch nur gemutmaßt werden.

Sowohl als aktiver, als auch als passiver Part kann man vom Theater profitieren. Durch Lernen am Modell, durch Einsicht, Imitation, Übung, Beobachtung, Interaktion, (Miss-)Erfolg, Versuch etc. können verschiedenste Bereiche des täglichen Lebens erfasst und in sinnlicher Art und Weise aufgearbeitet werden. Themen, wie zum Beispiel HIV/AIDS, die schwer in Worte zu fassen sind können dadurch erfahrbar gemacht werden. Durch die Zusammenarbeit mit anderen wird die Teamfähigkeit gestärkt, sowie die Planungs- und Organisationsfähigkeit. All diese und noch weitere Erfahrungen führen schlußendlich meist zu gesteigertem Selbstbewusstsein (vgl. Krügel, 2005:13-21).

Die Rolle als AkteurIn öffnet den Blick „(...) für die Existenz anderer, ebenso wie der eigenen auch realer Wirklichkeiten jenseits der Bühne“ und weckt „(...) das Vertrauen, selbst aktiver Gestalter der eigenen Wirklichkeit auch jenseits der Bühne zu werden“ (Krügel, 2005:24).

Die Theaterpädagogik kennt keine klaren Methoden und Techniken, jedes Einleben in eine Rolle ist individuell verschieden. Doch gerade die Wahrnehmung dieser Diversität ermöglicht Lernprozesse und schafft neue Impulse. Auch begrenzte Möglichkeiten und „Stolpersteine“ (wenig Budget, kleine Räumlichkeiten, beschränkte Planbarkeit etc.) hemmen den künstlerischen Prozess nicht, sondern können ihn sogar beschleunigen (vgl. Krügel, 2005:29f.). Vor allem theatrale Kleinformen (Improvisationstheater, Stegreiftheater, Theater im öffentlichen Raum etc.) sind m.A. nach besonders gut für Tansania geeignet, da sie sich durch einen begrenzten finanziellen und materiellen Aufwand, sowie räumliche Flexibilität auszeichnen (vgl. Krügel, 2005:39f.). Da Theaterpädagogik nicht sehr kostenintensiv ist, jedoch einen wichtigen Beitrag zur Stärkung des Selbstbewusstseins, zur Verbalisierung „schwieriger Themen“ sowie zur Wissensvermittlung beitragen kann, plädiere ich für einen stärkeren Gebrauch dieser Methode in der Präventionsarbeit von HIV/AIDS.

Bsp. gelungener theaterpädagogischer Ansätze in Tansania

MEUSTA („Mpango wa Elimu ya Ukimwi Shule ya Msingi mkoa wa Tanga“) ist eine NGO, welche mit norwegischer Hilfe finanziert wird und sich der HIV/AIDS Aufklärung in Tanga widmet. Im Zuge eines Schulfestes werden dort jährlich zu HIV/AIDS Theaterstücke aufgeführt und das Beste von ihnen prämiert (vgl. Jockenhövel-Schiecke, 2008:64).

2003 wurde in Tansania „The Young Citizens Program“ gestartet, bei dem 15 Bezirke mitmachten und wobei versucht wurde Wissen über HIV/AIDS durch Theaterspiel zu vermitteln. Durch eine starke Involvierung der Kinder und Jugendlichen als AkteurInnen wollte man herausfinden, in wieweit diese in der Lage sind „agents of change“ zu sein.

„Drama was selected as an innovative and interactive way for young adolescents to acquire knowledge about HIV/AIDS and openly engage community members in public performances and discussions of a complex and stigmatized topic. In Tanzania and elsewhere in Africa drama has been an effective participatory method for HIV/AIDS education“ (Kamo et al, 2008:202).

Die Kinder und Jugendlichen spielten 1-2x pro Woche vor ca. 50 Leuten und ermutigten damit die Gemeinschaften dazu Fragen zu stellen und aktiv am Geschehen teilzunehmen. Jene Erwachsenen, die diese Aufführungen gesehen hatten, äußerten sich positiver gegenüber Jugendlichen als GesundheitsfördererInnen. Außerdem waren sie verstärkt davon überzeugt, dass Eltern ihren Kindern ihren HIV-Status offen sagen sollten. Es fand also ein positives Umdenken bzgl. der Tabuisierung statt. Außerdem ließ sich feststellen, dass junge Menschen in der Lage sind andere öffentlich für das Thema zu sensibilisieren. Ein Wissenszuwachs konnte jedoch nicht verzeichnet werden. Sei dies, weil bereits vorher ein hoher Wissensstand vorhanden war, oder weil die Gegebenheiten dazu führten, dass nicht alle ZuseherInnen alles genau mitverfolgen konnten (vgl. Kamo et al, 2008:201ff.).

„The ultimate goal of the Young Citizens Program is to promote a range of skills and behaviors for HIV community competence in adolescents, their families, and their community members. In the context of the HIV/AIDS epidemic, children and adolescents have the most to gain in achieving HIV-competent communities by taking action to prevent their own orphanhood because of AIDS and to promote their own sexual health“ (Kamo et al, 2008:203).

6.2.3. „Edutainment“

„Entertainment-Education“ (EE), auch „Edutainment“ genannt und manchmal auch als „Infotainment“ bezeichnet, entstand in den 1960er Jahren in den USA (vgl. Lampert, 2003:463) und ist ein Begriff, der Bildung („education“) und Unterhaltung („entertainment“) in sich vereint (vgl. Krügel, 2005:70). Ziel des Ansatzes ist es prosoziale und gesundheitsfördernde Themen in Unterhaltungsmedien zu integrieren. Dadurch sollen die RezipientInnen für heikle und wichtige Themen (z.B. HIV/AIDS, Sexualität) sensibilisiert werden und die interpersonale Kommunikation gestärkt werden. Darüber hinaus wird eine kritische Reflexion der eigenen Haltungen und Ansichten angestrebt, um gegebenenfalls eine positive Verhaltensänderung zu erreichen bzw. ein gewünschtes Verhalten zu verstärken. Die Grundlage des EE-Ansatzes stellt die Theorie des sozialen Lernens von Bandura (1979) (siehe SCT) dar, welche besagt, dass soziales Verhalten im wesentlichen durch Beobachtung und Imitation, sowie durch Belohnung, Bestrafung und soziale Normen erlernt wird. Das wichtigste ist hierbei die Attraktivität, die das Modell auf den/die EmpfängerIn ausübt.

Je positiver der Vorzeigecharakter ist, desto höher die Chancen, dass die Zielgruppe sich mit selbigem identifiziert und dadurch das Verantwortungsgefühl für das eigene Handeln wächst. Ziel des EE-Ansatzes ist es, die RezipientInnen sowohl kognitiv, als auch emotional anzusprechen und ihnen das Gefühl zu geben, involviert zu sein, da dadurch nachweislich die pädagogische Wirkung steigt. Neben den positiven und negativen Charakteren innerhalb eines EE-Programms, spielen auch die „transitional characters“ eine enorm wichtige Rolle. Sie sind am besten dazu geeignet den EmpfängerInnen die Folgen von diversen Handlungen aufzuzeigen und sie persönlich anzusprechen, da sie große Ähnlichkeit mit der Zielgruppe haben. Wenn es also einem solchen „transitional character“ gelingt, aus einer ähnlichen Situation heraus sein Leben in eine positive Bahn zu lenken, so hat der/die EmpfängerIn, welche in einer ähnlichen Lage steckt, eher das Gefühl es selbst auch schaffen zu können. Der EE-Ansatz hat es als Ziel, sowohl präventiv, als auch kurativ zu wirken. Bisher gab es vielerlei Projekte, die vor allem in Ländern des Südens durchgeführt wurden (vgl. Lampert, 2003:461-465; vgl. Fuglesang, 2002:140f.).

„The entertainment-strategy is the intentional incorporation of educational messages into entertainment formats with the purpose of changing audience members' behavior“ (Rogers et al, 1999:194).

Der größte Erfolg wird erzielt, wenn die Botschaften zur Reflektion und dem Austausch anregen und die dafür notwendigen Dienstleistungen direkt vor Ort angeboten werden können. Oftmals zahlen Regierungen viel Geld um bildungsnahe TV- oder Radiosendungen zu produzieren, welche schlußendlich jedoch wenig Erfolg haben, da sie die Menschen nicht unterhalten. „Edutainment“ hingegen versucht z.B. mithilfe von Konzerten, Soaps, Talkshows, Wettkämpfen, Musik etc. die Aufmerksamkeit und das Interesse der Menschen zu wecken (vgl. Tjihuis, 2006:10f.; vgl. Fuglesang, 2002:140f.).

Auch wenn in den Medien das Thema Gesundheit täglich auf vielfältigste Weise behandelt wird, so beschränkt sich dies doch meist auf die Darstellung bestimmter Fragestellungen bzw. auf die Beleuchtung der negativen Konsequenzen der Medien auf Gesundheit (z.B. die Darstellung schlechter Vorbilder – z.B. Magermodels, weniger Sport durch höheren Fernsehkonsum usw.). Selten wird der Frage nachgegangen, inwieweit Medien auch eine gesundheitsfördernde Wirkung haben können (vgl. Lampert, 2003:461ff.).

“(…) forced sex regularly catches public attention largely through reports in the mass media, thus underscoring the role the mass media can play in imparting, and sensitising people on the importance of education on human sexuality. Health professionals (...) can enhance the role the mass media can play. They need to carry out research on human sexuality in the country and disseminate this information through publications such as booklets, journals, magazines and newspapers” (Kiiru, 2007:26).

Entertainment-Education versucht genau diesen Aspekt genauer zu untersuchen. Trotz bisher lediglich geringer Evaluationsstudien (überwiegend von Radiosendungen), wurde diesem Ansatz nahezu einhellig eine gesundheitsfördernde Wirkung nachgesagt (vgl. Lampert, 2003:461ff.). Häufig werden auch andere Initiativen unter diesen Begriffen subsumiert, ohne den Unterschied deutlich zu machen – eine differenzierte Betrachtungsweise wäre notwendig (vgl. Lampert, 2003:473).

„Entertainment-Education is the process of designing and implementing an entertainment program to increase audience members’ knowledge about a social issue, create more favorable attitudes, and change their overt behaviors regarding the social issue“ (Vaughan et al, 2000:82).

Medien sind mächtige Werkzeuge um jungen Menschen Nachrichten zu übermitteln und kurzzeitige Interventionen zu setzen (vgl. Flisher, Louw and Mukoma, 2008:254).

Bouman unterscheidet grob vier verschiedene Arten der Kooperation von Medien- und GesundheitsexpertInnen:

1. „EE production“: auf Initiative einer Gesundheitsorganisation, die hierfür die alleinige Verantwortung trägt, wird ein Programm entwickelt, realisiert und an Fernsehveranstalter verkauft.
2. „EE cooperation“: durch die Zusammenarbeit von Gesundheits- und MedienexpertInnen entsteht ein gemeinsames Unterhaltungsprogramm.
3. „EE inscript participation“: gegen Bezahlung wird ein Gesundheitsthema in ein bereits bestehendes Unterhaltungsangebot integriert.
4. „EE lobbying“: Gesundheitsorganisationen nehmen indirekt oder direkt Einfluss auf Programminhalte, sind jedoch auf das Entgegenkommen der MedienakteurInnen angewiesen (vgl. Bouman, 2002:226f.).

Die Einstellungen, Ziele und Arbeitsweisen der GesundheitsexpertInnen unterscheiden sich stark von jenen der MedienexpertInnen: während die einen an einer Förderung der Gesundheit interessiert sind, interessiert die anderen nur der wirtschaftliche Aspekt, während erstere pädagogisch wirken möchten, wollen die anderen überredend agieren etc.. Dadurch ist eine Zusammenarbeit nicht immer einfach. Dennoch konnten bereits vielfach erfolgreiche Projekte abgewickelt werden. Lampert (2003:466f.) verweist beispielsweise auf die erstmals 1993 in Tansania erfolgreich von „Radio Tanzania“ ausgestrahlte Radio-Soap „Twende na Wakati“ (Lass uns mit der Zeit gehen), welche gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium und PCI⁹³

⁹³ PCI = Population Communications International; wurde Mitte der 1980er Jahre gegründet und gilt als eine der ersten NGOs, die sich dem EE-Ansatz widmeten. PCI arbeitet international mit verschiedenen Institutionen

produziert wurde. Insgesamt verzeichnete die Radio-Soap innerhalb ihrer sechsjährigen Laufzeit große Erfolge. Die Serie wurden von den HörerInnen mehrheitlich als „sehr pädagogisch“ empfunden, aber trotzdem auch als sehr unterhaltsam. In einer breit angelegten Evaluation wurde nachgewiesen, dass die Serie zu einer größeren Akzeptanz gegenüber Familienplanungsstrategien beitrug, die Anzahl der SexualpartnerInnen verringerte und sich der Kondomgebrauch erhöhte. Außerdem wurden die HörerInnen sensibilisiert und die Selbstwirksamkeit, als auch die Kommunikation zwischen den EmpfängerInnen erhöht. Dies liegt sicherlich auch daran, dass die Hauptthemen Familienplanung und HIV/AIDS über das Radio vermittelt wurden, welches in Tansania von über 50% der Befragten als wichtigste Quelle für Informationen bezüglich HIV/AIDS angesehen wird. Das Radio spielt in Entwicklungsländern generell eine entscheidendere Rolle bei der Aufklärung als in sogenannten Industrieländern, da dadurch vor allem auch ärmere Menschen und Analphabeten in ländlichen Gebieten angesprochen werden können, die meist die größte Zielgruppe ausmachen.

Doch nicht nur die Art des Mediums ist für den langfristigen Erfolg eines EE-Programms oder Projekts entscheidend, sondern auch die Art der Entstehung und Übermittlung. So wurde bereits nachgewiesen, dass sich serielle Unterhaltungsformate am besten für EE eignen, da sie mehr Handlungsspielraum geben und über einen längeren Zeitraum andauern, wodurch eine größere Identifikation ermöglicht wird.

Bei der Entstehung ist entscheidend, dass Themen und Konzepte in Entwicklungsländern nicht von außen aufoktroziert werden dürfen, sondern in Kooperation mit den Menschen vor Ort entwickelt werden müssen. Durch ausreichende Kommunikation mit der einheimischen Zielgruppe können deren Einstellungen und spezifischen ökonomischen, kulturellen oder gesundheitlichen Bedingungen erarbeitet werden, woraus später von ExpertInnen eine „Wertematrix“ erstellt wird. Mit dessen Hilfe können auch die pädagogischen Inhalte umfasst werden, die es (nicht) zu vermitteln gilt. Dadurch soll für die AuftraggeberInnen sichergestellt werden, dass diese die richtigen Inhalte, Charaktere und Geschichten produzieren. Auch Monitoring und Evaluation stellen notwendige Teile eines erfolgreichen EE-Programms/Projekts dar. Je plausibler und alltagsnäher die dargebrachten Themen sind, desto höher stehen die Chancen eine nachhaltige Verhaltensänderung zu bewirken. Auch die Konsistenz der Botschaft, sowie die mehrmalige Wiederholung in verschiedenen Medien, als auch die Glaubwürdigkeit der Quelle spielen eine entscheidende Rolle.

zusammen und produziert Soap-Formate, welche im Radio oder Fernsehen ausgestrahlt werden. Näheres unter: www.population.org; (vgl. Lampert, 2003:464f.).

Außerdem muss die interpersonale Kommunikation erhöht werden, dies kann zum Beispiel mithilfe der Einbeziehung von Bedürfnissen und Sichtweisen der RezipientInnen geschehen. Trotz aller Möglichkeiten sind dem EE-Ansatz auch Grenzen gesetzt. So können die Medien allein keine Verhaltensänderung bewirken, sondern nur den Grundstein dafür legen, indem sie Menschen für gewisse Themen sensibilisieren und dadurch eine Reflektion der eigenen Verhaltensmuster bewirken, was wiederum zu potenziellen Veränderungen führen kann. Wenn komplexe, gesundheitliche Themen jedoch zu einfach dargestellt werden, so kann es auch zu Stereotypisierungen von Personen und verzerrten Darstellungen der Wirklichkeit führen (vgl. Lampert, 2003:468-473).

Um eine größtmögliche Nachhaltigkeit zu erreichen, wäre es am besten eine Kombination von medialen Angeboten und nichtmedialen Aktivitäten zu schaffen, wie zum Beispiel durch die Einbeziehung von Schulen, Familien oder der Nachbarschaft. Welche weiteren Medien können noch genutzt werden, die bisher noch nicht oder nur selten genutzt wurden? All diese Fragen müssen zukünftig noch mehr Berücksichtigung finden (vgl. Lampert, 2003:475).

„(...) although the direct effects of most mass-media messages on behavioral change are often modest (...), the indirect effects of the media in encouraging peer communication can be substantial“ (Rogers et al, 1999:208).

In Tansania herrscht bzgl. des Zugangs zu Medien große Ungleichheit zwischen Stadt und Land. Während Menschen aus der Stadt relativ leicht Zugang zu diesen haben und verhältnismäßig viel Öffentlichkeitsarbeit zu HIV/AIDS ausgesetzt sind, haben Menschen aus ländlichen Gebieten diese Möglichkeiten oftmals nicht (vgl. Bastien, 2005:82), wie ich selbst erfahren durfte. Vier veraltete Plakate und zwei bis drei verschiedene aufliegende Folder, sowie ein halb kaputter Vorzeigefilm stellten sämtliche medialen Ressourcen der AIDS-Beratungsstelle in Chipole dar, die ich mehrfach besuchte. Dies behindert natürlich auch den Erfolg von Präventionsprogrammen, wie mir Sr. Amina erzählte.

6.2.3.1. Printmedien

Das Jugendmagazin „FEMINA HIP“ (Health Information Project) wurde 1999 von mehreren internationalen und nationalen NGOs, sowie Vertretern der Medien ins Leben gerufen, um auf Grundlage des „Edutainment“-Ansatzes einen neuen Weg der attraktiven Aufklärung für Tansanias Jugend zu finden. Vorlage hierfür war das gleichnamige Magazin, welches bereits 1996 von Leticia Nyerere (der Schwiegertochter des 1.Präsidenten) aufgebaut wurde. Neben beliebten Themen wie Musik und Mode werden auch heikle Themen wie FGM (Female Genital Mutilation), STD's etc. angesprochen.

Der Vorteil einer Zeitschrift gegenüber dem Radio oder Fernsehen ist, dass das geschriebene Wort in Tansania als vertrauenswürdiger gilt und man bei Fragen die Informationen immer wieder nachlesen kann. Die Interaktivität wird hierbei durch Leserbriefe abgedeckt. Der Fokus auf die Darstellung von tansanischen Persönlichkeiten, als auch die hübsche Aufmachung wecken bei den Jugendlichen Vertrauen und sprechen sie an. Durch den lebensnahen Bezug soll sichergestellt werden, dass die Jugendlichen sich mit den Botschaften besser identifizieren können.

Im Schnitt lesen ca. 15-20 Personen ein Exemplar der vierteljährlich erscheinenden Ausgaben. Oftmals werden Artikel auch von Lehrkräften in den Schulen verwendet, da kein anderes Material zur Verfügung steht. Zusätzlich werden an über 1.000 tansanischen Sekundarschulen Gratisexemplare verschenkt. Ebenso wie „Dance4Life“ arbeitet auch „FEMINA“ mittlerweile seit 2002 mit anderen Medien, wie dem Internet und dem Fernsehen zusammen, wo zweimal wöchentlich Jugendliche über ein Thema diskutieren können (vgl. Kern, 2005:103;106ff.). Die Artikel erscheinen sowohl in Englisch, als auch Kiswahili, was die Zeitschrift einem breiteren Publikum zugänglich macht und außerdem eine Verbindung zwischen formellem und informellem Rahmen schafft. Darüber hinaus befindet sich in jedem Heft auch ein Fotoroman, um auch leseschwächere erreichen zu können. Moralische Botschaften von VertreterInnen des öffentlichen Lebens und der Religion werden dabei großgeschrieben (vgl. Kern, 2005:110ff.).

In den ländlichen Gegenden des Landes, wo die Zeitschrift nicht so leicht erhältlich ist, haben sich sogenannte „FEMINA-Clubs“ etabliert, welche von SchülerInnen auf Initiative von „FEMINA“ ins Leben gerufen wurden, um stets alle Themen der neuesten gratis zugesandten Ausgabe diskutieren zu können. Alles in allem gelingt es dieser Zeitschrift eine breite Leserschaft zu begeistern und ganz im Sinne des „Edutainment“ gleichzeitig zu unterhalten, als auch aufzuklären (vgl. Kern, 2005:117f.).

6.2.3.2. Radio/Musik

Lieder können sehr geeignet dafür sein, Wissen und Meinungen über HIV/AIDS zu transportieren, wie mir Mariam, ein 23-jähriges tansanisches Mädchen bestätigte:

„Nowadays you can hear a lot of information about „ukimwi“ in the radio. Everyday they talk about it, so that everyone can listen to it“.

Nicht nur Zeitschriften wie „FEMINA“, auch andere Institutionen wie bspw. das „National Arts Council of Tanzania“ (BASATA) wurden sich der großflächigen Wirksamkeit von Musik als Mittel der Aufklärung bewusst, wie Mr. Ruyembe Mulimba betont (vgl. Kern, 2005:114f.):

„’(...) sasa baada ya kuwatambua [wanamuziki hawa] na kuwaajiri tulitizama umuhimu wa musiki hii katika kuelimisha jamii ambapo ni rahisi sana katika kueneza ujumbe lakini pia ya kuburudisha”“ (zitiert nach Kern, 2005:114f.).

Ein gelungenes Beispiel wäre das Lied „Hey, Listen!“, welches sich speziell an junge TansanierInnen wendet und sie auf die Gefahren von „UKIMWI“ (Kiswahili: AIDS) hinweisen möchte. Der Song behandelt viele Themen die mit AIDS in Verbindung gebracht werden, wie z.B.: Schuld, Diskriminierung, Verwirrung, Ungewissheit, Moral, Verlangen, Hilflosigkeit etc. Außerdem zeigt die darin verwendete Sprache auf, dass AIDS in Tansania hauptsächlich mit Modernität, Mobilität und Reichtum in Verbindung gebracht wird (vgl. Setel, 1999:5f.). Auch der junge tansanische Künstler „King of Rap“ machte 1999 breitenwirksam auf die Gefahren von HIV/AIDS aufmerksam:

„Attention for SIDA, attention for AIDS
Watch out, it s dangerous
AIDS kills and troubles families
Father, mother, AIDS kills
Orphans increase and suffer
The nation is losing many of its people
Stop it, stop it
We will decrease AIDS here in Tanzania
A: allow
I: it to kill me
D: a treatment
S: 's not available

But I still won't leave the young girls alone”“ (zitiert nach Kern, 2005:114f.).

Auch andere Künstler, wie „King Crazy GK“ und „Pauline Zongo“ warnten bereits durch ihre Texte vor HIV/AIDS (vgl. Kern, 2005:114f.).

6.2.3.3. *Internet*

Die Bedeutung des Internets als Informationsquelle wächst auch in Tansania immer weiter an. Besonders bei jungen Leuten (insbesondere Männern) erfreut es sich großer Beliebtheit. Auch der Besuch von pornographischen Internetseiten wächst an, was jedoch bzgl. sexueller Aufklärung auch kritisch verfolgt werden muss, da das Internet hierbei oftmals auch als Trägermedium frauenverachtender Anschauungen über Sexualität agiert bzw. risikoreiches Sexualverhalten ohne Kondome propagiert⁹⁴ (vgl. Bastien, 2005:83).

⁹⁴ Kinder und Jugendliche erhalten häufig von verschiedenen Seiten unterschiedliche Informationen bezüglich Sexualität, HIV/AIDS etc. Dies zeichnet sich besonders in ihrem Verständnis von Maskulinität und Feminität ab, wo sie oftmals zwischen Tradition und Moderne gefangen sind. ProgrammplanerInnen müssen sich dessen bewusst sein (vgl. Bastien, 2005:88).

„Chezasalama – Play it safe“ ist eine Internetseite⁹⁵, auf Englisch und Kiswahili, die im April 2004 in Zusammenarbeit von FEMINA HIP, Student Partnership Worldwide (SPW) und der GTZ gelauncht wurde und sich mit sexueller und reproduktiver Gesundheit auseinandersetzt. Die Internetseite baut auf den bereits vorangegangenen Botschaften der „peer education“, des Theaters und der Printmedien auf und bietet ein neues, modernes Medium, das vor allem für junge Leute attraktiv ist. 2007 kürte „The Tanzania All Media and Product Survey“ (TAMPS) „Chezasalama“ zur zweitbeliebtesten Website des Landes, mit einer durchschnittlichen Anzahl von 2.700 BesucherInnen pro Monat. Das Thema HIV/AIDS rangiert unter den am meisten beachteten Themen, was deutlich macht wie wichtig die Informationsbereitstellung ist. Überdies ist zu beachten, dass die Website meist auf Kiswahili gelesen wird, was deutlich macht, dass die Benutzung der afrikanischen Landessprache maßgeblich für den Erfolg einer Kampagne ist. Die Mehrheit der InternetseitenbesucherInnen ist zwischen 24-30 Jahre alt, was der am stärksten betroffenen Bevölkerungsgruppe entspricht. 58% empfinden die Seite als bildend, 16% suchen sie auf, da sie immer neue Informationen finden, 10% da man sich hier selbst ausdrücken kann und 9% da es ihnen Freude bereitet. Ich vermute, dass dieses Medium vor allem auch deshalb so beliebt ist, da es Anonymität gewährt (vgl. Fuglesang et al, 2008:8f.).

6.2.4. „Voluntary Counselling and Testing“ (VCT)

Staatliche Aufklärungsprogramme setzten die Infizierung bisher mit einem schnellen Tod gleich, anstatt den Menschen aufzuzeigen, wie man mit HIV/AIDS umgehen kann (vgl. Dilger, 2005:28). Betroffene InterviewpartnerInnen von Dilger äußerten deutlich Unmut gegenüber der tansanischen Regierung. Trotz verstärkter Bemühungen habe sie es nicht geschafft, die Lebensbedingungen der Menschen mit HIV/AIDS grundlegend zu verbessern. Viele Befragte bezeichneten sich selbst als „lost generation“, welche nur noch als baldige Tote in ihrem Land wahrgenommen werden und für die nicht mehr gekämpft wird (vgl. Dilger, 2005:194).

„(...) the difference between HIV and other diseases is that, when you are infected with HIV your days are counted. So it means you stay at home and then you are waiting for death, isn't it like that“ (zitiert nach Haag, 2008:98)?

⁹⁵ Siehe <http://www.chezasalama.com/>

Da viele Menschen Angst davor haben sich ihr „Todesurteil“ abzuholen und sozial ausgegrenzt zu werden, meiden sie VCT-Zentren und lassen sich gar nicht erst testen (vgl. Dilger, 2005:30).

„Living positively with AIDS begins with the person getting to know the diagnosis. You can't begin to live positively if you do not know that you are HIV positive” (zitiert nach Dilger, 2005:178f.).

„Voluntary Counselling and Testing“ ist für die Prävention sehr wichtig, da es die Möglichkeit bietet, den eigenen HIV-Status kennen zu lernen, diesen mithilfe guter Beratung zu akzeptieren und zu lernen, wie man auch als HIV-positiver Mensch ein gesundes und erfülltes Leben haben kann (vgl. WHO a, 2010). Man lernt, wie man auch andere Personen vor einer Infektion schützen kann und bekommt bereits gleich nach der Diagnose medizinische Hilfe (vgl. Kakoko, 2006:9). VCT kann in Tansania entweder in bereits bestehenden öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, oder in separaten Stationen durchgeführt werden⁹⁶.

Trotz all dieser Vorteile des VCT kennen immer noch viele TansanierInnen ihren eigenen Status nicht⁹⁷. Doch was hindert die Menschen daran sich testen zu lassen? VCT ist für viele Menschen nicht leicht zugänglich, besonders in ruralen Gegenden ist dies noch öfters ein Problem (vgl. Kakoko, 2006:42). Doch auch soziale und psychologische Aspekte, wie zum Beispiel Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung, sind ausschlaggebend dafür, ob sich eine Person testen lässt oder nicht (vgl. Kakoko, 2006:10).

Insbesondere Kinder und Jugendliche leiden bisher an fehlenden Beratungs- & Behandlungsstellen, die auf ihre Bedürfnisse eingehen (vgl. UNESCO, 2008:29). Auch viele Frauen berichteten bei Haags Forschungen in Tansania von negativen Erfahrungen mit den Krankenschwestern oder gesundheitlichen BeraterInnen. Sie vertrauen ihnen nicht gänzlich, da diese oftmals keinen kompetenten Eindruck hinterlassen oder die Atmosphäre während der Beratung als unangenehm und unpersönlich empfunden wird. Viele MitarbeiterInnen in den Spitälern haben oftmals auch nicht ausreichend Zeit, um auf die Fragen der Frauen genügend einzugehen.

⁹⁶ Ende 2003 gab es in 255 Gesundheitszentren Tansanias die Möglichkeit sich testen zu lassen. Außerdem bestanden zur selben Zeit 34 eigene VCT-Stationen, welche entweder von NGOs, kirchlichen oder privaten Organisationen getragen wurden. Untersuchungen ergaben, dass bevorzugt integrierte Stationen von Menschen aufgesucht werden, die den Verdacht haben HIV-positiv zu sein, während die separaten Stationen eher von Leuten besucht werden, die gesund aussehen und auch von sich glauben, HIV-negativ zu sein (vgl. Kakoko, 2006:9).

⁹⁷ In einer Umfrage aus dem Jahr 2005 geht hervor, dass sich nur 6% der Frauen und 7% der Männer freiwillig innerhalb eines Jahres testen ließen. Lediglich 13% der Schwangeren wurden innerhalb der letzten zwei Jahre HIV-Tests angeboten und diese auch tatsächlich im Zuge der Geburtsvorbereitung durchgeführt. Diese pränatale Versorgung ist im städtischen Raum üblicher (33%) als im ruralen Raum (8%) (vgl. National Bureau of Statistics (NBS) and ORC Macro, 2005:15).

Wenn Frauen bezüglich einiger Fragen unsicher sind, so wenden sie sich meist eher an die Medien, FreundInnen oder Verwandte. Doch aufgrund der Vielzahl an bereits verfügbaren Informationsquellen entsteht oftmals eine Vielzahl an verschiedenen Ratschlägen und Meinungen, denen sich die Fragenden stellen müssen und wodurch wiederum Unsicherheit entsteht (vgl. Haag, 2008:84ff.). Ein weiterer Grund für die Ablehnung der Beratung in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen ist häufig die Tatsache, dass Frauen und Männer das Gefühl haben, ihre Verhaltensweisen würden moralisch bewertet werden, wodurch sie sich scheuen ehrlich und offen über Sexualität zu sprechen (vgl. Haag, 2008:90). Darüber hinaus zeichnen sich die dort verfügbaren Dienstleistungen oftmals durch mangelnde Privatsphäre bzw. Vertraulichkeit aus (vgl. Flisher, Louw and Mukoma, 2008:252). Die aufdringlichen, arroganten und paternalistischen Umgangstöne, die häufig in den medizinischen Institutionen herrschen, verhindern tiefergehende Gespräche (vgl. Bergh, 2008:113; vgl. Flisher, Louw and Mukoma, 2008:252). Es spielen aber auch individuelle Werte und Glaubenssätze (z.B. der Glaube, dass HIV-Positive, die sich testen lassen und dann erfahren, dass sie infiziert sind, schneller sterben als jene HIV-Positiven, die dies nicht tun) eine große Rolle bei dieser Entscheidung (vgl. Kakoko, 2006:12).

Die Ergebnisse meiner Untersuchung widersprechen diesem düsteren Bild ein wenig, da in meiner Umfrage herauskam, dass professionelle ArbeiterInnen aus dem Gesundheitssektor (sowohl von privaten Institutionen, als auch von jenen der Regierung) am liebsten für Informationen aufgesucht werden. Daraus könnte man schließen, dass diesen sehr viel Vertrauen bzgl. der Fachkompetenz entgegengebracht wird. Dieses abweichende Ergebnis kann natürlich auch daran liegen, dass in der Befragungsregion private Stellen (z.B. von religiösen Organisationen oder NGOs) vorhanden sind, die eine gute medizinische Versorgung anbieten, wodurch generell ein positiveres Bild gegenüber VCT besteht. Darüber hinaus ist mir bewusst, dass vierzig Befragte noch kein repräsentatives Bild einer Region ausmachen können.

Aufgrund der Ablehnung der Aufklärung in den Krankenhäusern kaufen viele Jugendliche Kondome lediglich in den Geschäften, ohne oftmals genauer über deren korrekte Anwendung Bescheid zu wissen (vgl. Haag, 2008:87).

„Some young people have friends who are older than them. Those elder friends teach them and they advice (sic!) them to use (...) condoms and other methods (...). The elder friends teach them, the elder women teach the young girls“ (zitiert nach Haag, 2008:87).

Auch die hohe Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen, die viele ungewollt schwangere Mädchen aus Verzweiflung selbst vorzunehmen versuchen, resultiert oftmals aus der mangelnden Zeit für Beratungen (vgl. Bergh, 2008:113) bzw. aus der großen Angst vor Schulabbrüchen, familiären Verstößen (vgl. Hema, Mujaya and Schapink, 1997:170) und aus der Schwierigkeit, einen legalen Abbruch durchführen zu lassen.

Um die Anzahl jener Menschen zu erhöhen, die sich zukünftig in Spitälern beraten lassen, muss vor allem die Qualität der Ausbildung der zukünftigen Arbeitskräfte erhöht werden. Diese Meinung teilt auch eine Krankenschwester:

„They should be able to work with the people, they should have knowledge. We should give the women a wide range of methods to decide a good one for them“ (zitiert nach Haag, 2008:89).

Nachdem ich nun genauer auf die verschiedenen Ansätze innerhalb der Präventionsarbeit eingegangen bin, möchte ich nun beleuchten, woher TansanierInnen bevorzugt ihre Informationen bezüglich Sexualität, HIV/AIDS und reproduktiver Gesundheit beziehen, um im Anschluss aufzeigen zu können, in wieweit sich Schulen daher als geeignete Stätte sexueller Aufklärung eignen (könnten).

6.4. Bevorzugte Informationsquellen

Für die Akzeptanz schulbasierter Aufklärungsprogramme ist es m.A. relevant zu wissen, ob und in wieweit TansanierInnen Schulen überhaupt als adäquate Stätte der Kommunikation wahrnehmen bzw. welcher anderen Quellen sie sich sonst noch bedienen. Daher möchte ich nun anhand verschiedener Forschungsergebnisse darauf eingehen.

Ungefähr ein Drittel aller Frauen und ca. 17% der Männer in Tansania sind keinen Medien, jeglicher Art, ausgesetzt. Doch 62% aller Frauen und 80% aller Männer hören mindestens einmal pro Woche Radio, welches das beliebteste Medium Tansanias ist. Ein Fünftel der Frauen sowie 36% der Männer lesen Zeitung. 17% der Frauen und 25% der Männer sehen einmal pro Woche fern. Lediglich 9% der Frauen und nur 16% der Männer haben zu allen drei Medien Zugang (vgl. National Bureau of Statistics (NBS) and ORC Macro a, 2005:34).

Das Ergebnis meiner Befragung⁹⁸ war, dass sich die Mehrheit der Befragten zwischen 15 und 55 Jahren am liebsten von Angestellten im Gesundheitssektor Informationen bezüglich Sexualität und reproduktiver Gesundheit holen (Männer: 89,4%, Frauen: 90,5%). An zweiter Stelle wurde das Radio⁹⁹ genannt, dahinter folgten öffentliche Sitzungen¹⁰⁰ bzw. der Fernseher¹⁰¹. Danach wurden Zeitungen bzw. das Internet und FreundInnen¹⁰² als Quellen genannt. Erst an achter Stelle folgte die Schule als Quelle¹⁰³ und an den letzten Platz wurden Verwandte¹⁰⁴ von meinen Befragten gereiht.

Eine meiner InterviewpartnerInnen, Yolanda Mbele, 49 meinte dazu:

“This (Anm.: sexuelle Aufklärung) was supposed to be a family responsibility, but teens now are exposed to this new technology & globalisation. They take that for granted that there (sic!) parents are outdated. They learn from these sources such as TVs, Internet, Magazines, etc. They communicate easily by cell phones and convince themselves that they know what is right”.

Nur ca. die Hälfte der Befragten im schulfähigen Alter zwischen 15-25 gab die Schule als bevorzugte Aufklärungsstätte an. Dies zeigt einerseits, dass hierbei noch großer Verbesserungsbedarf herrscht, andererseits aber auch, dass Schulen bereits für viele einen wichtigen Ort der Aufklärung darstellen.

⁹⁸ Ich erstellte einen Fragebogen und ließ ihn von vierzig Frauen und Männern aus dem Raum Ruvuma beantworten.

⁹⁹ Die Platzierung des Radios verwunderte mich nicht, wenn man bedenkt, dass das Radio jenes Medium war, zu dem die meisten Befragten Zugriff hatten (52,63% der Männer und 61,91% der Frauen).

¹⁰⁰ Da Gemeindetreffen bzw. öffentliche Sitzungen bei den von mir befragten Männern, als auch Frauen als wichtiges Medium angesehen wurden, würden sie sich m.A. gut eignen, um dort z.B. Theateraufführungen bzw. Workshops oder Tänze über HIV/AIDS aufzuführen.

¹⁰¹ Die Reihung des Fernsehers als dritthäufigste Informationsquelle ist erstaunlich, wenn man bedenkt, dass nur 10,53% der Männer und 14,29% der Frauen einen besaßen.

¹⁰² Bei den FreundInnen und dem Internet als bevorzugte Informationsquellen, hoben vor allem die jungen Menschen den Schnitt an: 40% betrug die Anzahl der 15-25 Jährigen; bei den 26-35 Jährigen waren es nur 20%, ebenso wie bei den 36-45 Jährigen. Interessanterweise benutzten mehr Frauen als Männer das Internet, ebenso tauschten sie sich häufiger mit FreundInnen über sexuelle Themen und HIV/AIDS aus – wobei auch hier das Übergewicht bei den jungen Menschen lag. Ich denke, dass Gleichaltrige für den Austausch besonders in der Pubertät wichtig sind, da junge Menschen während dieser Zeit, wie bereits erwähnt, viele Wandlungen durchlaufen. Daher glaube ich, dass „peer education“ eine wichtige Funktion im Kampf gegen die Pandemie haben kann. Je älter die Personen, desto seltener wurden FreundInnen befragt. Dies kann m.A. eventuell auf die mit dem Alter und den Erfahrungen verbundene steigende Angst vor Diskriminierung und Ausgrenzung zurückgeführt werden. Menschen, die bereits mehrfach Ausgrenzung erlebten (52,7% der Männer und 66,7% der Frauen), sprachen sich nämlich vermehrt dafür aus, dass es besser wäre den eigenen HIV-Status zu verschweigen. Dies kann eine Folgeerscheinung der erlebten Diskriminierung und Stigmatisierung sein bzw. ein Zeichen der Angst, dass so etwas wieder passieren könnte. Insgesamt sprach sich die jedoch sowohl die Mehrheit der Männer, als auch der Frauen für einen offenen Umgang mit Sexualität und HIV/AIDS aus.

¹⁰³ Das Schulen bei meiner Befragung lediglich den vorletzten Rang belegten, könnte darauf zurückgeführt werden, dass viele der Befragten damals selbst noch nicht in der Schule aufgeklärt wurden bzw. dies nur als unzureichend empfanden. Ca. 85% der Befragten äußerten jedoch, dass eine Integration von einigen der vorhergenannten Informationsquellen in Schulen helfen könnte, um den Unterricht für Kinder und Jugendliche attraktiver und offener zu gestalten. Außerdem sprachen sich 89,5% der Männer und 100% der Frauen für HIV/AIDS-Aufklärung, als auch VCT an den Schulen aus.

¹⁰⁴ Besonders auffällig war auch der sehr geringe Anteil von Verwandten als Informationsquelle. Spielten diese früher noch eine wichtige Rolle in der Aufklärung junger Menschen (siehe Kapitel 2), so hat dies laut meinen Ergebnissen bereits sehr nachgelassen.

Eine meiner Befragten, Nicola Chimbwi, 54 dazu:

„It is better to educate teenagers on sexual education in schools, before they start seeking by their own ways“.

Die meisten meiner Befragten, die keinen Zugang zu Radio, TV oder Internet hatten, fühlten sich trotzdem sicher und ausreichend informiert, da sie in den letzten drei Monaten dennoch HIV/AIDS-Präventionskampagnen ausgesetzt waren und über dieses Thema informiert wurden. Dies zeigt, dass nicht nur die Schule bzw. Radio, TV und Internet, sondern auch andere Wege der Aufklärung ausschlaggebend für Wissensvermittlung sind (z.B. Werbepлакate, Theateraufführungen, Gesundheitsdienststellen, FreundInnen, Bekannte und Familie). Auch Mkumbo (2008:32) betonte, dass Bildungsprogramme über Sexualität sowohl formell durch Schulen, religiöse Organisationen, Gesundheitseinrichtungen etc., als auch auf informellem Weg durch Eltern, „peers“ und Medien vermittelt werden können. Haags Feldforschung ergab, dass der Großteil der Befragten die Informationen aus dem informellen Sektor (Radio, Fernsehen, Freunde, Bekannte) bezieht. Auch Keele untersuchte die Informationsquellen 2005 und kam zu dem Schluss, dass 40% der Befragten ihre Informationen über das Radio beziehen (vgl. Haag, 2008:89). Auch ich denke wie Bastien (2005:84), dass sowohl formelle, als auch informelle Quellen Bestandteil jeglicher Präventionsprogramme sein sollten, da sie beide von großer Wichtigkeit sind (insbesondere für Kinder, die nicht (mehr) die Schule besuchen können¹⁰⁵).

Eine Umfrage, welche 1996 mit 1041 SekundarschülerInnen und StudentInnen Tansanias durchgeführt wurde, kam zu dem Ergebnis, dass das Radio und Zeitungen die wichtigsten Informationsquellen darstellten. Dicht dahinter lagen FreundInnen, als auch religiöse Führungspersonlichkeiten. Erst danach fanden sich Abweichungen bei den Geschlechtern. Während die Jungen nachfolgend das Fernsehen, ArbeiterInnen aus dem Gesundheitssektor, Eltern, LehrerInnen, öffentliche Poster und PolitikerInnen nannten, folgten bei den Mädchen an fünfter Stelle bereits LehrerInnen, danach Eltern, das Fernsehen, medizinisches Personal, öffentliche Poster und zu guter letzt PolitikerInnen. Dies zeigt, dass SchülerInnen/StudentInnen in Tansania ein breites Angebot an Informationsquellen besitzen.

¹⁰⁵ Zu diesen Kindern zählen: Kinder die nie in die Schule gegangen sind; jene, die diese aufgrund finanzieller Not bzw. Arbeit beenden mussten; Straßenkinder; andere Schulabbrecher; Schulkinder in ihrer Freizeit u jene, die nie in einer Schule waren. Kinder außerhalb der Schule sind schwer faßbar. Um diese Kinder zu erreichen eignen sich sämtliche Medien, sowie „peer educators“ oder andere Kinder, die noch zur Schule gehen, da meist viele informelle Kontakte zwischen den Kindern in- und außerhalb der Schule bestehen. Auch Berühmtheiten können als Vorbilder dienen. Wichtig ist es bei diesem Vorhaben immer auch selbst Jugendliche bei der Suche nach der geeigneten Methode zu integrieren, da Jugendkultur viele Eigenheiten aufweist, die man sonst nicht berücksichtigen und verstehen kann (vgl. Hema, Mujaya and Schapink, 1997:177f.).

96% der hier Befragten glaubten, die hierdurch erhaltenen Informationen seien adäquat. 95% aller besprachen HIV/AIDS mit anderen Personen, 2/3 hiervon mit der/dem PartnerIn (vgl. Aoyagi et al, 1999:188).

Bei einer Untersuchung, die 2004 in Kinondoni durchgeführt wurde, gab die überwiegende Mehrheit (86%) der befragten Erziehungsberechtigten an, dass sie die bevorzugte Quelle für die Sexualerziehung der Jugendlichen sein sollten. Mit 70% waren gleich dahinter religiöse Führungspersönlichkeiten gereiht, danach folgten die Medien mit 62%. Erst anschließend wurden das Personal aus dem Gesundheitswesen, die Schule, Verwandte oder Gleichaltrige gereiht (vgl. Kayombo and Mbonile, 2008:30).

„The fact is, sexuality education begins at home. Parents and caregivers are ought to be the primary sexuality educators of their children. Teachable moments and opportunities to discuss sexuality issues with children occur on a daily basis” (Nganda, 2007:57).

Lediglich 4% der Befragten gaben an, gar nicht mit ihren Kindern über Sexualität sowie reproduktive Gesundheit gesprochen zu haben. Kann man diesen Aussagen Glauben schenken, so würde dies bedeuten, dass sich Eltern sehr wohl noch für die Sexualaufklärung ihrer Kinder verantwortlich fühlen und diese als wichtig erachten (vgl. Kayombo and Mbonile, 2008:28f.).

“Honest, open communication between parents and children through childhood, the pre-teen years, adolescence and young adulthood can help lay the foundation for young people to mature into sexually healthy adults. Young people also learn from other sources. These include friends, teachers, neighbours, television, music, books, magazines, advertisement and the internet. These sources place increasing pressure on young people. (...) Children also frequently learn through planned opportunities in faith communities, community-based agencies and schools” (Nganda, 2007:58).

Bastien (2005:80f.) liefert jedoch ein anderes Bild: Nur 21% aller befragten SchülerInnen meinten, sie könnten zu Hause offen über Sexualität sprechen, wobei hierbei Bastien vermutet, dass ein höheres Bildungsgrad mit einer gesteigerten Offenheit einhergeht. Dies lässt nichts Gutes für den Großteil der tansanischen Bevölkerung vermuten, wenn man bedenkt, dass die hier befragten Kinder und Jugendlichen aus verhältnismäßig gut gebildeten Familien stammten. 52% der Mädchen gaben bei dieser Umfrage Schulen als ihre primäre Informationsquelle für sexuelle Themen an, während lediglich 21% der Buben dies auch taten. Für Buben stellten Massenmedien und Freunde beliebtere Informationsquellen dar.

Dazu muss jedoch gesagt werden, dass viele angaben, ihren Freunden bezüglich der Richtigkeit von Informationen nicht viel Vertrauen entgegenzubringen, sondern sich lediglich aufgrund des Gruppendrucks mit ihnen über sexuelle Erfahrungen zu unterhalten¹⁰⁶(vgl. Bastien, 2005:80f.). Alle befragten SchülerInnen stimmten darin überein, dass eine ihrer Hauptgesprächsquellen über Sex, Kondome und HIV/AIDS Gleichaltrige seien. Mädchen schien es leichter zu fallen sich gegenseitig Ängste und Fragen bzgl. Beziehungen anzuvertrauen (vgl. Bastien, 2005:86).

94% aller Befragten meinten es sei wichtig in Schulen über HIV/AIDS aufgeklärt zu werden (vgl. Bastien, 2005:85). Gleichzeitig gaben 53% aller befragten SchülerInnen an, sie hätten in den Schulen etwas anderes über Sexualität gelernt, als zu Hause von ihren Eltern¹⁰⁷ (vgl. Bastien, 2005:80). Auch 40% der von Aoyagi et al Befragten gaben an, sich Aufklärung über HIV/AIDS in ihrem Lehrplan zu wünschen (vgl. Aoyagi et al, 1999:188).

Studien zeigten, dass in der Regel die Mütter mehr über Sexualität mit ihren Kindern reden, besonders mit ihren Töchtern. Väter hingegen sprechen öfters mit ihren Söhnen darüber. Es stellte sich heraus, dass Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, sozioökonomische Stellung, Religion und der Wohnort bei der Eltern-Kind-Kommunikation eine Rolle spielen. Während einige behaupten, die Kommunikation lasse mit zunehmendem Alter des Kindes nach und andere dem widersprechen, steht fest, dass Mütter mit besserer Schulbildung ausführlicher mit ihren Kindern kommunizieren. Auch eine höhere sozioökonomische Stellung wirkt sich positiv auf offene Aufklärungsgespräche aus (vgl. Namisi et al, 2009:65f.).

20% der Erziehungsberechtigten gaben bei einer weiteren Befragung an, dass sie ihre Kinder zu Älteren schickten, damit diese dort ihren traditionellen Initiationsritus erleben konnten. Trotz des Niedergangs der traditionellen Strukturen in weiten Teilen des Landes, spielen traditionelle kulturelle Aspekte also für viele immer noch eine wichtige Rolle.

¹⁰⁶ Ein Bub erwähnte, dass er der Hilfe seiner Freunde nur bedürfe, um gemeinsam mit ihnen Mädchen als „gut“ oder „schlecht“ abzustempeln. Diskussionen über HIV/AIDS oder Kondome würden jedoch nicht dazu zählen (vgl. Bastien, 2005:86).

¹⁰⁷ Hema, Mujaya und Schapink (1997:171f.) meinen jedoch, dass Schule für viele TansanierInnen einen Ort darstellt, der die kulturellen Normen und Werte einer Gesellschaft reproduzieren soll. Eltern, die Gemeinschaft und Schulen erwarten sich ihrer Ansicht, dass SchülerInnen während ihrer Schulzeit keinen Sex haben sollen, weshalb dies auch an den Schulen propagiert wird. Über Sexualität wird laut ihnen so kommuniziert, wie dies auch die Eltern zu Hause tun. Restriktives Vorgehen wird dabei meist als Lösung angesehen – wenn dies nicht klappt, wird noch restriktiver vorgegangen. Oftmals kann bereits das Tragen eines Liebesbriefs zu Bestrafung führen, da dieser bereits als 1.Schritt in Richtung einer sexuellen Beziehung angesehen wird. Meist werden nur die schwangeren Mädchen bestraft und von der Schule verwiesen, der Bub bleibt meist unbekannt bzw. wird nicht bestraft. In seltenen Fällen müssen auch die bekannten Buben die Schule verlassen.

Viele Eltern meinten, dass es ihrer Kultur widerspräche sich selbst mit ihren Kindern über diese Themen zu unterhalten. Auch Gleichaltrige und Medien sind laut dieser Umfrage wirksame und starke Instrumente bei der Beeinflussung des Sexualverhaltens junger Menschen. In der Untersuchung wurde auch über die richtige Methode der Vermittlung gesprochen. Während sich über 60% für Ratschläge aussprachen, meinten einige dass auch Verbote und Diskussionen geeignete Mittel wären. Viele fanden es gut, die Aufklärungsarbeit in Unterrichtsfächer einzubinden. Die Frage sei hierbei nur, wie man die Aufklärung in Schulen richtig betreiben und gleichzeitig dafür Sorge tragen könne, dass die vielen dafür relevanten kulturellen und religiösen Aspekte mit einbezogen werden. Erstaunlicherweise¹⁰⁸ wurden in dieser Studie die Schulen sehr weit hinten als mögliche Orte der Aufklärung eingereiht, 56% der Befragten waren sogar davon überzeugt, dass eine sexuelle Aufklärung an den Schulen sogar zu Neuinfektionen mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Infektionen beitragen würde. Während sich mehr als die Hälfte der Frauen für die Einführung der Bildungsprogramme über HIV/AIDS und sexuelle/reproduktive Gesundheit in Schulen aussprachen, waren mehr als die Hälfte der Männer dagegen. Viele Menschen in Tansania fürchten nämlich, dass der Gebrauch von Kondomen sowie die Aufklärung an den Schulen zu Promiskuität und einer Weiterverbreitung von HIV führen könnten. Schulen scheinen nach den Ergebnissen dieser Studie nicht so sehr als Orte der Aufklärung geeignet zu sein (vgl. Kayombo and Mbonile, 2008:28fff.).

Mithilfe von Fragebögen wurde Anfang 2004 in Dar es Salaam eine Studie durchgeführt deren Ziel es war herauszufinden, mit wem Jugendliche beider Geschlechter am liebsten über Intimes sprechen (vgl. Namisi et al, 2009:65f.). Die drei Hauptthemen der Untersuchung waren: HIV/AIDS, Abstinenz und Kondome. Das durchschnittliche Alter betrug ca. 13 Jahre. Die befragten Teenager reiheten folgende Personen auf, beginnend mit jener, mit der sie am liebsten darüber sprechen: 1) Mutter, 2) Vater, 3) anderen erwachsenen Familienmitgliedern, 4) LehrerInnen, 5) andere. Weniger als ein Drittel der Eltern besaß einen Primarschul – oder geringen Schulabschluss. 42% der TeilnehmerInnen hatten eine geringe sozioökonomische Stellung (vgl. Namisi et al, 2009:67f.).

¹⁰⁸ Es wurde erwartet, dass die Erziehungsberechtigten aufgrund des Fehlens der traditionellen Riten mehrheitlich für eine Einführung der Aufklärung an Schulen seien. Doch die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass es unter den Eltern und religiösen Führern gemischte Gefühle bezüglich der Aufklärung an Schulen gab (vgl. Kayombo and Mbonile, 2008:28fff.).

Dies lässt den Schluss zu, dass Kinder und Jugendliche ihre Eltern trotz geringer Bildung und sozioökonomischer Stellung als verlässliche Quellen ansahen. In Dar es Salaam berichteten 69,3% - 84,1% der Befragten, mit Lehrkräften über gewisse Themen nicht sprechen zu können, abhängig von Geschlecht und Thema. 18% gaben an niemals oder fast nie mit jemandem über diese Themen zu sprechen. Über den Kondomgebrauch wurde am meisten geschwiegen – das Sprechen über HIV/AIDS fiel am leichtesten (vgl. Namisi et al, 2009:70). Im Zuge dieser Studie ließen sich deutliche Unterschiede bei den Geschlechtern feststellen: Bei den Mädchen nahm das Schweigen über diese heiklen Themen mit dem Alter ab, bei den Buben hingegen nicht. Dennoch war Schweigen bei den Mädchen weiter verbreitet. Dies kann auf die Angst vieler Eltern zurückgeführt werden, welche glauben, dass steigende Kommunikation auch zu gesteigerter sexueller Lust führen würde. Insgesamt haben Studien bisher gezeigt, dass Kinder in Afrika im Zuge der sexuellen Sozialisation eher als passive ZuhörerInnen angesehen werden und nicht aktiv in den Aufklärungsprozess miteinbezogen werden. Die aktive Teilnahme der Jugendlichen (z.B. Fragen stellen, Theaterspiele, Diskussionen, etc.) muss jedoch gefördert werden, da eine asymmetrische Form der Kommunikation hinderlich ist. Hinzu kommt, dass sexuelle Themen als etwas angesehen werden, was man in Tansania nur zwischen Erwachsenen und Verheirateten bespricht und nicht Thema der Öffentlichkeit sein darf. Vor allem das Sprechen über Kondome wird von vielen Eltern gemieden, da sie darin eine Erlaubnis für promiskuitives Verhalten sehen. In Dar es Salaam ließ sich kein Zusammenhang zwischen der Religion und der Kommunikation zwischen Eltern und Kindern feststellen (vgl. Namisi et al, 2009:71 ff.).

Aus diesen Studien, die sich in ihren Ergebnissen tlw. ziemlich unterscheiden, wird m.A. nach nur eines ganz klar ersichtlich, nämlich dass Kinder und Jugendliche heute aus vielen verschiedenen Quellen ihre Informationen beziehen. Schulen werden großteils bereits als geeignete Orte für „sexuality education“ wahrgenommen. Doch was genau versteht man eigentlich unter diesem Begriff und in wie weit sind tansanische Schulen heute bereits tatsächlich in der Lage sich dieser schwierigen Aufgabe zu stellen? Dies möchte ich nun erläutern.

6.5. „sexuality education“ – eine Begriffsklärung

Nachdem ich bereits auf den Nutzen von allgemeiner Bildung im Kampf gegen HIV/AIDS eingegangen bin (siehe Kapitel 5), möchte ich mich nun dem Nutzen von speziellen Aufklärungsprogrammen über Sexualität, reproduktive Gesundheit, Familienplanung und HIV/AIDS widmen.

„We know that teenagers are having sex. [...] Not only are these kids having sex, but they are obviously having unprotected sex. I am not saying that sexuality education will stop them from having sex, but maybe some of these teenagers will think twice before having unprotected sex. Thinking is the goal of sexuality education programs. Teenagers need to think before they act in many aspects of life, but in sexual contexts even more” (Makinwa-Adebusoye and Tiemoko, 2007:6).

Im Zuge meiner Recherche bin ich diesbezüglich hierbei auf viele verschiedene Namen gestoßen. Während in einigen Staaten, wie z.B. im UK hauptsächlich die Bezeichnung „sex and relationships education“ (SRE) Anwendung findet, spricht man in den USA meist von „sexuality education“, in den Niederlanden von „sex education“, in Kanada von „sexual health education“ usw. In Tansania fanden bereits verschiedenste Bezeichnungen Verwendung, wie ich im Zuge meiner Arbeit herausfand. Doch auch wenn die Aufklärung über Sexualität, Reproduktion, Beziehungen, HIV/AIDS und STD's etc. immer verschiedene Namen („sexuality education“, „sex education“, „family life education“ etc.) trug, so verbarg sich dahinter meist dasselbe Ziel, wenn auch mit anderer Schwerpunktsetzung¹⁰⁹ (vgl. Mkumbo, 2008:20ff.). Häufig wird im Zusammenhang mit Aufklärung über HIV/AIDS auch oft der Begriff der „sexual and reproductive health“ (SRH) verwendet. Doch was genau versteht man darunter?

„Reproductive health, which addresses the reproductive processes, functions and systems at all stages of life, is aimed at enabling men and women to have responsible, satisfying and safe sex lives, as well as the capacity and freedom to plan if, when and how often to have children. The relationships between HIV and sexual and reproductive health are well recognized. (...) Underlying social and economic factors such as poverty and gender inequality contribute to both HIV transmission and poor sexual and reproductive health“ (vgl. UNAIDS n.d.).

SRH stellt also einen sehr breiten Begriff dar, der es sich nicht nur zum Ziel gemacht hat über Sexualität aufzuklären, sondern auch auf die sozioökonomischen und kulturellen Umweltfaktoren Rücksicht zu nehmen.

Laut Setel (vgl. 1999:4) ist dies der richtige Ansatz, da es für die Eindämmung der Pandemie sowohl einer Beeinflussung des Sexualverhaltens, als auch des reproduktiven Verhaltens bedarf.

„For Tanzania and for Africa more generally, AIDS , sex, and reproduction are bound together and surrounded by forceful cultural ideologies about relations of production and reproduction“ (Setel, 1999:15).

¹⁰⁹ Die meisten genannten Programme kennzeichnen sich durch Wissens- und Informationsvermittlung, das Erlernen von Fähigkeiten in Beziehungen und zwischenmenschlichen Kontakten, sowie das Ergreifen von Werten und Einstellungen aus (vgl. Mkumbo, 2008:20ff.).

Auch SRE besitzt einen breiten Ansatz. Man versteht darunter:

“(…) a lifelong process of acquiring information and forming attitudes, beliefs, and values about identity, relationships, and intimacy. It encompasses sexual development, reproductive health, interpersonal relationships, affection, intimacy, body image, and gender roles. Sexuality education addresses the biological, sociocultural, psychological, and spiritual dimensions of sexuality from 1) the cognitive domain, 2) the affective domain, 3) the behavioural domain, including the skills to communicate effectively and make responsible decisions” (Bruess and Greenberg 2004, S:19).

SRE muss die Menschen mit drei fundamentalen Aspekten sexueller Gesundheit ausstatten: relevanten Informationen, einem angemessenen ethischen Rahmen und den notwendigen Fähigkeiten, um getroffene Entscheidungen umzusetzen (vgl. Reiss 1993, S.130).

Ich persönlich bevorzuge die beiden Begriffe SRH und SRE, da sie m.A. nach den breitesten Blickwinkel auf die Dimensionen der Pandemie besitzen. Dennoch habe ich im Zuge meiner Arbeit auch immer wieder den oftmals zitierten Begriff der „sexuality education“ verwendet, da er leicht verständlich und sehr bekannt ist.

“Strengthening policy and programme linkages between HIV and sexual and reproductive health is essential for either effort to be successful and for both efforts to contribute, as they must, to the achievement of the Millennium Development Goals”
- NY Call to Commitment 2004 (UNAIDS n.d.).

Die WHO verlautbarte, dass sexuelle Gesundheit ein integraler Bestandteil von Gesundheit ist, welche wiederum ein fundamentales Menschenrecht darstellt, weshalb folglich auch sexuelle Gesundheit ein grundlegendes Menschenrecht darstellt. Daher ist die Ablehnung des Zugangs zu SRE “(…) tantamount to a violation of this human right” (McKay, 1999:28).

„Yet for a variety of reasons, the reproductive health of young people is particularly neglected and many millions lack the information, skills and equipment to prevent contracting or passing on HIV or other diseases or to avoid unwanted pregnancy“ (vgl. UNAIDS n.d.).

6.6. Schulen als geeignete Orte der Aufklärung?

„Clearly, the school’s potential to serve as an arena or platform for change must be considered concurrently with the barriers which prevent it from doing so“ (Bastien et al, 2008:207).

Haag (2008:30), Nganda (2007:61ff.), Ingall et al (2007:483f.) und Coppard (2008:40) sind der Ansicht, dass Schulen einen guten Ort für „sexuality education“ darstellen, da junge Menschen von ihren Eltern heutzutage ohnehin kaum mehr aufgeklärt werden und man dort viele junge Menschen zeitgleich und langfristig in einem institutionellen Rahmen erreichen

kann¹¹⁰. Darüber hinaus zeigt erst die kontinuierliche Konfrontation der Kinder und Jugendlichen mit HIV/AIDS präventive Wirkung (vgl. Haag, 2008:90). Dass es länger andauernder Interventionen bedarf, um tatsächlich Verhaltensänderungen bei Kindern und Jugendlichen bewirken zu können, bestätigte auch eine Studie, welche 1998-2002 in der Region Mwanza in 10 Primarschulen durchgeführt wurde¹¹¹ (vgl. Anemona, Chungalucha and Cleophas-Mazige, 2007:1943-1955).

Auch wenn viele Erwachsene die Aufklärung junger Menschen über HIV/AIDS, sexuelle Gesundheit etc. ablehnen, steht die Bedeutung der Vermittlung von diesbezüglichen Informationen außer Frage. Daher garantiert auch Artikel 10 der Europäischen Konvention für Menschenrechte diese Freiheit auf Information für jeden Menschen (vgl. Kinemo, n.d.:7f.). Artikel 26 der „United Nations Declaration on Human Rights“ verkündet ebenso das Recht auf Bildung, welche auf die völlige Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit ausgerichtet ist. Da eine HIV-Infektion eine solche Entwicklung hemmt, schließt hierbei das Recht auf Bildung auch das Recht mit ein, jenes Wissen und jene Fähigkeiten zu erhalten, die notwendig sind, um sich vor HIV/AIDS zu schützen. Auch die „Jomtien Declaration“ (Art.1) bezeichnet jenes Wissen, das notwendig ist um überleben zu können, als grundlegendes Lernziel für alle Menschen (vgl. Kelly, 1999:12).

¹¹⁰ Besonders Primarschulen besitzen in Tansania laut Mkumbo et al (2009:29) ein großes Potential, da man dort die Mehrheit der jungen Menschen erreichen kann (80%), wohingegen Sekundarschulen weniger als 15% erreichen.

¹¹¹ 1998-2002 wurde in der Region Mwanza in 10 Primarschulen (Klasse 5-7) mit insgesamt 9645 Jugendlichen eine Studie durchgeführt (10 weitere Schulen dienten als Kontrollgruppe). Ziel war es, ein Aufklärungsprogramm für Jugendliche zu testen, welches sich aus mehreren Komponenten zusammensetzte. Man bediente sich vier unterschiedlicher Zugänge, um einen nachhaltigen Erfolg (Wissenszuwachs, erhöhtes Risikobewusstsein, Verhaltensänderung) zu erreichen: 1) es wurden 12 mal im Jahr 40minütige partizipative, von den Lehrkräften geleitete und peer-assistierte Schulunterrichtseinheiten abgehalten, 2) 2-4 MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen der Regierung wurden eine Woche lang speziell trainiert, um Jugendlichen eine altersgerechte, freundliche Beratung zukommen lassen zu können und vierteljährlich „supervised“, 3) 4-5 ausgewählte Jugendliche wurden darin trainiert Kondome in ihrer Gemeinschaft erfolgreich zu vermarkten und zu verteilen. Darüber hinaus wurden in den Gemeinschaften noch zusätzliche Aktivitäten durchgeführt, um auf das Thema aufmerksam zu machen. Hierzu zählen u.a. alljährliche Jugend-Gesundheits-Wochen, Wettkämpfe zwischen den Schulen sowie Auftritte von lokalen Jugendgruppen, halbjährlich Gesundheitstage in den Gesundheitseinrichtungen und vierteljährlich Videoaufführungen mit anschließenden offenen Diskussionen. Die Durchführung fand auf einem hohen qualitativen Niveau statt und wurde regelmäßig genauestens evaluiert. Die Ergebnisse belegen deutlich, dass sich Personen dieser Altersgruppe im ländlichen Teil Tansanias in großer Gefahr befinden. Es besteht ein hohes Risiko für frühe Schwangerschaften und Ansteckungen mit diversen Geschlechtskrankheiten. Eine mehrfache Implementierung erfolgreicher Programme dieser Art, die rasch und relativ günstig (ca. 1-10 USD pro Jahr und Kind) durchgeführt werden können, wäre daher wünschenswert. Das sexuelle Debut hat bei den Mädchen der Interventions- und Kontrollgruppe ca. gleichzeitig stattgefunden, bei den Jungen in der ersten Gruppe jedoch ein wenig später (60% zu 72%). Besonders die Anzahl der SexualpartnerInnen sank in der männlichen Interventionsgruppe (19% zu 28% bei der Kontrollgruppe). Obwohl die Anzahl des Kondomgebrauchs in den Interventionsgruppen beider Geschlechter höher war, blieb der Gebrauch beim letzten Akt insgesamt immer noch relativ gering (weniger als 30%). Die Anzahl der gemeldeten Geschlechtskrankheiten und Schwangerschaften war in den Interventionsgruppen ebenfalls geringer, wenn auch nicht markant (vgl. Anemona, Chungalucha and Cleophas-Mazige, 2007:1943-1955).

„We need to empower every person particularly women, the poor, the uneducated and children of their rights to information, knowledge and technology which is vital for self protection from the risk of HIV infection and appropriate behaviour change“ (Kinemo, n.d.:10).

Auch Theresia Hakili meint diesbezüglich:

„The situation might get worse if the young people are not educated on how to protect themselves. They should know that it is important to test before getting married or giving birth“ (zitiert nach PCD; Weltbank 2008, S.58).

Um das Lernen in einer angenehmen, nicht ängstigenden Atmosphäre zu ermöglichen, ist es wichtig, dass Schulen mit den notwendigen Ressourcen, wie z.B. Einrichtungen und ausgebildeten Lehrkräften ausgestattet sind. Schulen stehen darüber hinaus laut Mkumbo (2008:32f.) in direktem Kontakt mit der Gemeinschaft und bieten daher die Möglichkeiten sexuelle Aufklärungsprogramme mit anderen Gesundheitsprogrammen zu verlinken. Außerdem ist bekannt, dass die Hälfte der HIV-Neuinfektionen bei 15-24 Jährigen stattfinden und die Altersgruppe der 5-14 Jährigen die geringste Prävalenz aufweist, weshalb die Aufklärung junger Menschen ein enormes Potential zur Vermeidung zukünftiger Ansteckungen bietet (vgl. Anemona, Changalucha and Cleophas-Mazige, 2007:1944; vgl. Klepp et al, 2006:441; vgl. Mkumbo, 2008:32f.; vgl. Bergh, 2008b:162;182)¹¹².

Da Kinder und Jugendliche sich während ihrer Schulzeit erst im Prozess der Adoleszenz (siehe Kapitel 1) befinden, in dem sie ihr sexuelles Verhalten noch nicht fertig ausgebildet haben, sind Schulen ein geeigneter Ort um junge Menschen zu späteren verantwortungsbewussten und vernünftigen Erwachsenen heranzuziehen (vgl. Mkumbo, 2008:32f.).

„(...) these children represent hope because they are likely to be either in primary education or in the lower classes of secondary school. Being at school is expected to provide life skills and protection from HIV infection. However, the increasing number of orphans and the socio-economic impact of the epidemic have resulted in lower school attendance“ (Bergh, 2008b:164).

Ademola betont, dass die sexuelle Entwicklung junger Menschen oftmals vor deren mentaler und emotionaler Entwicklung stattfindet und diese daher meist noch nicht die Fähigkeiten (“skills”) besitzen, um mit möglichen negativen Folgen ihres Handelns korrekt umgehen zu können, weshalb sexuelle Aufklärungsarbeit für diese Altersgruppe von so entscheidender Bedeutung ist (vgl. Ademola, 2007:68).

¹¹² Die Weltbank betitelte diese jungen Menschen gar als „window of hope“, da sie noch nicht infiziert sind und die Möglichkeit einer Prävention in ihren vulnerabelsten Jahren durch schulbasierte Aufklärungsprogramme noch gegeben ist (vgl. THE WORLD BANK, 2002:ixf.;5).

Auch Theresia Hakili, eine ehemalige Lehrerin (siehe Kapitel 5) meinte:

“Let students, teachers and all people working in the education sector wake up and take part in the fight’ (...) Young people need to be educated on HIV in schools so that they can make informed decisions” (zitiert nach PCD; Weltbank, 2008:57).

Laut Klepp et al (2006:441) gelten Aufklärungsprogramme in Schulen als effektivste Art um Wissen zu vermitteln und junge Menschen zu einem gesunden Leben und weniger riskantem Verhalten zu bewegen. Auch Kelly (1999:14) stimmt dem zu und meint:

“(...) school can counter the silence and reduce the stigma and discrimination surrounding HIV/AIDS. By doing so, it moves the response forward“.

Lehrkräfte sind wichtige Vorbilder für Schulkinder, die aufgrund ihres Alters oftmals noch leicht beeinflussbar sind (vgl. Kiiru, 2007:26). Dennoch sind viele von ihnen heutzutage nicht motiviert genug bzw. ausreichend ausgebildet, um Kinder und Jugendliche über Sexualität und HIV/AIDS aufzuklären (vgl. Bergh, 2008:109; vgl. Coppard, 2008:40; vgl. Ingall et al, 2007:483f.). Diese bräuchten spezielle Ausbildungen, was wiederum mehr benötigte Gelder bedeutet, welche besonders in armen Ländern wie Tansania, schwer zu lukrieren sind (vgl. Mkumbo, 2008:33f.; vgl. Kaaya and Schaalma, 2008:58). Auch Nganda (2007:63) betonte die Wichtigkeit spezieller LehrerInnen-Ausbildungen:

“(...) schools can help in ensuring that future generations have a healthy, respectful, responsible and pleasurable approach to sexuality. Such an enormous task for the teacher would mean that he/she has adequate self-knowledge, is engaged in continuous human development and is comfortable with his/her sexuality. Over and above this, the training of school teachers (...) needs to be restructured in view of producing competent teachers to teach sexuality education in schools. There can be no sexuality education taught in schools unless governments and other stakeholders are ready to avail resources for it”.

Doch wie schätzen die Lehrkräfte selbst die Kapazitäten des Bildungssektors als Bewusstseinsveränderer ein? Die meisten Lehrkräfte fühlen sich zu unvorbereitet bzw. unwohl bei dem Gedanken ihre SchülerInnen sexuell aufzuklären. Sie fürchten einen Autoritätsverlust. Allgemein muss gesagt werden, dass der in tansanischen Schulen übliche „top-down“-Ansatz (siehe Kapitel 5) gänzlich ungeeignet für sexuellen Aufklärungsunterricht ist (vgl. Hema, Mujaya and Schapink 1997, S.171f.).

Ein Lehrer äußerte sich dazu folgendermaßen:

“This is a poor country you know. We just don’t have the resources. Teachers don’t know what to teach about AIDS or how to go about teaching it. When it comes to implementation we run into problems. We need teachers with special training” (zitiert nach Bastien, 2005:84).

Auch Teresia Hakili meinte:

“There are still weaknesses in the form of training facilities and the teachers themselves. Most of them don’t understand what they teach when it comes to sex education” (zitiert nach PCD; Weltbank 2008, S.57).

Ein Jugendlicher äußerte sich folgendermaßen über den Aufklärungsunterricht:

„We learned about the importance of family planning. But having competent teachers is a problem. They don’t go in that deeply, they don’t have a good knowledge about it, they just tell you: look there are books. But they don’t teach that issue because they don’t know how to explain. So that is one of the problems they don’t care” (zitiert nach Haag, 2008:88).

Auch mir gegenüber wurde während meiner Befragung in Tansania andauernd bestätigt, dass in den Schulen bezüglich HIV/AIDS, Sexualität und reproduktiver Gesundheit lediglich Basiswissen vermittelt wird. Auch alle von Bastien befragten SchülerInnen meinten, sie hätten nur wenige Informationen bzgl. HIV/AIDS, Sex und Kondomen von ihren Lehrkräften in den Primar-, als auch Sekundarschulen bekommen (vgl. Bastien, 2005:94).

Diese Aussage macht deutlich, dass LehrerInnen oftmals noch Probleme haben offen über Sexualität zu sprechen. Daraus ergeben sich Scham und viel Unwissenheit bei diesbezüglichen späteren Gesprächen (vgl. Krügel, 2005:55). Natürlich kann dies nicht verallgemeinert werden: grundsätzlich gilt, dass die Qualität des Unterrichts innerhalb Tansanias sehr unterschiedlich ist.

Ein weiterer von Bastien (2005:84) befragter männlicher Lehrer betonte, dass vor allem seine weiblichen Kolleginnen nicht dazu in der Lage wären SchülerInnen über sexuelle Themen aufzuklären, da diese schüchterner seien und sich im Umgang mit diesem Thema unwohler fühlen würden als Männer. Als Bastien daraufhin eine Lehrerin nach ihrer Stellungnahme diesbezüglich fragte, bekam sie folgende Antwort:

“Someone really said that? (laughing). Well then, let’s put him in the classroom and have him teach about that thing (sex). I think you’ll find he cannot do the job either. It is not our culture, it is not our way. Men are just as shy, maybe more than women” (zitiert nach Bastien, 2005:84).

Da es sich bei Sexualaufklärung um ein sehr sensibles Thema handelt, muss natürlich auch darauf geachtet werden, wie dieses am Besten in den Schulen behandelt wird.

In einer Broschüre von TACAIDS und TGPSH heißt es, dass es notwendig ist, Sexualität als natürlichen, positiven und notwendigen Teil des Lebens zu beschreiben und den Kindern und Jugendlichen damit nicht nur negative Assoziationen während der Aufklärung zu bescheren.

Sogenannte „scare messages“, welche nur von den Gefahren von Sexualität sprechen, bewirken häufig das Gegenteil und führen dann dazu, dass sich die Kinder und Jugendlichen nicht angesprochen fühlen oder resignieren (vgl. TACAIDS, TGPSH n.d.:4; vgl. Mkumbo, 2008:13; vgl. McKay, 1999:64).

Auch die WHO betont die Wichtigkeit eines positiven Ansatzes bzgl. sexueller Gesundheit:

“Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being related to sexuality; it is not merely the [sic!] absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled” (WHO, 2002).

GegnerInnen der „sexuality education“ an Schulen befürchten jedoch, dies leite junge Menschen dazu an früher und häufiger sexuell aktiv zu werden (vgl. Haag, 2008:90; Kern, 2005:105), auch wenn dies mittlerweile durch Studien widerlegt wurde (vgl. Anemona, Chagalucha and Cleophas-Mazige, 2007:1943-1955).

Ein Sozialarbeiter (30 Jahre alt) dazu:

„Now even at the primary school, they want to have sexual intercourse (...) Simply because everything is changing and the time is changing. To avoid things like that is difficult. My advice to them is, to give the education to students at secondary school“ (zitiert nach Haag, 2008:97).

Auch eine befragte Mutter meinte:

„When we allow them, when we give them the information, it simply means, we allow them to practice sexual intercourse before marriage. Because they will know how to prevent pregnancies. But what about HIV? Using these methods, it does not mean that they will be using condoms“ (zitiert nach Haag, 2008:97).

Diese Zitate machen deutlich, dass viele Erwachsene eine Sexualaufklärung an den Schulen aufgrund von traditionellen und kulturellen Vorstellungen ablehnen. Diese Haltung hat sicherlich Auswirkungen auf die Akzeptanz von Kondomen und das Risikobewusstsein junger Menschen, da vielen dadurch ein offener und ehrlicher Umgang vorenthalten wird (vgl. Krügel, 2005:55). Zu einer realitätsnahen und sinnvollen Aufklärung gehört es m.A. nach aber auch dazu, über den korrekten Gebrauch von Kondomen zu unterrichten.

Ein befragter Schuldirektor meinte diesbezüglich:

„Allowing using condoms, you can say, it is out of the morality of our country“ (zitiert nach Haag, 2008:88f.).

Auch während meines Tansaniaaufenthaltes hörte ich von mehreren Leuten, dass Sexuaufklärung an den Schulen an sich keine schlechte Idee wäre, der Gebrauch von Kondomen jedoch keinesfalls unterrichtet werden dürfe, da dies zu einem Sittenverfall der Jugendlichen führen würde. Auch Lwanga, eine 50-jährige Benediktinerin bestätigte mir das:

„I think it is very important that young people learn about the right way of sexuality and how to protect themselves from STI's, but I don't think that it would be a good idea to teach them about condoms at school because then all of them would start to have more sex earlier. Condoms are just good for people who are already married and don't want to have more children. But children and the youth should not speak about such things, especially not at school.“

Von Bastien (2005:94) befragte SchülerInnen bestätigten, dass die meisten LehrerInnen in den Schulen Abstinenz predigen würden. Es bedarf eines raschen Umdenkens und ausreichender Vorbereitung der Lehrkräfte, um über HIV/AIDS in Schulen unterrichten zu können, da Kinder ein großes Verlangen nach einem Ort haben, an dem sie ihre Fragen, Gedanken und Meinungen äußern können (vgl. Bastien, 2005:34;93f.; vgl. Madunagu, 2007:84).

„An environment conducive to open discussion is crucial to dispelling myths surrounding sexuality, condoms and HIV/AIDS. This means that the way in which teachers and students interact will likely have to fundamentally change if young people are to feel comfortable in asking questions“ (Bastien, 2005:102).

Mariam, ein von mir interviewtes Mädchen, stellt jedoch in Zweifel in wieweit Schulen der geeignete Ort für Aufklärung sind:

“Although schools should be a place to ask questions most of the children don't do that because they are too scared to seem stupid. Normally they just say „Aha“ and pretend to understand everything (Anm.: über HIV/AIDS und Sexualität), even if they don't“¹¹³.

Vielleicht könnten gendersensitive Programme hilfreich sein, um den Unterricht offener zu gestalten. Viele AutorInnen sprechen sich für geschlechtergetrennten Aufklärungsunterricht aus, um besser auf die Bedürfnisse der Mädchen und Buben eingehen zu können.

Sie glauben, dass dadurch auch die Hemmschwelle, über gesellschaftlich tabuisierte Themen zu sprechen, leichter fällt ¹¹⁴ (vgl. Bastien, 2005:35; vgl. Ebersöhn et al, 2005:253-257; vgl. Haag, 2008:40).

¹¹³ Als ich mit Mädchen meines Alters in Tansania über unseren Aufklärungsunterricht in Österreich sprach und erzählte, dass es hier üblich sei diesbezüglich Fragen an den Lehrer/die Lehrerin zu stellen, konnten diese das kaum glauben. Sie zeigten mir gegenüber einen großen Wissensdurst und gaben an, sich selbst nicht sicher genug im Umgang mit Kondomen und Verhütungsmitteln zu fühlen. Viele von ihnen meinten sie wüssten nicht wie sie sich am besten schützen und bei wem sie sich vertrauensvoll Informationen holen könnten. Sie meinten auch, sie wären noch nie in der dafür vorgesehenen Beratungsstelle gewesen, aus Angst man würde vermuten sie hätten HIV/AIDS bzw. aus Angst vor Stigmatisierung als „leichte Mädchen“. Die Mädchen erzählten, es sei in ihrem Alter nicht üblich offiziell zu sagen man hätte bereits Sex, auch wenn dies auf über 75% der von mir Befragten zwischen 16 und 23 Jahren bereits zutraf.

Da es in Tansania immer wieder zu sexueller Belästigung sowie Missbrauch von SchülerInnen (manchmal auch durch die Lehrkräfte) kommt, was sich negativ auf die Schulbildung junger Menschen auswirkt und deren Risiko einer STI erhöht, wäre es wichtig VertrauenslehrerInnen zu haben, an die sich die Kinder wenden können und die ihnen Methoden beibringen, um sich zukünftig leichter wehren zu können. Außerdem wäre es deren Aufgabe solche Fälle umgehend regionalen Autoritäten zu melden, um gegen die Verdächtigen vorzugehen, was sich in Mwanza bereits als positives Instrument erwiesen hat (vgl. Hema, Mujaya and Schapink, 1997:174).

Doch leider ist es in Tansania vielerorts immer noch üblich sich als Lehrkraft nicht in Familienangelegenheiten einzumischen bzw. Behörden von Vorfällen zu berichten, selbst wenn schwerwiegende Vorwürfe seitens der SchülerInnen erhoben werden. Daher ist es verständlich, weshalb viele SchülerInnen keinen Sinn darin sehen sich ihren Lehrkräften anzuvertrauen (vgl. Bastien, 2005:73f.; vgl. Ingall et al, 2007:483f.).

Bastien (2005:72ff.) machte während ihrer Forschung in Tansania die schreckliche Erfahrung, dass sexuelle Angriffe von Schülern gegenüber Mädchen von den Lehrkräften verharmlost wurden. Sie betonten, dies sei normal und käme häufig vor und meinten, dass sie keinen Einfluss darauf hätten und sowieso machtlos wären. Dies ist erschreckend und unterstreicht m.A., dass es bzgl. Geschlechtergleichheit und Emanzipation noch viel aufzuholen gilt, auch wenn oft betont wird, dass an tansanischen Schulen heutzutage kein Unterschied mehr zwischen Buben und Mädchen gemacht werde¹¹⁵. Durch die unterlassene Hilfeleistung werden sexuelle Angriffe auf Mädchen banalisiert, wie folgendes Zitat eines Jungen zeigt, der selbst zugibt gemeinsam mit sechs Freunden eine Schulkollegin vergewaltigt zu haben. Auf die Frage, ob er denke das Mädchen würde sich einer Lehrkraft anvertrauen, meinte er nur:

¹¹⁴ Im Projekt Ngao (Kiswahili: „Schutzschild“), welches Mitte der 1990er Jahre in Dar es Salaam durchgeführt wurde, hat sich das Arbeiten in geschlechtlich getrennten Kleingruppen, angeführt von auserwählten „peer educators“ als sehr positiver Ansatz erwiesen, da somit mehr Offenheit erreicht werden konnte. Auch falsche Vorstellungen bzgl. des Sexualverhaltens Gleichaltriger (z.B.: „Jeder hat bereits Sex“), welche häufig enormen Druck auf die Jugendlichen ausüben, können in diesem Rahmen einfacher besprochen werden (vgl. Klepp et al, 2006:448f.).

¹¹⁵ Bastien interviewte zahlreiche SchülerInnen und erfuhr, dass ein deutlicher Wandel bzgl. der Behandlung von Buben und Mädchen im Unterricht stattgefunden habe. Im Gegensatz zur früher üblichen geschlechtsspezifischen Aufgabenteilung und häufigen Bevorzugung von Buben, die in vielen Haushalten Tansanias immer noch üblich ist, mussten in den Klassen der Befragten alle Aufgaben von beiden Geschlechtern durchgeführt werden (vgl. Bastien, 2005:66). Befragte dazu: “‘At school things are changing yes. Because now the boy must wash the dishes. They take their meals, they have to wash their dishes. They have to help with the cleaning and it never used to be this way when I went to school’ (...) They both have to learn to prepare food and do math (sic!). They have to learn to clean the house” (zitiert nach Bastien, 2005:67).

„No. These girls, they do not know their rights. What would happen if they told? They would be shamed (sic!) and embarrassed and maybe no one would believe or care. If the girl, she says something, their lives will be over and the boy knows this“ (zitiert nach Bastien, 2005:72).

Dies zeigt sehr deutlich, dass es „empowerment“ der Mädchen bedarf und dringend das Verhältnis zwischen SchülerInnen und LehrerInnen verändert werden muss, damit solche Vorfälle in Zukunft vermieden werden können. Bastien (2005:26ff.;33;101) bestätigt, dass Präventionsprogramme an Schulen bei jungen Menschen vielversprechend sind, da in Schulen Genderstrukturen beeinflusst werden und Sozialisation stattfindet¹¹⁶. Dennoch bedarf es auch größerer struktureller Veränderungen, denn:

„The complexity of gender relations means that even if the curriculum dictates discussion on gender relations, if there are no accompanying structural changes, no sustainable behaviour change will occur“ (Bastien, 2005:37).

Doch erst vor kurzem hat man begonnen Genderstrukturen und gesellschaftlichen Druck im Zusammenhang mit dem Risiko einer HIV-Infektion zu untersuchen.

Bei meinen Interviews mit SchülerInnen und LehrerInnen in Chipole und Magagura wurde mir gesagt, es herrsche heute keinerlei Unterschied mehr bei der Behandlung von Buben und Mädchen in den Schulen. Ebenso gäbe es keine Diskriminierung gegenüber weiblichen Lehrerinnen. Natürlich kann ich nicht beurteilen, in wieweit dies der Wahrheit entspricht, doch bezweifle ich dies stark. Bastien (2005:95) machte dieselben Erfahrungen bei ihren Interviews in Tansania.

Ein weiterer Nachteil von Aufklärungsprogrammen in Schulen ist, dass diese niemals alle Kinder im Schulalter erreichen können, da die Einschulungs- bzw. Anwesenheitsraten in vielen Schulen trotz aller Bemühungen gering sind¹¹⁷ (vgl. Mkumbo, 2008:33f.; vgl. Haag, 2008:30; vgl. Ingall et al, 2007:483f.). Geht man nun davon aus, dass Verhaltensänderungen länger andauernder Behandlung bedürfen, so ist dies problematisch, da viele Kinder nur unregelmäßig dem Unterricht beiwohnen können und es in vielen Lehrplänen nicht genügend Zeit und Raum gibt, um über sexuelle und reproduktive Gesundheit zu sprechen (vgl. Anemona, Changanlucha and Cleophas-Mazige, 2007:1943-1955; vgl. Mkumbo, 2008:33f.; vgl. Bastien et al, 2008:207).

¹¹⁶ Auch laut Stambach (2000:3) sind Schulen geeignete Orte, um Debatten über Kultur, Generationen, Gender und Geschichte innerhalb der Gesellschaft zu untersuchen, da dort Normen, Werte, Machtstrukturen, Einstellungen etc. erdacht, in Frage gestellt und ggf. transformiert werden. Auch Darnell und Hoem (1996:265) sehen Schulen als Mikrokosmen/Abbilder der Gesellschaft an, in denen SchülerInnen mit den Standards und Gebräuchen der Gesellschaft sozialisiert werden.

¹¹⁷ Aufgrund der Tatsache, dass Bildung nur jenen Kindern zukommen kann die auch tatsächlich in die Schulen gehen (können/dürfen), unterstreicht die HIV/AIDS-Pandemie die Wichtigkeit einer „Education For All“ (vgl. Kelly, 1999:11).

Ein von mir befragter Lehrer einer Primarschule meinte, dass es wirklich schwierig sei neben dem normalen Stoffpensum auch noch HIV/AIDS im Unterricht zu behandeln. Auch ein von Bastien befragter Lehrer bestätigte dies:

“Where do I have time in the schedule to talk about such things? And how? (...) No, there is already too much to be done in a short time”(zitiert nach Bastien, 2005:94).

Schulinterventionen alleine reichen daher nicht aus um sexuelle Aufklärung zu betreiben, es ist vonnöten auch außerschulische Aktivitäten (vgl. Anemona, Chungalucha and Cleophas-Mazige, 2007:1943-1955) und andere Kanäle, wie bspw. Massenmedien miteinzubeziehen (vgl. Mkumbo, 2008:24-34; vgl. Bastien et al, 2008:207). Jugendzentren könnten hierbei eine wichtige Rolle übernehmen¹¹⁸.

Eine starke Vernetzung und Zusammenarbeit von Schulen mit sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen sowie Eltern und Autoritätspersonen aus diversen Bereichen ist wichtig, da diese nur zusammen eine umfangreiche Hilfestellung für Kinder und Jugendliche anbieten können (vgl. TACAIDS, TGPSH, n.d.:5ff.; Nganda, 2007:63; vgl. Kirby, Laris and Rolleri, 2007:213; vgl. Hema, Mujaya and Schapink, 1997:183; vgl. THE WORLD BANK, 2002:48). Um die Aufklärungsarbeit zu einem Erfolg zu machen, ist jedoch auch die Unterstützung der Eltern, traditionellen Führungspersönlichkeiten, ArbeiterInnen aus dem Gesundheitssektor etc. notwendig (vgl. TACAIDS, TGPSH, n.d.:5ff.). Zusätzliche Interventionen die nicht nur Jugendliche ansprechen sind wichtig, da oftmals vorallem kulturelle Normen aus der Gemeinschaft die Fähigkeit der jungen Menschen sich zu ändern, behindern. Männer profitieren hierbei oftmals mehr, weil sie bereits älter sind und über mehr Entscheidungsmacht in der Gemeinschaft verfügen (vgl. Anemona, Chungalucha and Cleophas-Mazige, 2007:1943-1955).

¹¹⁸ Durch das dort herrschende freundliche und zwanglose Klima, als auch die Verknüpfung der Aufklärung über sexuelle und reproduktive Gesundheit mit Freizeitaktivitäten, sollen mehr Kinder und Jugendliche für diese Themen sensibilisiert werden, als dies z.B. in Gesundheitseinrichtungen möglich ist (vgl. Flisher, Louw and Mukoma, 2008:253). Jugendzentren („vijjweni“) in denen musikalische Darbietungen und poetische Theateraufführungen zu diesen Themen an der Tagesordnung stehen sind bei Jugendlichen beliebt, werden jedoch von den Erziehungsberechtigten größtenteils abgelehnt, da sie nicht nur als Aufklärungsorte, sondern auch als Orte risikoreichen Verhaltens gelten (Alkohol, Drogen, ungeschützter Geschlechtsverkehr etc.) (vgl. Kayombo and Mbonile, 2008:29). Teilweise werden sie jedoch auch von den jungen Menschen selbst abgelehnt. Das liegt sicherlich auch daran, dass viele Menschen, die in solche Einrichtungen kommen bereits älter als 24 Jahre sind, was viele jüngere Menschen vielleicht davon abhält dorthin zu gehen. Darüber hinaus gelten Jugendzentren als von Männern dominiert, was sicherlich auch einige Mädchen/junge Frauen von Besuchen bzw. offenen Gesprächen abhalten könnte. Außerdem gelten auch dort die Angestellten häufig als verurteilend und wenig vertrauenswürdig (vgl. Flisher, Louw and Mukoma, 2008:253).

Ich denke wie Kayombo and Mbonile (2008:31) auch, dass Jugendzentren eine wichtige Rolle bei der Präventions- und Aufklärungsarbeit spielen können und großes Potenzial beinhalten, selbst wenn die Erwachsenen sie großteils ablehnen, da sie aufgrund des (kreativen) Austausches unter Jugendlichen als Ort für „peer education“ bestens geeignet sind.

Benn spricht sich daher für mehr wirtschaftliche Unabhängigkeit von Frauen aus, sowie eine Erziehung derselbigen hin zu mehr Selbstwertgefühl und Verhandlungsgeschick (vgl. Benn, 1995:29).

„School-based sex education works more effectively if it is complemented with parent-child communication strategies“ (Mkumbo et al, 2009:32).

Laut Hema, Mujaya und Schapink (1997:167) stellt die Bildung spezieller AIDS-Schulkomitees, bestehend aus Eltern, LehrerInnen, SchülerInnen sowie VertreterInnen der Gemeinschaft einen wichtigen Schritt dar und kann u.a. dazu beitragen den Menschen die Bedeutung von „sex education“ näher zu bringen.

„A programme for school youth should involve all parties concerned: education authorities, school authorities, parents, teachers and the community – but above all, the youth themselves“ (Hema, Mujaya and Schapink, 1997:173).

Aber auch Gleichaltrige „peer educators“ können als Vorbilder und Wissensvermittler fungieren (vgl. TACAIDS, TGPSH, n.d.:5ff.) und in den Unterricht miteinbezogen werden¹¹⁹. Natürlich können Schulbildungsprogramme auch gänzlich von „peers“ geleitet werden. In wie weit es Unterschiede bzgl. des Erfolgs von reinen „peer education“-Programmen und von Erwachsenen geleiteten Programmen gibt, konnte bisher aufgrund unzureichender Evaluierungen jedoch noch nicht gänzlich festgestellt werden. Das bekannte Programm „MEMA kwa Vijana“¹²⁰ (Kiswahli: „Gute Dinge für junge Menschen“) versuchte dies herauszufinden und kam zu dem Ergebnis, dass „peer educators“ zwar unterstützend helfen können, z.B. als EisbrecherInnen in sensiblen Diskussionen bzw. bei Theaterstücken, es jedoch dennoch schwierig ist, diese auszubilden. Es muss genauestens abgewogen werden, in wie weit SchülerInnen als „peer educators“ geeignet sind und welche Aufgaben sie bereits aufgrund ihrer Fähigkeiten übernehmen können. Gemischte Ansätze, in denen sowohl LehrerInnen und SchülerInnen als Ausbilder agieren, haben sich laut Bastien et al (2008:204) als am effektivsten und nachhaltigsten erwiesen.

¹¹⁹ Diese könnten den Lehrkräften zumindest teilweise unangenehme Aufgaben abnehmen. Hierbei ist es sehr wichtig, dass die „peers“ aus der eigenen Klasse von ihren MitschülerInnen gewählt werden, da dies die Bereitschaft zur Akzeptanz fördert. Darüber hinaus wäre es wünschenswert auch auf Geschlechtergleichheit zu achten und mindestens ein Mädchen und einen Buben als „peer educators“ auszubilden (vgl. Hema, Mujaya and Schapink, 1997:175f.).

¹²⁰ Dieses 1998 von der tansanischen Regierung initiierte Programm, wurde vom Gesundheitsministerium (MoHSW) als auch dem Ministerium für Bildung und Kultur (MoEC) unterstützt und stellte eine Kollaboration der „African Medical and Research Foundation“, der „London School of Hygiene and Tropical Medicine“ und dem „National Institute for Medical Research of Tanzania“ dar. Es richtete sich an SchülerInnen zwischen 12 und 19 Jahren und war der erste gemischte Versuchsansatz (tlw. Von Lehrkräften, tlw. von „peers“ geleitet) seiner Art in ganz Subsahara-Afrika, welcher überdies auch noch nach drei Jahren die Ergebnisse des Programms untersuchte. Insgesamt wurde das Programm experimentell in 62 Schulen und 18 gesundheitlichen Einrichtungen durchgeführt, dieselbe Anzahl diente jeweils auch als Kontrollgruppe (vgl. Bastien et al, 2008:202f.).

Da so viele der Befragten (63,2% der Männer und 61,9% der Frauen) mindestens eine Lehrkraft mit HIV kannten, ist anzunehmen, dass die Betroffenen in den meisten Fällen offen mit ihrer Erkrankung umgingen. Natürlich kann es sich hierbei auch um Mutmaßungen handeln, doch dies zu erschließen ist schwierig. Wenn man aber davon ausgeht, dass die Personen es wirklich von den Betroffenen selbst wissen, wäre das ein sehr positives Zeichen. Natürlich kann es sich hierbei auch um Mehrfachnennungen der genannten Lehrkräfte handeln und die Anzahl jener Lehrkräfte, die offen mit ihrem Status umgehen, relativ gering sein.

Auch wenn Schulprogramme keine Medien benutzen und viele TeilnehmerInnen nicht gänzlich daran teilhaben können, so können sie dennoch bzgl. der Wissensvermittlung erfolgreich sein. In wieweit dadurch auch eine tatsächliche Verhaltensänderung herbeigeführt werden kann bleibt fraglich (vgl. Anemona, Changalucha and Cleophas-Mazige 2007:1943-1955).

Wieso kann es sein, dass sich der Virus in Afrika, u.a. in Tansania, nicht stoppen lässt? Liegt es an mangelndem Wissen? Eines steht jedoch fest: an fehlenden Präventionskampagnen mangelt es nicht. Vielerorts gibt es Plakate, Werbespots in TV und Radio, Kurse, Broschüren oder sogar Theateraufführungen. Doch trotz der großen Bandbreite dürften die Kampagnen nicht allzu erfolgreich sein.

Bisherige Untersuchungen des Sexualverhaltens junger Menschen aus Tansania waren meist deskriptiv und fokussierten nur auf die enge Sichtweise von risikoreichem und schützendem Sexualverhalten, sowie möglichen soziodemographischen korrelierenden Faktoren. Dies waren meist Interventionen, welche auf eine Verzögerung des ersten Geschlechtsakts bzw. der Ermutigung zu „safer sex“ abzielten indem sie Informationen bereitstellten, jedoch weniger Gewicht auf Dienstleistungen und „social-skills“-Bildung legten. Mögliche Hindernisse aus der Umwelt, als auch verstärkende Faktoren für „safer sex“- Verhalten im sozioökonomischen, politischen und kulturellen Kontext, wurden meist ignoriert (vgl. Kaaya, Leshabari, Tengia-Kessy, 2008:136f.; vgl. Mkumbo et al, 2009:29). Oftmals reichen Wissen und Motivation etc. nicht für den Erfolg eines Programmes aus. Auch politische und rechtliche Rahmenbedingungen müssen Berücksichtigung finden. So konnten bspw. Programme zur Förderung von Kondomgebrauch nicht erfolgreich sein da eine Verteilung derselbigen in tansanischen Schulen verboten ist (vgl. Mkumbo et al, 2009:34).

Eine einzelne Antwort für das Scheitern gibt es m.A. nach nicht, da viele Faktoren (z.B. Armut, Gewalt und patriarchale Familienstrukturen) dabei eine Rolle spielen. Gronemeyer spricht von Gründen, die in den besonderen kulturellen Gegebenheiten Afrikas wurzeln, welche systematisch ignoriert werden (vgl. Gronemeyer, 2002:15). So wurde bspw. der Begriff der „Sexualität“ zwar relativ rasch in die öffentliche und politische Sprache Afrikas eingeführt, doch hat sich dieser in der lokalen Kultur oftmals noch nicht richtig durchgesetzt, weshalb Präventionskampagnen scheitern (vgl. Gronemeyer, 2002:110).

„Präventionskampagnen setzen Körperkonzepte und Planungsgewohnheiten voraus, die so nicht vorhanden sind – weder bei der ländlichen, noch bei der städtischen Bevölkerung. Bei einfachen wie bei ausgebildeten Menschen hält (...) eine starke Bindung an traditionelle Vorstellungen an: Diese Vorstellungen lassen die Trennung von Sexualität und Fruchtbarkeit, wie sie jede Präventionskampagne propagiert, nicht zu. Diese Vorstellungen setzen auch den Austausch der Körpersäfte, der im Sexualverkehr stattfindet, als heilsam und notwendig voraus“ (Gronemeyer, 2002:15).

Ungeachtet der vielen bisherigen Bemühungen die reproduktive Gesundheit bei Jugendlichen in Tansania zu verbessern, sind ungeschützter Sex und die damit verbundenen Konsequenzen immer noch ein großes Problem. Geschätzte 60% aller HIV-Neuinfektionen passieren in der Bevölkerungsgruppe der 15-24 Jährigen. Risikoverhalten ist immer noch weit verbreitet, trotz diverser Kommunikationsarten und Bemühungen das Bewusstsein dafür zu schärfen¹²¹. In den letzten zwei Dekaden wurden die Bemühungen zwar verstärkt an die Jungen adressiert, doch wurden zu wenige Bemühungen gemacht um beeinflussende Faktoren in ihrer Umgebung genauer zu untersuchen (vgl. Kaaya, Leshabari, Tengia-Kessy, 2008:135).

Ich kann mir vorstellen, dass oftmals auch nicht genügend Zeit für die notwendige Vor¹²²- & Nachbereitung¹²³ eines HIV/AIDS-Programms an Schulen aufgewendet wird.

Es scheint in Tansania generell die Gefahr einer „AIDS fatigue“ zu bestehen, wenn es darum geht besonders junge Menschen gegenüber diesem Thema zu sensibilisieren.

¹²¹ Bastien führt dies darauf zurück, dass viele Kinder und Jugendliche mittlerweile aufgrund der vielen Kampagnen und Werbungen „abgestumpft“ seien. Bei ihrer Umfrage machte sie die Entdeckung, dass das eigene Risikobewusstsein innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe ziemlich gering war und vor allem das andere Geschlecht als gefährdeter angesehen wurde sich mit dem HI-Virus anzustecken (vgl. Bastien, 2005:78f.). Auch Bergh (2008b:162,165,169) machte die Erfahrung, dass sich junge Menschen, die bereits sehr früh sexuell aktiv sind (90% der untersuchten SchülerInnen hatten bis zum Ende der Primarschule bereits Geschlechtsverkehr), als wenig bis gar nicht risikobehaftet ansehen.

¹²² Die Vorbereitung eines AIDS-Schulprogramms erfordert viel Zeit, weshalb es sinnvoll ist für ein Pilotprojekt mindestens ein Jahr einzurechnen. Dies ist erforderlich, da die Jugendlichen von Beginn an in die Arbeit miteinbezogen werden sollten. Außerdem ist es wichtig mit den Bildungsbehörden zusammenzuarbeiten (vgl. Hema, Mujaya and Schapink, 1997:182).

¹²³ Neben der richtigen Programmplanung, darf natürlich auch die korrekte Evaluierung nicht fehlen, denn ohne Evaluierung wissen wir nie was falsch gelaufen ist und verbessert werden kann. Dies erscheint zwar logisch, dennoch wird diesem Punkt bei der „health education“ und „health promotion“ meist zu wenig Beachtung geschenkt und dadurch jegliche Chance auf Verbesserung genommen (vgl. Kaaya and Schaalma, 2008:72; vgl. Ingall et al, 2007:483f.).

Während vorhergehende Generationen noch über Plakate, Medien etc. erfolgreich angesprochen wurden, so besteht heute die Gefahr, dass diese Art der Vermittlung nur noch als „Hintergrundgeräusch“ wahrgenommen wird und von jungen Menschen nicht mehr gänzlich in ihr Bewusstsein dringt, da sie daran schon seit Beginn an gewöhnt sind. Daher müssen neue, innovative Wege der Wissensvermittlung gefunden werden, die Kinder und Jugendliche besser anspricht (vgl. UNESCO, 2008:29).

Obschon sich Tansania im Zuge der HIV/AIDS-Bekämpfung noch vielen Herausforderungen stellen muss, kann dennoch Hoffnung geschöpft werden, bedenkt man die enorme Kraft, die viele Familien und Individuen im Kampf gegen HIV/AIDS aufbringen. Ohne diese große Kompetenz mit Katastrophen umzugehen, wäre es um das soziale Wohl vieler afrikanischer Staaten wesentlich schlechter bestellt (vgl. Gronemeyer, 2002:17).

7. Conclusio

Die HIV/AIDS-Pandemie stellt nach wie vor eine der größten entwicklungspolitischen Herausforderungen weltweit dar, auch wenn das globale Bewusstsein über die Bedeutung von HIV/AIDS heute bereits einen hohen Stellenwert erreicht hat. Die Finanzierung von Programmen steigt stetig an, das Wissen über „best practice“ wächst und wird verstärkt zwischen den Staaten ausgetauscht. Auch die Behandlungsmöglichkeiten bzgl. HIV/AIDS wachsen an und das Verständnis für Verhaltensänderungen wird weiter gefördert. Dennoch, so scheint es, bereitet es immer noch Probleme dieses globale Momentum in praktisches politisches Handeln umzusetzen. Da der Kampf gegen die Pandemie sehr komplex ist und viele verschiedene Bereiche (z.B. Bildung, Gesundheit, Arbeit, Wirtschaft, Sozialdienste etc.) betrifft, ist es wichtig, so früh wie möglich einen multisektoralen und dezentralisierten Ansatz zu verfolgen, der sämtliche Akteure und Akteurinnen miteinbezieht.

„The nature of this epidemic is bringing together unfamiliar bedfellows to tackle this virus from all sides and is perhaps teaching everyone involved about the interconnectedness of our contemporary global community“ (Holt, 2007:55).

Es bedarf eines holistischen Ansatzes, der sowohl die transnationale, die nationale, die Gemeindeebene und die individuelle Ebene anspricht und den Austausch zwischen ihnen fördert. Tansania kämpft heute noch mit der Implementierung solch eines Modells. Während die Weltbank, der GFATM und andere Geber versuchen ihre Erfahrungen aus anderen Staaten gewinnbringend in Tansania zu etablieren, kämpft man dort noch damit andere Sektoren, welche bisher nur sehr wenig Erfahrung auf dem Gebiet der HIV/AIDS-Arbeit besitzen, für die Mitarbeit zu motivieren. Das beste Beispiel ist hierfür der Bildungssektor, der vor allem zu Beginn der Epidemie nicht ausreichend bei der Bekämpfung miteinbezogen wurde. Das Hauptgewicht lastete damals auf dem Gesundheitssektor, wie Kapitel 4 erläutert. Die Vernachlässigung des Bildungssektors wird heute als schwerer Fehler angesehen, da Bildung oftmals als eine der vielversprechendsten Möglichkeiten genannt wird, um diese globale Pandemie zu stoppen.

Aufgrund der besonderen Betroffenheit von jungen Menschen, die den (re-)produktivsten Teil der Bevölkerung darstellen, wird die Versorgung von Kindern und älteren Menschen zu einem steigenden Problem und die gesellschaftliche Struktur nachhaltig zerstört, weshalb es dringend eines Kurswechsels bedarf.

Aufgrund des Wegfalls vieler traditioneller Arten der Aufklärung durch Initiationsriten, als auch die abnehmende Kommunikation über sexuelle Themen innerhalb von Familien, müssen neue Wege sicherer Wissens- und Wertevermittlung gefunden werden, die möglichst vielen Kindern zukommen können und ihnen auch in ihrem späteren Leben helfen. Hierbei können Schulen einen wichtigen, jedoch keinen allumfassenden Beitrag leisten.

Trotz jahrelanger Anstrengungen konnten bisher nur geringe Erfolge bei jungen Menschen in Tansania erzielt werden. Doch woran liegt das? Wie insbesondere die Kapitel 2, 5 und 6 gezeigt haben, spielen hierbei viele verschiedene Faktoren eine Rolle. Aufklärungs-/Bildungsarbeit allein ist kein Garant für eine vollständige Eindämmung der Pandemie. Es wäre falsch und problematisch dies als einziges und wichtigstes Mittel anzusehen, da dadurch andere notwendige und wirksame Maßnahmen, wie z.B. zur Armutsbekämpfung, Geschlechtergleichstellung oder medizinischen Versorgung, als zweitrangig dargestellt werden würden. Doch nur ein holistischer Ansatz kann letztlich erfolgreich sein. Außerdem darf nicht vergessen werden, dass Aufklärungsarbeit auch vereinnahmt werden und missbräuchlich zur Verbreitung bestimmter Normen und Werte verwendet werden kann. Kapitel 2 macht darauf aufmerksam, dass bspw. religiösen Gruppierungen oftmals vorgeworfen wird, lediglich deshalb HIV/AIDS-Arbeit zu leisten, um moralische und konservative Agenden verbreiten zu können.

Obwohl Kinder und Jugendliche im Zentrum der HIV/AIDS-Epidemie stehen wenn es um die Übertragung, Vulnerabilität sowie dessen Auswirkungen geht, so bestehen dennoch viele Hindernisse für diese Bevölkerungsgruppe bzgl. ihrer Aufklärung. Diese sind u.a.: Stigmatisierung und Diskriminierung, Tabuisierung, fehlende jugendfreundliche Gesundheitseinrichtungen, sowie kritische Informationen, als auch Programme, die sie mit dem notwendigen Wissen und den Fähigkeiten ausstatten könnten, die sie für ihre Prävention, Behandlung und Pflege bräuchten.

Durch die besondere Betroffenheit von Menschen im Schulalter sowie der steigenden Anzahl an HIV/AIDS-betroffenen Lehrkräften, müssen Schulen ihren Aufgabenbereich erweitern und sich auch verstärkt um das gesundheitliche Wohl ihrer SchülerInnen und Angestellten kümmern. Dies dürfte besonders tansanischen Schulen schwer fallen, welche bereits mit den üblichen Aufgaben einer Bildungsstätte häufig heillos überfordert sind.

Wie Kapitel 3 aufzeigt, gab es jedoch bereits vor Bekanntwerden der ersten HIV/AIDS-Fälle in Tansania einige Probleme im Bildungssektor, weshalb es falsch wäre alle aktuellen Missstände auf die Epidemie zurückzuführen. Fakt ist jedoch, dass die Auswirkungen der Epidemie diesen Sektor zusätzlich belasten, wie Kapitel 5 deutlich macht.

Da sich das soziale Gesicht von HIV/AIDS gewandelt hat¹²⁴, ist ein universeller Zugang zu Bildung von entscheidender Bedeutung. Da nur ein geringer Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen Tansanias in Sekundarschulen geht und die Mehrheit der jungen Menschen bereits in Primarschulen beginnt sexuell aktiv zu werden, ist es wichtig bereits dort mit der Aufklärung anzusetzen. Doch trotz offiziell kostenloser Bildung, bleibt auch hierbei der Zugang für viele verwehrt, weshalb verstärkt Augenmerk auf die Unterstützung vulnerabler Kinder und Familien gelegt werden muss. Wie Kapitel 6 zeigt, kann die Verfolgung alternativer Ansätze („Edutainment“, „peer education“, „Theaterpädagogik“ etc.) und die Einbeziehung verschiedenster Orte (z.B. Jugendzentren, Gesundheitseinrichtungen etc.) dienlich sein, um auch jene Kinder und Jugendlichen zu erreichen, die dem Schulunterricht nicht (mehr) folgen können.

Wie Kapitel 5 deutlich macht, muss neben der Quantität des Zugangs auch die Qualität des Unterrichts dringend erhöht werden, da viele Schulen heutzutage an mangelnden Ressourcen und schlecht ausgebildeten Lehrkräften leiden, was sich wiederum nachteilig auf die Qualität der Bildung auswirkt. Vielerorts hagelt es Kritik, dass der Lehrplan die Kinder nicht mehr ausreichend auf das spätere Leben vorbereite und auch die LehrerInnen angeblich nicht mehr so motiviert und angemessen vorbereitet seien wie früher. Immer mehr Eltern geben ihre Kinder daher in Privatschulen, sofern sie es sich leisten können.

Viele Erziehungsberechtigte erwarten sich, dass Schulen die Kinder auf das Leben vorbereiten, ihnen Werte vermitteln, sie erziehen und ihnen Wissen weitergeben. Aufgrund der veränderten Kommunikation und Aufklärung von jungen Menschen in sexuellen Belangen wird vermehrt der Wunsch geäußert, Schulen zu Stätten sexueller Aufklärung zu machen. Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, dass auch die Erziehungsberechtigten und das Umfeld positiven Einfluss üben müssen, da die tansanischen Schulen nicht in der Lage sind diese Aufgaben alleine zu bewältigen.

¹²⁴ Da HIV/AIDS zukünftig unter den Armen und schlechter Gebildeten stärker auftreten wird („Wandel des sozialen Gesichts der Pandemie“), stellt das Lukrieren der Hilfsgelder eine wachsende Herausforderung dar. Wenn sich die Mächtigeren der Gesellschaft nicht mehr selbst bedroht fühlen, wird das Erringen öffentlicher Aufmerksamkeit immer schwieriger (vgl. Delamonica and Vandemoortele, 2002:12).

Wie in Kapitel 6 erörtert zählt dazu auch, die voreheliche Sexualität junger TansanierInnen zu akzeptieren, diese nicht fälschlicherweise als unmoralisch abzustempeln, sondern im Gegenteil offen darauf einzugehen, um die Kinder und Jugendlichen somit optimal auf ein gesundes und verantwortungsvolles Sexualeben vorzubereiten.

Gründe, weshalb die Implementierung von Aufklärungsprogrammen in den Schulen bisher oftmals scheiterte waren einerseits die Angst, PolitikerInnen, FührerInnen der Gemeinden, LehrerInnen und Eltern würden diese aufgrund des sensiblen Themas ablehnen. Andererseits wurde oftmals befürchtet, das Unterrichten darüber würde bei jungen Menschen zu verfrühtem und geistigertem Sexualverkehr führen. Wie in Kapitel 4 berichtet, lag der Schwerpunkt der tansanischen Regierung im Kampf gegen die Epidemie bisher eher auf Krankheitsprävention denn auf genereller sexueller Gesundheit. Und das obwohl man heute weiß, dass HIV/AIDS-Prävention effektiver ist, wenn sie in einem großen Rahmen geschieht, der Verhaltensweisen, die in einem Zusammenhang mit HIV stehen, in einen breiteren kulturellen und persönlichen Kontext einbettet und die Sexualität junger Menschen anerkennt. Auch wenn die tansanische Regierung erkannt hat, dass bereits viele junge Menschen sexuell aktiv sind, so zielen die nationalen „Guidelines for Implementing HIV/AIDS and Life-Skills Education Programmes in Schools“ dennoch mehr auf Abstinenz, denn auf den Gebrauch von Kondomen ab und gehen daher an der Lebenswirklichkeit vieler junger TansanierInnen vorbei. Das Verbot der Verteilung von Kondomen an Schulen und Ausbildungsstätten ist kontraproduktiv, um das angestrebte Ziel der Verhinderung von HIV-Neuinfektionen bei Kindern und Jugendlichen, zu erreichen (vgl. URT (MoEC), 2004:18f.).

Auch das „Klima des Schweigens“ bzgl. HIV/AIDS und die immer noch vorhandene Gewalt, welche in den meisten tansanischen Schulen vorherrschen, stehen einer umfangreichen Wissensvermittlung im Wege, wie Kapitel 5 aufzeigt. Vielen SchülerInnen, als auch Lehrkräften ist das Sprechen darüber unangenehm, weshalb die Arbeit mit „peer educators“ bzw. externen ExpertInnen besonders vorteilhaft ist. Diese bieten die Möglichkeit die Sprache der Zielgruppe zu nutzen und durch angepasste Aktivitäten auch das Interesse und die Ziele junger Menschen zu erreichen. Dies ist besonders wichtig, denn ohne eine gemeinsame Sprache bzw. Ziele werden Programme nur willkürlich und widersprüchlich arbeiten können. Auch Evaluierungen werden durch ein solches Vorgehen erschwert.

Die Ergebnisse von Kapitel 6 lassen erkennen, dass „peer education“-Programme eine große Last von den Lehrkräften nehmen und gleichzeitig das Ansehen der Jugendlichen als aktive GestalterInnen ihrer Zukunft stärken können. Auch das Risikoverhalten der Jugendlichen wird schließlich am Besten durch eine aktive Einbeziehung und Handlung der Kinder verändert. Erst wenn tatsächlich alle Betroffenen (Eltern, SchülerInnen, LehrerInnen, Regierung) gehört werden und gemeinsam Entscheidungen treffen, kann der mangelhafte Zustand des Bildungssystems, als auch die Prävention an den Schulen verbessert werden. Da Tansania glücklicherweise eine hohe AlphabetInnenrate aufweist, ist es möglich viele Möglichkeiten der Aufklärung erfolgreich zu nutzen – aber auch für AnalphabetInnen gibt es genügend Wege (z.B. Filme, Theater, Zeichnungen) bei denen es nicht notwendig ist, lesen und schreiben zu können.

Bisher gibt es zu wenige Studien und noch keine nationalen Erhebungen bzgl. der Möglichkeiten und Erfolge von „sex education“ in tansanischen Schulen, weshalb deren tatsächlicher Nutzen noch nicht gänzlich erschlossen werden konnte. Vieles deutet jedoch darauf hin, dass solche Programme in Schulen jungen Menschen, die noch nicht sexuell aktiv sind, helfen können ihren ersten Sexualverkehr zeitlich zu verzögern, bis diese emotional und kognitiv bereit sind gesunde Sexualbeziehungen zu haben. Aber auch bei sexuell aktiven jungen Menschen sind Präventionsprogramme in Schulen laut Mkumbo (2008:3f.) sinnvoll, da diese dadurch häufiger Kondome und Kontrazeptiva benutzen. Die Angst, es könne dadurch auch zu vermehrtem Sexualverhalten kommen (vgl. Haag, 2008:90; Kern, 2005:105), wurde wie bereits geschildert (vgl. Anemona, Chungalucha and Cleophas-Mazige, 2007:1943-1955) mehrfach widerlegt.

Nachdem zwar bei den meisten Menschen Einigkeit über die Wichtigkeit solcher Programme besteht, gibt es bezüglich deren Ausformung unterschiedlichste Ansätze und Theorien.

Die oftmals starke Betonung des reinen Informationstransfers kann zu keiner Verbesserung führen, vielmehr bedarf es eines umfassenden partizipativen Ansatzes, der auch andere Medien und Informationsquellen außer Schulen miteinbezieht und Betroffenen die Möglichkeit bietet sich aktiv einzubringen. Dies kann die Attraktivität der Programme erhöhen und ist besonders für jene jungen Menschen dringend notwendig, die nicht (mehr) zur Schule gehen (können).

Da eine grundlegende Bildung ebenso wichtig ist wie spezielle Programme, ergibt sich aus meiner Arbeit die Notwendigkeit einer generellen Verbesserung des tansanischen Bildungssektors, als auch eines verstärkten Ausbaus informeller Bildungsprogramme für junge Menschen außerhalb von Schulen. Kapitel 5 macht meiner Ansicht nach sehr gut deutlich, dass EFA aus vielen Gründen enorm wichtig ist, u.a. für die Entwicklung des Humankapitals, die Vermittlung der Bürgerrechte, demokratischen Fähigkeiten und Werte sozialer Gerechtigkeit, die Emanzipation jeder/s Einzelnen, das Vermitteln der eigenen Handlungsfähigkeiten usw., welche alle dazu notwendig sind das komplexe Netzwerk der ökonomischen, politischen und sozialen Probleme Subsahara-Afrikas zu überwinden. Dafür ist es notwendig zukünftig besonders finanziell schlechter gestellten Familien Zugang zu Bildung zu verschaffen. Auch die eigenständige Einhebung von Gebühren, welche trotz freiem Primarschulzugang weit verbreitet ist, gilt es einzudämmen.

Generell wäre es wichtig das oftmals bereits beschädigte Ansehen von Bildung innerhalb der Bevölkerung zu verbessern, insbesondere was die Bildung junger Mädchen betrifft. Überdies muss künftig mehr Wert auf die Inkludierung besonders vulnerabler Kinder (Waisen, HIV/AIDS-Betroffene, Arme etc.) gelegt werden, die heutzutage häufig in den Arbeitsmarkt gedrängt werden, um ihre bereits finanziell schlechter gestellten Familien zu unterstützen. Politik und Wirtschaft müssen verstärkt in gut ausgebildete Arbeitskräfte investieren und daher insbesondere auch den Sekundarschulsektor reformieren. Auch die Unterrichtsgestaltung müsste partizipativer und kreativer sein. Da es dazu jedoch noch mehr Lehrkräfte, besserer Ausbildungen derselben und daher auch höherer Ressourcen bedarf und Tansania ohnehin bereits stark von ausländischen Gebern abhängig ist, scheint dies noch in weiter Ferne.

Es ist auch wichtig die afrikanische Bevölkerung nicht bloß als passive AdressatInnen von Hilfeleistungen anzusehen, sondern den Menschen vor Ort durch soziale, politische und wirtschaftliche Interventionen die Möglichkeiten zu schaffen, damit diese sich selbst helfen können. Nur durch eine Änderung der Rahmenbedingungen (z.B. Vermittlung von Wissen, Bekämpfung von Geschlechterungleichheiten, Zugang zu freiwilligen Testmöglichkeiten, Kondomen und Therapien) kann selbstbestimmtes Handeln ermöglicht werden. Es ist außerdem entscheidend, jedem Einzelnen und jeder Einzelnen den eigenen Handlungsspielraum, sowie die eigene Verantwortlichkeit bewusst und begreifbar zu machen.

Den wichtigsten Faktor, welcher eng mit vielen anderen Problemen verbunden ist, stellt die Armutsbekämpfung dar. Denn wie Kapitel 2 und 5 deutlich aufzeigen, hängt die Verbreitung von HIV/AIDS weltweit sehr stark mit Armut und der damit verbundenen Verzweiflung und Abhängigkeit der Menschen zusammen. Auch wenn Menschen aller Einkommensklassen von HIV/AIDS betroffen sind, so sind arme Menschen dennoch vulnerabler. Da Armut viele verschiedene Lebensbereiche betrifft (Chancen auf dem Bildungs- und Arbeitsmarkt, Zugang zu medizinischer Versorgung, Lebensqualität allgemein etc.), muss multisektoral gegen die Pandemie vorgegangen werden, eine reine Konzentration auf die Aufklärungs- und Bildungsarbeit reicht nicht aus. Armut ist jedoch nicht nur ein Auslöser von HIV/AIDS, sondern auch eine Folge davon, da durch Erkrankungen und Todesfälle viele Familien wichtige Einkommensquellen verlieren. Dies kann wiederum dazu führen, dass Kinder und Jugendliche häufig die Schule abbrechen müssen, Sex mit „sugar daddies“ haben oder zu SexarbeiterInnen werden. Natürlich bedeutet dies nicht, dass sie sich dadurch automatisch mit HIV infizieren, doch die schlechten Zukunftsaussichten bringen viele junge Menschen dazu ungeschützten Geschlechtsverkehr zu haben, wenn sie dadurch an mehr Geld gelangen können. Armut, schlechte Bildungsaussichten und HIV/AIDS hängen also sehr eng zusammen und bedingen sich wechselseitig, wie auch das tansanische PRSP aus dem Jahr 2000 bereits betonte. Aber auch andere Sektoren (z.B. Gesundheits- und Wirtschaftssektor) sind eng mit den Auswirkungen von HIV/AIDS und dem Bildungssektor verknüpft, wie Kapitel 5 zeigt. So steht z.B. außer Zweifel, dass gut ausgebildete Arbeitskräfte gleichzeitig auch die Wettbewerbsfähigkeit eines Staates sichern, was die Wichtigkeit einer fundierten Schulbildung unterstreicht.

Bisher wurde in Untersuchungen und Studien viel zu sehr auf demographische Ursachen (z.B. Krankheit/Tod von Lehrkräften) geachtet, wenn es darum geht, die Auswirkungen von HIV/AIDS auf das tansanische Bildungssystem zu bemessen. Andere Faktoren, wie z.B. die steigende Armut, bzw. das wachsende öffentliche als auch private Empfinden, dass das Schulsystem langsam versagt, wurden eher vernachlässigt. Auch die Bedürfnisse junger Menschen wurden nur unzureichend in den Lehrplänen adressiert. Themen, die auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit junger Menschen abzielen, werden sowohl in den Primar-, als auch Sekundarschulen nicht ausreichend behandelt. Wie Kapitel 5 aufzeigt, ist die Behandlung der Themen in den Unterrichtsfächern meist zu schlecht organisiert und fragmentiert, um ein sinnvolles Programm darzustellen. Auch die vorhandenen Materialien sind unzureichend auf die Lebenswelten Kinder und Jugendlicher abgestimmt.

Dabei ist heute weithin bekannt, dass Aufklärungsprogramme, die auf die Lebenswelten und Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt sind, wesentlicher erfolgreicher sind.

Überdies wurde noch zu viel Gewicht darauf gelegt, nur das individuelle Verhalten zu verändern, anstatt HIV/AIDS als ein Phänomen wahrzunehmen, welches sozial und ökonomisch determiniert ist. Bildung alleine kann daher nicht die Lösung sein – Armut und Geschlechterungleichheiten müssen bspw. ebenso behandelt werden, da sie immer wieder den Erfolg von Programmen eindämmen. Da traditionelle Familienstrukturen sich oftmals nachteilig auf Frauen ausgewirkt haben, ist der schrittweise Zusammenbruch derselben ambivalent zu betrachten: einerseits bedeutet es meist den Verlust von Sicherheit (besonders bei der Versorgung von Kranken/Waisen), andererseits kommt es dadurch auch zur Emanzipation der Frauen, einer offeneren Kommunikation sowie gesteigerter sexueller Freiheit. Außerdem ist bis heute strittig, in wieweit die alten Riten tatsächlich für die sexuelle und reproduktive Gesundheit junger Menschen förderlich waren.

Wie Kapitel 6 deutlich macht, herrscht große Diskrepanz bzgl. der Bezeichnungen von Programmen über Sexualität, HIV/AIDS, STD's etc. in Tansania. Um Verwirrung vorzubeugen wäre es ratsam einen einheitlichen Namen dafür zu finden. „Sexuality education“ würde sich anbieten, aufgrund der Verwendung desselbigen Begriffs im Africa Regional Sexuality Resource Centre (ARSRC). Darüber hinaus wäre es auch wichtig Bildungsprogramme bzgl. Sexualität und HIV/AIDS in den Medien massenwirksam anzupreisen und deren Möglichkeiten aufzuzeigen, da viele Menschen bisher immer noch nicht von selbigen überzeugt sind.

Meine Arbeit konnte nur einen Teil dieses komplexen Themas anschneiden und daher bleibt noch vieles ungesagt, was tlw. auch auf mangelnde Studien diesbezüglich zurückgeführt werden kann. Es könnten m.A. noch verstärkt die Zusammenhänge zw. dem Bildungs-, Arbeitsmarkt- und dem Gesundheitssektor herausgearbeitet werden. Darüber hinaus wäre es interessant zukünftig zu erforschen wie LehrerInnen in Tansania auf den Unterricht über HIV/AIDS bzw. SRH vorbereitet werden, welche Materialien in den Schulen verwendet werden und welche Methoden in den Klassen Anwendung finden. Außerdem gibt es bisher noch keine großen, umfassenden Studien bezüglich dem Sexualverhalten junger Menschen in Tansania und deren Bedürfnissen bzgl. sexueller Gesundheit.

Auch wenn es bis dato viel Literatur bezüglich gesundheitlichen Bildungsprogrammen in Schulen gibt, so wurde bisher wenig erforscht in wieweit Schulen sich als soziale und physische Umgebungen auf das Gesundheitsverhalten auswirken.

Insgesamt betrachtet kann gesagt werden, dass bis heute nicht gänzlich erforscht ist, welche Präventionsansätze bei Kindern und Jugendlichen tatsächlich zu nachhaltigen Verhaltensänderungen bzgl. HIV/AIDS führen. Da bisher nicht genügend Informationen zu Studien vorliegen bzw. häufig keine ausreichenden Evaluierungen durchgeführt werden, kann nur spekuliert werden, weshalb ein Programm (nicht) erfolgreich verlaufen ist. Es bedarf daher noch gründlicherer Forschung auf diesem Gebiet.

Wie in Kapitel 6 beschrieben wurde, hat man lediglich festgestellt, dass viele Aufklärungsprogramme an Schulen nur kurzfristig Erfolge bzgl. der Wissensvermittlung und positiveren Einstellung gegenüber PLWHA erreichen, langfristig vieles jedoch wieder verloren geht. Daher ist es von entscheidender Bedeutung sowohl kurz nach Beendigung eines Programms, als auch lange danach Evaluierungen durchzuführen, um herausfinden zu können, welche Ansätze nur kurzfristig und welche nachhaltig das Bewusstsein und Verhalten junger Menschen positiv beeinflussen.

Trotz der besorgniserregenden Aussichten bleibt dennoch ein Hoffnungsschimmer, nämlich jener, dass die HIV-Neuinfektionsraten bei Menschen mit Primar- oder weiterführender Bildung im Sinken begriffen sind, auch in Ländern mit ansonsten steigenden Infektionsraten. In wieweit sich ein steigender Bildungsgrad präventiv auswirkt ist bis heute strittig, dennoch bin ich davon überzeugt, dass jegliche Art von Bildung einen Beitrag zur positiven Entwicklung eines Menschen (u.a. zu dessen Unabhängigkeit und dessen Selbstwert) leisten kann.

8. Literaturverzeichnis

Aarø, L., Astrøm, A. N., Schaalma, H. (2008): Social Cognition Models and Social Cognitive Theory. Predicting Sexual and Reproductive Behaviour among Adolescents in Sub-Saharan Africa. In: A. Flisher, S. Kaaya, & K.-I. Klepp (Hg.): Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa. Cape Town: HSRC Press, 37-55.

Ademola, J. A. (2007): Benefits of Sexuality Education for Young People in Nigeria. In: P. Makinwa-Adebusoye, E. Maticka-Tyndale, & R. Tiemoko (Hg.): Human Sexuality in Africa Beyond Reproduction. South Africa: Action Health Incorporated; Fanele - an imprint of Jacana Media Ltd., 67-81.

Agu, A., Galabawa, J.C.J. (2001): Perspectives in Education Management and Administration. Überarbeitete Ausgabe. Dar es Salaam: H. R. Consult.

Ainsworth, M., Filmer, D. (2002): Poverty, AIDS and Children's Schooling: A Targeting Dilemma. World Bank Policy Research Working Paper 2885. World Bank.

Anemona, A., Chungalucha, J., Cleophas-Mazige, B. et al (2007): Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial. In: AIDS, Vol. 21, 1943-1955.

http://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2007/09120/biological_and_behavioural_impact_of_an_adolescent.14.aspx [letzter Zugriff: 11.10.2009]

Ansprenger, F. (1999): Politische Geschichte Afrikas im 20. Jahrhundert, 3.Auflage. München: C.H. Beck.

Aoyagi, K., Honda, S., Horiguchi, I., Maswanya, E. S., Moji, K., Nagata, K., Takemoto, T. (1999): Knowledge, risk perception of AIDS and reported sexual behaviour among students in secondary schools and colleges in Tanzania. In: Health Education Research, Vol. 14, 185-196.

Arndt, C., Wobst, P. (2002): HIV/AIDS and Labor Markets in Tanzania. Trade and Macroeconomics Division. Washington: International Food Policy Research Institute.

http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/02010417_wobst_hiv_publi_englisch.pdf [letzter Zugriff: 12.05.2010]

Assie-Lumumba, N. T. (2008): Africa-Asia University Dialogue for Basic Education Development. Editorial. Journal of International Cooperation in Education, Vol. 11, No. 3, 5-17. <http://home.hiroshima-u.ac.jp/cice/11-3editorial.pdf> [letzter Zugriff: 15.03.2010]

Atteslander, P. (1995): Methoden der empirischen Sozialforschung. 8. überarbeitete Auflage. Berlin, New York: Walter de Gruyter, Sammlung Göschen 2100.

Bankole, A., Singh, S., Woog, V. (2005): Evaluating the need for sex education in developing countries: sexual behaviour, knowledge of preventing sexually transmitted infections/HIV and unplanned pregnancy. In: Sex Education, Vol. 5, No. 4, 307-331.

<http://www.guttmacher.org/pubs/2005/11/14/SEv5n4Singh.pdf> [letzter Zugriff: 12.06.2010]

Bastien, S. (2005): The Construction of Gender in Times of Change: A Case Study of School-Based HIV/AIDS Education in Kilimanjaro. Masters of Philosophy of International and Comparative Education, Institute for Educational Research. Oslo: University of Oslo.

http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/Sheri_Bastien_2005%20thesis.pdf [letzter Zugriff: 02.10.2009]

Bastien, S., Flisher, A., Klepp, K.-I., Mathews, C. (2008): Peer Education for Adolescent Reproductive Health. An Effective Method for Program Delivery, a Powerful Empowerment Strategy, or Neither? In: A. Flisher, S. Kaaya, K.-I. Klepp (Hg.): Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa. Cape Town: HSRC Press, 185-213.

Benn, C. (1995): AIDS/HIV - die weltweite Problematik und Möglichkeiten der Intervention. Eine Informationsschrift für Fachkräfte in der Entwicklungszusammenarbeit und Interessierte. Stuttgart: dü - Dienste in Übersee und DIFÄM - Deutsches Institut für Ärztliche Mission.

Benn, C., Weinreich, S. (2003): AIDS - Eine Krankheit verändert die Welt. Frankfurt am Main: Lembeck.

Bennell, P., Mukyanuzi, F. (2005): Is there a teacher motivation crisis in Tanzania?

http://www.research4development.info/PDF/Outputs/PolicyStrategy/3888Teacher_motivation_Tanzania.pdf [letzter Zugriff: 12.03.2010]

Benson, J. (2006): "A Complete Education?" Observations about the State of Primary Education in Tanzania in 2005. HakiElimu Working Paper, 06.1.

http://www.hakielimu.org/hakielimu/documents/document56complete_edu_obsvns_primary_edu_tz_en.pdf [Zugriff: 27.03.2009]

Bergh, G. v. (2008): From Initiation Rituals to AIDS Education. Entering Adulthood at the Turn of the Millenium. In: A. J. Flisher, S. F. Kaaya, K.-I. Klepp (Hg.): Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa. Cape Town: HSRC Press, 99-116.

Björkdahl, E., Lundqvist, P. (2006): The abolishment of school fees in Tanzania - A case study of the quality of education. Masters Thesis, Africa and International Development Cooperation. Göteborg: Göteborgs Universitet, School of Global Studies, Centre for African Studies.

http://www.globalstudies.gu.se/digitalAssets/891/891808_2006_bjorkdahl_lundqvist.pdf
[letzter Zugriff: 23.02.2010]

Bodiroza, A., Kimzeke, G., Stakic, S., Zielony, R. (2003): Peer Education within a Frame of Theories and Models of Behavior Change. In: *Entre Nous - The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, Vol. 56, 4-6.

http://www.aidsnet.dk/files/filer/aidsnet/bu/extranet/idekatalog/entre_nous_peer_education_56.pdf [letzter Zugriff: 11.04.2010]

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG. (n.d.). Folgeerkrankungen der HIV-Infektion. http://www.medworld.de/therapiegebiete/hiv/krankheitsbild/folgen.htm?id=V00-XzwUgGvbVbmw*aL [letzter Zugriff: 23.11.2010]

Bosse, H. (1979): *Diebe, Lügner, Faulenzer - Zur Ethno-Hermeneutik von Abhängigkeit und Verweigerung in der Dritten Welt*. Frankfurt/Main: Syndikat Autoren- und Verlagsgesellschaft.

Bouman, M. (2002). Turtles and Peacocks: Collaboration in Entertainment-Education Television. In: *Communication Theory*, Vol. 12, No. 2, 225-244.

Bruess, J., Greenberg, C. (2004): *Sexuality education: Theory and practice*. 4. Auflage. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Carlitz, R., Rajani, R. (2007): What has been Achieved in Primary Education? Key Findings from Government Reviews. October 2007. Dar es Salaam: HakiElimu.

Carr-Hill, R., Ndalichako, J. (2005): *Education Sector Situation Analysis: Final Draft Report Revised*. 26.11.2005. Dar es Salaam.

Catechist Department of Diocese of Moshi (1993): *Spiritual Life and Guidance For Youths in Secondary Schools and Colleges*. Third Seminar of Catholic Teachers Teaching in Secondary Schools and Colleges. Diocese of Moshi.

Connell, R. W., Crawford, J., Dowsett, G.W., Kippax, S. (1993): *Sustaining safe sex: Gay communities respond to AIDS*. London: Falmer Press

Coppard, D. (2008): School Counseling: A New Approach to Support HIV/AIDS Prevention in School Settings Experiences with an Intervention in Tanzania. In: International Studies in Education. Vol. 9, 40ff. <http://iise.pitt.edu/publications/ncontents/v9/n2/ise200809.pdf> [letzter Zugriff: 24.03.2010]

Darnell, F., Hoem, A. (1996): Taken to Extremes. Education in the Far North. Oslo: Scandinavian University Press

Davén, J. (2008): Free Primary Education in Tanzania? – A case study on costs and accessibility of primary education in Babati town. Sördertown University College. <http://sh.diva-portal.org/smash/get/diva2:25319/FULLTEXT01> [letzter Zugriff: 27.06.2010]

de Gruyter a (n.d.): Pschyrembel Online - Klinisches Wörterbuch. Epidemie. [http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=bruno46bauer64meduniwien46ac46at2954715832281&startbk=pschyrembel_kw&bk=pschyrembel_kw&hitnr=1&start=%2F%2F*\[%40node_id%3D%271547538%27\]&anchor=el#__pschyrembel_kw__%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27kw_artikel4384828%27\]](http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=bruno46bauer64meduniwien46ac46at2954715832281&startbk=pschyrembel_kw&bk=pschyrembel_kw&hitnr=1&start=%2F%2F*[%40node_id%3D%271547538%27]&anchor=el#__pschyrembel_kw__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27kw_artikel4384828%27]) [letzter Zugriff: 30.10.2010]

de Gruyter b (n.d.): Pschyrembel Online - Klinisches Wörterbuch. Pandemie. [http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=bruno46bauer64meduniwien46ac46at2954715832281&startbk=pschyrembel_kw&bk=pschyrembel_kw&hitnr=1&start=%2F%2F*\[%40node_id%3D%271547538%27\]&anchor=el#__pschyrembel_kw__%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27kw_artikel4399130%27\]](http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=bruno46bauer64meduniwien46ac46at2954715832281&startbk=pschyrembel_kw&bk=pschyrembel_kw&hitnr=1&start=%2F%2F*[%40node_id%3D%271547538%27]&anchor=el#__pschyrembel_kw__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27kw_artikel4399130%27]) [letzter Zugriff: 30.10.2010]

Delamonica, E., Vandemoortele, J. (2002): The Education Vaccine. In: Current Issues in Comparative Education, Vol. 3, No. 1, 6-13. http://www.tc.columbia.edu/cice/Archives/3.1/31vandemoortele_delamonica.pdf [letzter Zugriff: 02.10.2009]

Dienste in Übersee (Hg.) (1976): Erziehung zur Selbständigkeit. Afrikanischer Sozialismus. Aus den Reden und Schriften von Julius K. Nyerere. Stuttgart

Dilger, H. (2000): „Aids ist ein Unfall“: Metaphern und Bildlichkeit in AIDS Diskursen Tansanias. In: africa spectrum, Vol. 35, No. 2, 165-182. <http://www.jstor.org/pss/40174839> [letzter Zugriff: 15.11.2009]

Dilger, H. (2005): Leben mit AIDS. Krankheit, Tod und soziale Beziehungen in Afrika. Eine Ethnographie. Frankfurt/New York: Campus Verlag.

- Dilger, H. (2009): Doing Better? Religion, the Virtue- Ethics of Development, and the Fragmentation of Health Politics in Tanzania. In: africaTODAY, Vol. 56, No. 1, 89-110. http://muse.jhu.edu/login?uri=/journals/africa_today/v056/56.1.dilger.pdf [letzter Zugriff: 23.03.2010]
- Ebersöhn, L., Eloff, I., Griessel-Roux, E., Smit, B. (2005): HIV/AIDS programmes: what do learners want? In: South African Journal of Education, Vol. 25, No. 4, 253-257. <http://ajol.info/index.php/saje/article/viewFile/25045/20716> [letzter Zugriff: 03.01.2010]
- F.A.Z. (2005): Aids in Tansania. Ukimwi, der vielbeschwiegene Tod. In: Frankfurter Allgemeine. FAZ.NET. No. 149, 9. 29.06.2005. <http://www.faz.net/s/Rub02DBAA63F9EB43CEB421272A670A685C/Doc~E02218E2F4FAA4FB4B29108AAB83AA9D9~ATpl~Ecommon~Scontent.html> [letzter Zugriff: 03.05.2010]
- FAO. (2005). Education in rural Tanzania: The COBET experience. 07.-09.September 2005. <http://www.fao.org/sd/erp/addisababa/Session%203%20Experiences%20of%20Agencies/COBETaddis.ppt> [letzter Zugriff: 23.03.2009]
- Fleischer, K., Ochel, K. (2005): Schlaglichter einer modernen Seuche. In: Heidemanns, K.; Moerschbacher, M. (Hg.): Gott vertrauen? AIDS und Theologie im südlichen Afrika. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder. Vol. 32, 11-37
- Flisher, A. J., Kaaya, S. F., Klepp, K.-I. (2008): Introduction. In: A. J. Flisher, S. F. Kaaya, K.-I. Klepp (Hg.): Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa. Cape Town: HSRC Press, 7-11.
- Flisher, A., Louw, J., Mukoma, W. (2008): Evaluating Adolescent Sexual and Reproductive Health Interventions in Southern and Eastern Africa. In: A. Flisher, S. Kaaya, K.-I. Klepp (Hg.): Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa. Cape Town: HSRC Press, 249-266.
- Foaleng, M. (1999): Über die Logik der Unterentwicklung. Frankfurt: Verlag für interkulturelle Kommunikation.
- Freire, P. (1971): Pädagogik der Unterdrückten. Bildung als Praxis der Freiheit. Stuttgart: Kreuz-Verlag.
- Friedrich, C. (2003): Kauderwelsch Band 10. Kisuaheli Wort für Wort. Bielefeld: Reise-Know-How-Verlag.

Fuglesang, M. (2002): Voices on FEMINA Hip magazine - using 'edutainment' to promote open discussion about sexuality and risk behaviour. In: SIDA (Hg.): One Step Further – Responses to HIV/AIDS. Sida Studies No.7, 138-159. Stockholm.

http://www.sida.se/shared/jsp/download.jsp?f=SIDA1693en_Studies_No7.pdf&a=2469
[letzter Zugriff: 05.05.2009]

Fuglesang, M., Kabigi, A., Mlay, A., Mwasalla, V., Nkwera, R., Prytherch, H., Schuemer, C. (2008): Sex education for young people on the Internet: Lessons from Chezasalama initiative. In: Exchange on HIV/AIDS, sexuality and gender. Vol.4, 8f. Dar es Salaam

<http://www.promundo.org.br/wp-content/uploads/2010/03/08ing.pdf> [letzter Zugriff: 02.03.2010]

GLIA (2007): Great Lakes Initiative (GLIA). <http://www.greatlakesinitiative.org/> [letzter Zugriff: 15.05.2010]

GLOBALIS. (n.d.): Tanzania: Life expectancy, Male.

http://globalis.gvu.unu.edu/indicator_detail.cfm?IndicatorID=116&Country=TZ [letzter Zugriff: 14.05.2010]

GLOBALIS a. (n.d.): Tanzania: Life expectancy, Female.

http://globalis.gvu.unu.edu/indicator_detail.cfm?IndicatorID=117&Country=TZ [letzter Zugriff: 14.05.2010]

Garrett, L. (1996): Die kommenden Plagen. Neue Krankheiten in einer gefährdeten Welt. Frankfurt/Main: S. Fischer Verlag.

George, S. (1999): The Lugano Report. On Preserving Capitalism In The Twenty-First Century. London: Pluto Press.

Gould, B., Huber, U. (2002): HIV/AIDS, poverty and schooling in Tanzania and Uganda. 08.01.2002. London: The University of Liverpool, Department of Geography.

Grauer, C. (2005): Frauen und AIDS in Tansania. Zur Auseinandersetzung mit AIDS im Umfeld einer lokalen NGO. Hausarbeit zur Erlangung des Akademischen Grades einer Magistra Artium. Arbeitspapiere / Working Papers Nr. 60. Mainz: Johannes Gutenberg Universität. Institut für Ethnologie und Afrikastudien. <http://www.ifeas.uni-mainz.de/workingpapers/AP60.pdf> [letzter Zugriff: 14.10.2009]

Gronemeyer, R. (2002): So stirbt man in Afrika an AIDS. Warum westliche Gesundheitskonzepte im südlichen Afrika scheitern. Eine Streitschrift. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag GmbH.

- Groos, N. (2004): Bekämpfung von HIV/AIDS in Tansania. In: DED - AIDS-Arbeit in der Praxis. Bonn: Leufgens, 26f. <http://www.ded.de/de/arbeitsfelder/gesundheits.html> [letzter Zugriff: 23.10.2010]
- Haag, A. (2008): HIV-Prävention und Familienplanung: Konzepte zu Risiken und Nutzen in Njombe und Bulongwa Distrikt, Tansania. Wien: Institut für Geschichte der Medizin, Zentrum für Public Health, Med. Univ. Wien.
- HakiElimu. (n.d.): Primary Schools and Money, Information Sheet 4e. http://www.hakielimu.org/hakielimu/documents/document33infosheet_primary_schools_money_en.pdf [letzter Zugriff: 28.03.2009]
- Harle, J. (2006): AIDS, Governance and Quality in Tanzanian Education. April 2006. In: Justice Africa. London http://www.justiceafrica.org/wp-content/uploads/2006/07/Harle_Education_and_AIDS_Tanzania.pdf [letzter Zugriff: 10.09.2009]
- Hauser-Schäublin, B. (2003): Teilnehmende Beobachtung. In: Beer, B. (Hg.): Methoden und Techniken der Feldforschung. Berlin: Reimer, 33-54.
- Heinrichs, H. (2001): Kein Land dieser Erde kann allein gegen Aids kämpfen. In: ded Brief - Zeitschrift des Deutschen Entwicklungsdienstes. Bonn: SZ Offsetdruck-Verlag GmbH., 20f.
- Hema, J., Mujaya, B., Schapink, D. (1997): Youth and HIV/AIDS programmes. In: J. Bennett, T. Boerma, J. Ng'weshemi, & D. Schapink (Hg.): HIV prevention and AIDS care in Africa. Amsterdam: Royal Tropical Institute - ICG Printing, 163-184.
- Herminghausen, M. (2004): Forumtheater in der Entwicklungszusammenarbeit. In: H. Wiegand (Hg.): Theater im Dialog: heiter, aufmüpfig und demokratisch: Deutsche und europäische Anwendungen des Theaters der Unterdrückten. Stuttgart: ibidem-Verlag, 146-167.
- Higgins, C., Norton, B. (2010): Introduction. Applied Linguistics, Local Knowledge and HIV/AIDS. In: C. Higgins, B. Norton (Hg.): Language and HIV/AIDS. Critical language and literacy studies: 5. Bristol, Buffalo, Toronto: Multilingual Matters, 1-19.
- Hindman, H. D. (2009): The World of Child Labor. An historical and regional survey. New York: M.E. Sharpe.
- Hirschmann, O. (2003): Kirche, Kultur und Kondome: Kulturell sensible HIV/AIDS-Prävention in Afrika südlich der Sahara. Münster: LIT Verlag

Holt, J. (2007): Multisectoral HIV/AIDS Policy and Education: Case Studies of Uganda and Tanzania. A Monograph in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts. August 2007. http://www.stanford.edu/dept/SUSE/ICE/monographs/Holt_Janet.pdf [letzter Zugriff: 02.01.2010]

ILO (2004): HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response. Revised edition. Geneva: The ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work. http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2004/104B09_201_engl.pdf [letzter Zugriff: 16.10.2010]

Ingall, T., Mshana, G., Nyalali, K., Obasi, A.I.N., Plummer, M.L., Ross, D.A., Shigongo, Z.S., Wamoyi, J.; Wight, D. (2007): Are schools a good setting for adolescent sexual health promotion in rural Africa? A qualitative assessment from Tanzania. In: HEALTH EDUCATION RESEARCH, Vol.22, No.4, 483–499.

International Training and Education Center on Health (I-TECH) (2007): Breaking the silence. Real stories of HIV-positive Tanzanian health care workers. [Motion Picture]. USA. http://www.searchitech.org/itech?page=db-02-00&id=51049&post=2&video=db-51049/break_silence [letzter Zugriff: 12.05.2010]

Jacques, G. (1999): Orphans of the AIDS-Epidemic. The Sub-Saharan Experience. In: Hope, K.R. (Hg.): AIDS and Development in Africa: A Social Science Perspective. Binghamton, New York: Haworth Press, 93-108.

Jockenhövel-Schiecke, H. (2008): Soziale Reproduktion in den Zeiten von AIDS. Waisen und ihre Familien im ländlichen Tansania. Vol. 34. Berlin: Ethnologie. LIT Verlag Dr. W. Hopf.

Jordan-Harder, B. et al (2000): Hope for Tanzania: Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region Part II: Guide for HIV/AIDS/STD Interventions in a District of Subsaharan Africa (Examples from Mbeya Region). Wiesbaden: GTZ.

Kaaya, S.F., Leshabari, M.T., Tengia-Kessy, A. (2008): Adolescent Sexuality and the AIDS Epidemic in Tanzania: What Has Gone Wrong? In: A. J. Flisher, S. F. Kaaya, K.-I. Klepp (Hg.): Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa. Cape Town: HSRC Press, 135-161

Kaaya, S.F., Schaalma, H. (2008): Health Education and the Promotion of Reproductive Health. Theory and Evidence-Based Development and Diffusion of Intervention Programmes. In: A. J. Flisher, S. F. Kaaya, K.-I. Klepp (Hg.): Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa. Cape Town: HSRC Press, 56-75

Kabou, A. (2001): Weder arm noch ohnmächtig - Eine Streitschrift gegen schwarze Eliten und weisse Helfer. Basel: Lenos Verlag.

Kakoko, D. (2006): Voluntary HIV counselling and testing service uptake among primary school teachers in Mwanza, Tanzania: assessment of socio-demographic, psychosocial and socio-cognitive aspects. Thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree philosophiae doctor (PhD). Norway: Research Centre for Health Promotion (HEMIL) Department of Education and Health Promotion (IUH); Faculty of psychology. University of Bergen. <https://bora.uib.no/bitstream/1956/1902/18/Main%20thesis.pdf> [letzter Zugriff: 09.04.2010]

Kayombo, E. J., Mbonile, L. (2008): Assessing acceptability of parents/guardians of adolescents towards introduction of sex and reproductive health education in schools at Kinondoni municipal in Dar es Salaam City. In: East African Journal of Public Health, Vol. 5, No. 1, 26-31. <http://ajol.info/index.php/eajph/cart/view/38973/30902> [letzter Zugriff: 09.09.2010]

Kelly, M.J. (1999): What HIV/AIDS Can Do to Education, and What Education Can Do to HIV/AIDS. Paper presented to the All Sub-Saharan Africa Conference on Education For All 2000. 06.-10.December. Johannesburg: School of Education, University of Zambia. http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/1178_whatAIDScando.pdf [letzter Zugriff: 20.01.2010]

Kelly, M.J. (2000): Planning for education in the context of HIV/AIDS. Fundamentals of Educational Planning 66. Paris: UNESCO

Kern, M. (2005): Cheza salama – Play it safe. Das Jugendmagazin FEMINA als Medium der HIV/AIDS-Aufklärung in Tansania. In: Stichproben. Wiener Zeitschrift für kritische Afrikastudien, No. 9, 103-121. http://www.univie.ac.at/ecco/stichproben/Nr9_Kern.pdf [letzter Zugriff: 02.10.2009]

Kiiru, M. (2007): Delaying Gratification as a Beautiful Choice. In: P. Makinwa-Adebusoye, E. Maticka-Tyndale, R. Tiemoko (Hg.): Human Sexuality in Africa Beyond Reproduction. South Africa: Action Health Incorporated; Fanele - an imprint of Jacana Media Ltd, 19-28.

- Kilindo, L. (2007): Verteidigung der zivilgesellschaftlichen Solidarität oder politische Resignation - Bewusstseins- und Identitätsbildung in Ostafrika durch Konzepte zur befreienden Bildungsarbeit. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik "Alice Solomon". Mai 2007. http://www.umoja-network.com/fileadmin/user_upload/Diplomarbeit-Befreiende_Bildungsarbeit_in_Tanzania.pdf [letzter Zugriff: 02.04.2010]
- Kinemo, R.E.J. (n.d.): Human Rights For HIV/AIDS Victims In Tanzania. Tanzania: Mzumbe University. <http://www.tzonline.org/pdf/humanrightsforhivaids.pdf> [letzter Zugriff: 14.11.2009]
- Kirby, D., Laris, B., Rolleri, L. A. (2007): Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World. In: Journal of Adolescent Health, Vol. 40, 206-217. <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/1054-139X/PIIS1054139X0600601X.pdf> [letzter Zugriff: 02.09.2009]
- Klepp, K.-I., Leshabari, M., Ndeki, S., Seha, A. T. (1994): Predictors of intentions to be sexually active among Tanzanian school children. In: East African Medical Journal, Vol. 73, 218-224.
- Klepp, K., Komro, K., Kugler, K., Leshabari, M., Stigler, M. H. (2006): AIDS education for Tanzanian youth: a mediation analysis. In: Health Education Research. Theory & Practice, Vol. 21, No. 4, 441–451. <http://her.oxfordjournals.org/content/21/4/441.full.pdf+html> [letzter Zugriff: 20.02.2010]
- Komba, W. L., Nkumbi, E. (2008): Teacher Professional Development in Tanzania: Perceptions and Practices. In: Journal of International Cooperation in Education, Vol. 11, No. 3, 67-83. <http://home.hiroshima-u.ac.jp/cice/11-3full.pdf> [letzter Zugriff: 11.03.2010]
- Krügel, E. (2005): Theaterpädagogik als Methode in der AIDS-Prävention. Möglichkeiten und Chancen im Kampf gegen die AIDS-Epidemie im subsaharischen Afrika. http://www.umoja-network.com/fileadmin/user_upload/Diplomarbeit_Thaterpaedagogik_als_Methode_in_der_AIDS-Praeve.pdf [letzter Zugriff: 14.06.2009]

- Lampert, C. (2003): Gesundheitsförderung durch Unterhaltung? Zum Potenzial des Entertainment-Education-Ansatzes für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins. In: M&K Vol. 51, No. 3-4, 461-477. http://host86.nomos.de/MuK/hefte/MuK_03_03.pdf#page=121 [letzter Zugriff: 05.05.2010]
- Lenhart, V. (1993): „Bildung für alle“. Zur Bildungskrise in der dritten Welt. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft
- Lie, G.T. (2008): Ethical Dilemmas in Adolescent Reproductive Health Promotion. In: A. J. Flisher, S. F. Kaaya, K.-I. Klepp (Hg.): Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa. Cape Town: HSRC Press, 76-95.
- Mabe, J. E. (2001): Das Afrika-Lexikon. Ein Kontinent in 1000 Stichwörtern. Wuppertal: Metzler, Hammer.
- Madunagu, B. E. (2007): Empowering Youth through Sexuality Education: The Challenges and Opportunities. In: P. Makinwa-Adebusoye, E. Maticka-Tyndale, R. Tiemoko (Hg.): Human Sexuality in Africa Beyond Reproduction. South Africa: Action Health Incorporated; Fanele - an imprint of Jacana Media Ltd., 83-94.
- Magubira, P. (2010): The Citizen: East Africa: Life Expectancy Goes Up. 21.10.2010 <http://allafrica.com/stories/201010210078.html> [letzter Zugriff: 22.03.2010]
- Makinwa-Adebusoye, P., Tiemoko, R. (2007): Introduction. Healthy Sexuality: Discourses in East, West, North and Southern Africa. In: P. Makinwa-Adebusoye, E. Maticka-Tyndale, R. Tiemoko (Hg.): Human Sexuality in Africa Beyond Reproduction. South Africa: Action Health Incorporated; Fanele - an imprint of Jacana Media Ltd., 1-16.
- Marsick, V.J., Watkins, K.E., Callahan, M.W., Volpe, M. (2006): Reviewing Theory and Research on Informal and Incidental Learning. Paper presented at the Academy of Human Resource Development International Conference (AHRD). Columbus, 22.-26. February 2006. Symp.38-2, 794-800.
- Maticka-Tyndale, E. (2007): Conclusion, Moving Sexuality Research Forward. In: P. Makinwa-Adebusoye, E. Maticka-Tyndale, R. Tiemoko (Hg.): Human Sexuality in Africa Beyond Reproduction. South Africa: Action Health Incorporated. Fanele - an imprint of Jacana Media Ltd., 219-233.
- Mbiti, J. (1992): African Religions and Philosophy. Nairobi: Heinemann.

McKay, A. (1999): Sexual ideology and schooling: Towards democratic sexuality education. Albany, USA: State University of New York Press.

MEASURE DHS, ORC Macro. (n.d.): The Future is in Our Hands: Tanzanian Youth, Reproductive Health and HIV Data from the 2004-05 Demographic and Health Survey (TDHS) and the 2003 Tanzania AIDS Indicator Survey (THIS).

http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/DM3/tanzania_youth_booklet.pdf [letzter Zugriff: 01.02.2010]

Mercer, C. (1999) Reconceptualising state-society relations in Tanzania: are NGOs 'making a difference'? In: *Area*, Vol. 31, No.3, 247-258.

Merriam-Webster's Learner's Dictionary. (n.d.): sugar daddy.

<http://www.learnersdictionary.com/search/sugar%20daddy> [letzter Zugriff: 14.10.2010]

Mfangavo, C., Boesten, J., Cleaver, F., Toner, A. (2005): Community-driven development: understanding the interlinkages between individuals, community-based workers and institutions. CDD Working Paper Series. Working Paper No. 2. Policy Overview: A review of policy and practice in relation to water and HIV/AIDS in Tanzania. University of Bradford: Bradford Centre for International Development.

<http://www.splash.bradford.ac.uk/files/BCID%20working%20paper%202.pdf> [letzter Zugriff: 20.03.2010]

Mkumbo, K. (2008): An Exploration of the Psychosocial Factors Affecting the Development and Delivery of School-Based Sex and Relationships Education in Tanzania. Thesis for the degree of Doctor of Philosophy. University of Southampton - Faculty of Medicine, Health and Life Sciences. School of Psychology. November 2008.

<http://eprints.soton.ac.uk/66625/1.hasCoversheetVersion/Mkumbo-final.pdf> [letzter Zugriff: 06.10.2009]

Mkumbo, K., Schaalma, H., Kaaya, S., Leerlooijer, J., Mbwambo, J., Kilonzo, G. (2009): The application of Intervention Mapping in developing and implementing school-based sexuality and HIV/AIDS education in a developing country context: The case of Tanzania. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 37, Suppl.2, 28-36.

http://sjp.sagepub.com/content/37/2_suppl/28.full.pdf+html [letzter Zugriff: 06.10.2009]

Munyaga, M. (n.d.): Participatory approach revives adult classes in Tanzania. *World Education Forum 2000*. http://www.unesco.org/education/wef/en-leadup/rmeet_afric_tanzania.shtm [letzter Zugriff: 23.03.2009]

- Namisi, F.S.; Flisher, A.J.; Overland, S.; Bastien, S.; Onya, H.; Kaaya, S.; Aaro, L.E. (2009): Sociodemographic variations in communication on sexuality and HIV/AIDS with parents, family members and teachers among in-school adolescents: A multi-site study in Tanzania and South Africa. In: *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol.37,Suppl.2, 65-74
http://sjp.sagepub.com/content/37/2_suppl/65.full.pdf+html [letzter Zugriff: 10.02.2010]
- National Bureau of Statistics (NBS) and ORC Macro (2005): Tanzania Demographic and Health Survey 2004-05: Key Findings. Tanzania.
<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR114/SR114.pdf> [letzter Zugriff: 13.02.2010]
- National Bureau of Statistics (NBS) and ORC Macro (2005a): Tanzania Demographic and Health Survey 2004-05. Tanzania.
<http://rochr.qrc.com/bitstream/123456789/311/1/2004%20Tanzania%20DHS%20report.pdf>
 [letzter Zugriff: 01.12.2010]
- National Bureau of Statistics (NBS) (2009): National Bureau of Statistics. Statistics for Development. Labor Force. 31.12.2009. Tanzania. <http://www.tanzania.go.tz/nbsf.html>
 [letzter Zugriff: 03.04.2010]
- Nganda, S. (2007): Sex Education: Do Our Teens Need It? In: Makinwa-Adebusoye, P.; Maticka-Tyndale, E.; Tiemoko, R. (Hg.): *Human Sexuality in Africa Beyond Reproduction*. South Africa: Action Health Incorporated; Fanele - an imprint of Jacana Media Ltd, 53-65
- Nilsson, P. (2003): Education for All: Teacher Demand and Supply in Africa. *Education International Working Papers* no 12. November 2003. <http://www.ei-ie.org/statusofteachers/en/documentation.php> [letzter Zugriff: 14.11.2009]
- Norton, B.; Pennycook, A.; Ramanathan, V. (2010): Preface. In: Higgins, C.; Norton, B. (Hg.): *Language and HIV/AIDS. Critical language and literacy studies: 5*. Bristol, Buffalo, Toronto: Multilingual Matters, xv-xvii
- Nsemwa, M.; Songora, F.G. (2006): Let Them Talk: Voices from the Friends of Education Movement in Tanzania. HakiElimu Working Paper Series No.5. Dar es Salaam
http://www.hakielimu.org/hakielimu/documents/document60let_them_talk_en.pdf [Zugriff: 22.03.2009]
- Nuscheler, F. (2005): *Lern- und Arbeitsbuch Entwicklungspolitik: Eine grundlegende Einführung in die zentralen entwicklungspolitischen Themenfelder Globalisierung, Staatsversagen, Hunger, Bevölkerung, Wirtschaft und Umwelt*. 6. Auflage. Bonn: Verlag J.H.W. Dietz Nachf. GmbH

- OEFS, (2007): Glossar – Ausgewählte aktuelle Begriffe zum Sektor Bildung. Stand März 2007. Wien. http://www.oefse.at/Downloads/services/OEFSE_GLOSSAR_Bildung.pdf [letzter Zugriff: 01.10.2010]
- OHCHR. (n.d.): Convention on the Rights of the Child. <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm> [letzter Zugriff: 14.09.2010]
- Omari-Mwaikinda, N. (2007): The Structural Contingency Approach to Policy Making: An Examination of Education Policy in Tanzania. HakiElimu Working Paper 07.2. <http://www.hakielimu.org/hakielimu/documents/document103The%20structural%20contingency.pdf> [letzter Zugriff: 22.03.2009]
- Osaki, K. M. (2000): Quality of Education in Tanzania: A Focus on Curriculum Standards and Accountability in Schools. A Paper Prepared for the Headmasters Conference on Education. 11.-12. October 2000, Arusha. <http://www.tzonline.org/pdf/educationconference-7.pdf> [letzter Zugriff: 03.02.2010]
- Otiye-Igbuzor, E. (2007): Sexuality, Violence and HIV/AIDS in Nigeria. In: P. Makinwa-Adebusoye, E. Maticka-Tyndale, R. Tiemoko (Hg.): Human Sexuality in Africa Beyond Reproduction. South Africa: Action Health Incorporated; Fanele - an imprint of Jacana Media Ltd., 199-215.
- Over, M., Piot, P. (1993): HIV infection and sexually transmitted diseases. In: Jamison, D., Mosley, W. M. (Hg.): Disease Control Priorities in Developing Countries. Oxford: Oxford University Press, 455-527.
- Pan African Christian AIDS Network (PACANET) (n.d.): http://www.pacanet.net/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16&Itemid=32 [letzter Zugriff: 11.11.2009]
- PCD; Weltbank (2008): Courage & Hope. Stories from teachers living with HIV in sub-Saharan Africa. Printed for the 15th International Conference on AIDS and STIs in Africa (ICASA). http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099080042112/C_HBookFinalforICASA_Dec2008.pdf [letzter Zugriff: 04.01.2010]
- Pohler, K. (2007): Aids in Afrika. Bildung schützt. In: stern.de, 08.Juni 2007. <http://www.stern.de/wissen/mensch/aids-in-afrika-bildung-schuetzt-590765.html> [letzter Zugriff: 20.03.2010]

- Pool, R. (1997): Anthropological Research on AIDS. In: Ng'weshemi, J.; Boerma, J.T.; Bennett, J.; Schapink, D. (Hg.): HIV Prevention and AIDS Care in Africa. A District Level Approach. Amsterdam: Royal Tropical Institute, 69-84
- Radtke, M. (2004): Bewusstseinsbildung bei Kindern und Jugendlichen. In: DED. Leufgens, 39ff.. <http://www.ded.de/de/arbeitsfelder/gesundheit.html> [letzter Zugriff: 23.10.2010]
- Rajani, R. (2003): Is Primary Education Heading in the Right Direction? Thinking with Nyerere. HakiElimu Working Paper Series (4).
http://www.hakielimu.org/hakielimu/documents/document49primary_edu_heading_right_dir_w_nyerere_en.pdf [Zugriff: 23.03.2009]
- Reiss, M. (1993): What are the aims of school sex education? In: Cambridge Journal of Education, Vol. 23, 125-136.
- Rogers, E. M., Vaughan, P. W., Swalehe, R. M., Rao, N., Svenkerud, P. S. (1999): Effects of an Entertainment-Education Radio Soap Opera on Family Planning Behavior in Tanzania. In: Studies in Family Planning, Vol. 30, No. 3, 193-211. <http://www.jstor.org/stable/172196> [Zugriff: 13.05.2009]
- Rosenbrock, R., Salmen, A. (1990): Aids-Prävention. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung. Berlin: edition sigma.
- Sayi, L. (n.d.): Accelerating the education sector response to the impact of HIV/AIDS. Presentation by Coordinator, HIV/AIDS Unit, Ministry of Education and Culture, Tanzania. Schools&Health. www.schoolsandhealth.org/.../Country%20Presentation%20-%20tanzania%20mainland.doc [letzter Zugriff: 12.11.2009]
- Schmid, B. (2007). Sexuality and Religion in the Time of AIDS. In: P. Makinwa-Adebusoye, E. Maticka-Tyndale, R. Tiemoko (Hg.): Human Sexuality in Africa Beyond Reproduction. South Africa: Action Health Incorporated; Fanele - an imprint of Jacana Media Ltd., 187-215.
- Schoepf, B.G. (2001): International AIDS Research in Anthropology: Taking a critical perspective on the crisis. In: Annual Review of Anthropology, Vol. 30, 335–361.
- Schools&Health. (2009): Schools&Health. 06.07. 2009.
http://www.schoolsandhealth.org/Lists/List%20by%20Country/DispForm.aspx?ID=110&Source=http://www.schoolsandhealth.org/Pages/Country.aspx?Paged%3DTRUE%26p_Title%3DRussia%2520%26p_ID%3D96%26View%3D%257b77DEDC47%252d2D47%252d47F4%252d9F0D%252d4C0958FC986E%257d%26PageFirstRow%3D101 [letzter Zugriff: 02.03.2009]

- Setel, P. W. (1999): A Plague of Paradoxes. AIDS, Culture, and Demography in Northern Tanzania. London: The University of Chicago Press Ltd.
- Stambach, A. (2000): Lessons from Mount Kilimanjaro: Schooling, Community and Gender in East Africa. New York: Routledge
- Stehl, B. (2004): „Workplace Policies“ bei Partnerorganisationen. In: DED: AIDS-Arbeit in der Praxis, 33f.. <http://www.ded.de/de/arbeitsfelder/gesundheits.html> [letzter Zugriff: 23.10.2010]
- Struck, P. (2003): Aids, Kultur und Tabu. Fortbildung für Multiplikator(inn)en aus Subsahara-Afrika und für Aids-Fachkräfte. Dokumentation des 2002 in Bielefeld durchgeführten Projekts. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
<http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Aids+Kultur.pdf> [letzter Zugriff: 03.06.2009]
- Sumra, S. (2003): Implementation of the Primary Education Development Plan: Voices from the Community. HakiElimu Working Paper Series No. 2003.7.
http://www.hakielimu.org/hakielimu/documents/document63implemntn_pedp_voices_from_community_en.pdf [letzter Zugriff: 12.04.2009]
- Süssmuth, R. (1987): AIDS. Wege aus der Angst. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- TACAIDS, TGPSH (n.d.): Do children need education about sexuality and reproductive health? Dar es Salaam: Tanzania Printers Ltd.
http://www.tgpsh.or.tz/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=uploads/media/Parents_Leflet__English_.pdf&t=1295020755&hash=2768559dcd15bcb50239c811a3de9aaf [letzter Zugriff: 16.11.2009]
- The Washington Times (2008): BAN KI-MOON: The stigma factor. 06.08.2008.
<http://www.washingtontimes.com/news/2008/aug/06/the-stigma-factor/> [letzter Zugriff: 05.02.2010]
- THE WORLD BANK (n.d.): Supporting Education in Tanzania.
<http://go.worldbank.org/U1Q0BYXKW0> [letzter Zugriff: 17.10.2008]
- THE WORLD BANK (1999): Tanzania. Social Sector Review. A World Bank Country Study. Washington, D.C.: The World Bank.

THE WORLD BANK (2002): Education and HIV/AIDS: A Window of Hope. Washington, D.C.: World Bank. http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099080042112/Edu_HIVAIDS_window_hope.pdf [letzter Zugriff: 04.01.2010]

THE WORLD BANK (2010): School Health and Nutrition and HIV/AIDS in the Education Sector. <http://go.worldbank.org/FKN3TUZS90> [letzter Zugriff: 16.09.2010]

Tietze, S. (2006): Die AIDS-Pandemie in Sub-Sahara-Afrika. In: APuZ-Aus Politik und Zeitgeschichte Vol. 32-33, 32-38.

http://www.bpb.de/themen/4WV318,0,0,Die_AidsPandemie_in_SubSaharaAfrika.html [letzter Zugriff: 03.02.2010]

Tijhuis, A (2006): The Internationalisation of an HIV/AIDS Prevention Campaign: The Entertainment-Education Project Dance4Life. Master Thesis for the study Applied Communication Science. Enschede: University of Twente. June 2006.

http://essay.utwente.nl/56944/1/Scriptie_Tijhuis.pdf [letzter Zugriff: 12.10.2009]

Ulimwengu, J. (2004): Nyerere on Education: A Commentary. HakiElimu Working Paper, 04.1.

http://www.hakielimu.org/hakielimu/documents/document50nyerere_edu_commentary_en.pdf [Zugriff: 22.03.2009]

UN (n.d.): Youth and the United Nations. <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/qanda.htm> [letzter Zugriff: 04.03.2010]

UN (2010): Fact Sheet: Youth in Africa. August 2010

<http://social.un.org/youthyear/docs/youth-africa.pdf> [letzter Zugriff: 09.10.2010]

UN (2010a): Millenium Development Goals Indicators. The official United Nations site for the MDG Indicators. Literacy rates of 15-24 years old, men, percentage. 23.06. 2010.

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=657&crid=> [letzter Zugriff: 14.09.2010]

UN (2010b): Millenium Development Goals Indicators. The official United Nations site for the MDG Indicators. Literacy rates of 15-24 years old, women, percentage. 23.06. 2010

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=657&crid=> [letzter Zugriff: 14.09.2010]

UNAIDS (IATT) (2004): HIV/AIDS & education. The role of education in the protection, care and support of orphans and vulnerable children living in a world with HIV and AIDS.

<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001355/135531e.pdf> [letzter Zugriff: 23.09.2009]

UNAIDS (1998): HIV/AIDS and Human Rights. International Guidelines. Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights. Geneva 23.-25. September 1996. Geneva; New York: UNAIDS. http://data.unaids.org/publications/IRC-pub03/hright2_en.pdf [letzter Zugriff: 12.09.2009]

UNAIDS (2003): Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic. Follow-up to the 2001 United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. September 2003. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/topics/ungass2003/ungass_report_2003_en.pdf [letzter Zugriff: 14.03.2010]

UNAIDS (2005) AIDS in Africa: Three scenarios to 2025. January 2005. Geneva. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub06/jc1068-scenarios-execsumm_en.pdf [letzter Zugriff: 05.02.2010]

UNAIDS, UNFPA, UNIFEM (2004): Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis. Geneva/NY. http://www.unfpa.org/hiv/women/docs/women_aids.pdf [letzter Zugriff: 16.11.2009]

UNAIDS, WHO (2008). Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response. October 2008. United Republic of Tanzania. http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_TZ.pdf [letzter Zugriff: 12.11.2009]

UNAIDS, WHO (2009): Fact Sheet: Sub-Saharan Africa. http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124_FS_SSA_en.pdf [letzter Zugriff: 02.02.2010]

UNAIDS, WHO (2009a): Global Facts & Figures. http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124_FS_global_en.pdf [letzter Zugriff: 02.02.2010]

UNAIDS, WHO (2009b): AIDS epidemic update. December 2009. http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf [letzter Zugriff: 14.12.2009]

UNDP (2009): Human Development Report 2009. http://hdrstats.undp.org/en/countries/country_fact_sheets/cty_fs_TZA.html [letzter Zugriff: 12.02.2010]

UNESCO (n.d.): United Republic of Tanzania.
http://portal.unesco.org/education/en/files/39952/11178007243UNITED_REPUBLIC_OF_TANZANIA.doc/UNITED%20REPUBLIC%20OF%20TANZANIA.doc [letzter Zugriff: 18.03.2009]

UNESCO (1990): WORLD DECLARATION ON EDUCATION FOR ALL and FRAMEWORK FOR ACTION TO MEET BASIC LEARNING NEEDS. Adopted by the World Conference on Education for All. Meeting Basic Learning Needs, 5.-9. March 1990. JOMTIEN, THAILAND. http://www.unesco.org/education/pdf/JOMTIE_E.PDF [letzter Zugriff: 06.12.2009]

UNESCO (2008): Supporting the educational needs of HIV-positive learners: lessons from Namibia and Tanzania. France: UNESCO with EduSector AIDS Response Trust with RAISON Namibia and TAMASHA Tanzania.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001786/178601eb.pdf> [letzter Zugriff: 10.02.2010]

UNFPA (n.d.): PREVENTING HIV/AIDS. Protecting the Health of Women and Girls.
<http://www.unfpa.org/hiv/women.htm> [letzter Zugriff: 06.03.2010]

UNICEF (n.d.): United Republic of Tanzania. Statistics.
http://www.unicef.org/infobycountry/tanzania_statistics.html [letzter Zugriff: 14.03.2010]

UNICEF b (n.d.): Definitions. Education.
http://www.unicef.org/infobycountry/stats_popup5.html [letzter Zugriff: 15.03.2010]

UNICEF (2007): Accelerating education's response to HiV and Aids. Contributing to a better future for children in Africa. June 2007. <http://www.unicef.org/media/files/AIDS.pdf> [letzter Zugriff: 05.10.2010]

University of Sussex (2010): Department of Education. Tanzania. Main features of teacher education. <http://www.sussex.ac.uk/education/research/cie/rprojects/tpa/tanzania> [letzter Zugriff: 17.09.2010]

URT (BEDC) (2001): Education Sector Development Programme. Primary Education Development Plan (2002-2006). Dar es Salaam.
<http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Tanzania%20UR/Tanzania%20UR%20Primary%20Education%20Development%20Plan.pdf> [letzter Zugriff: 01.06.2009]

URT (BEDC) (2006): Education and Training Sector Development Programme (ESDP). Primary Education Development Programme II (2007-2011). Dar es Salaam.
http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Tanzania%20UR/Tanzania_PEDP-II_2007-2011.pdf
[letzter Zugriff: 01.06.2009]

URT (MoEC), (n.d.): <http://www.tanzania.go.tz/government/education.htm> [letzter Zugriff: 17.10.2008]

URT (MoEC), (1995): Education and Training Policy. Dar es Salaam.

URT (MoEC) (2001): Basic Education Master Plan (BEMP). Medium Term Strategic and Programme Framework 2000-2005. Dar es Salaam.
<http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Tanzania%20UR/Tanzania%20BEMP.pdf> [letzter Zugriff: 01.06.2009]

URT (MoEC) (2004): Guidelines for implementing HIV/AIDS and life-skills education programme in schools. December 2004. Dar es Salaam.
<http://www.schoolsandhealth.org/sites/eastafrica/Lists/Network%20Documents/DispForm.aspx?ID=105&Source=http%3A%2F%2Fwww%2Eschoolsandhealth%2Eorg%2Fsites%2Feastafrika%2FPages%2FTanzaniainland%2Easpx> [letzter Zugriff: 02.04.2009]

URT (MoH) (2005): HIV/AIDS/STI Surveillance Report. Tanzania Mainland. Report Number 19. January-December 2004.
http://www.nacp.go.tz/modules/doc_sm/admin/docs/HIV_AIDS_STI%20Surveillance%20Report%2019.pdf [letzter Zugriff: 11.02.2010]

URT (MoHSW) (2006): Surveillance of HIV and Syphilis Infections Among Antenatal Clinic Attendees 2005/06. Dar es Salaam: NACP.
<http://www.moh.go.tz/documents/Surveillance%20of%20HIV%20and%20Syphilis%20Infections%20among%20ANC%20attendees.pdf> [letzter Zugriff: 09.12.2009]

URT (PMO) (2001): NATIONAL POLICY ON HIV/AIDS. September 2001. Dar es Salaam.
<http://www.tanzania.go.tz/pdf/hivaidspolicy.pdf> [letzter Zugriff: 15.04.2009]

URT (PMO) (2003): NATIONAL MULTI-SECTORAL STRATEGIC FRAMEWORK ON HIV/AIDS 2003 - 2007. January 2003. Dar es Salaam: TANZANIA COMMISSION FOR AIDS. http://www.districthealthservice.com/documents/aids_nmsf2003.pdf [letzter Zugriff: 20.06.2009]

URT (PMO) (2007): THE SECOND NATIONAL MULTI - SECTORAL STRATEGIC FRAMEWORK ON HIV AND AIDS (2008 – 2012). December 2007. Dar es Salaam. <http://www.tacaids.go.tz/documents/NMSF%20%202008%20-2012.pdf> [letzter Zugriff: 14.02.2010]

URT (TACAIDS) (n.d.): HIV/AIDS IN TANZANIA. http://www.tanzania.go.tz/hiv_aids.html [letzter Zugriff: 12.12.2009]

URT (n.d.): THE TANZANIA DEVELOPMENT VISION 2025. <http://www.tanzania.go.tz/vision.htm> [letzter Zugriff: 22.03.2009]

URT a (n.d.): Poverty Eradication. <http://www.tanzania.go.tz/poverty.html> [letzter Zugriff: 12.02.2010]

URT b (n.d.): National Website. Education. <http://www.tanzania.go.tz/educationf.html> [letzter Zugriff: 01.10.2009]

Vaughan, P., Rogers, E., Singhal, A., Swalehe, R. (2000): Entertainment-Education and HIV/AIDS Prevention: A Field Experiment in Tanzania. *Journal of Health Communication*, Vol. 5, 81-100. <http://utminers.utep.edu/asinghal/Articles%20and%20Chapters/Vaughan-JHC-Entertainment%20Education%20and%20HIV%20AIDS...%20%2012.12.0.pdf> [letzter Zugriff: 13.06.2009]

Welt-Blick.de (n.d.): Landkarte Vereinigte Republik Tansania. <http://www.welt-blick.de/landkarte/tansania.html> [letzter Zugriff: 29.09.2010]

WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21. November 1986. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf [letzter Zugriff: 17.10.2010]

WHO (2002): Health, Economic Growth, and Poverty Reduction. Geneva: WHO. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241590092.pdf> [letzter Zugriff: 08.03.2010]

WHO (2010): Antiretroviral therapy. <http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html> [letzter Zugriff: 05.03.2010]

WHO (2010a): HIV testing and counselling. <http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/> [letzter Zugriff: 05.04.2010]

Wilhelm, J. (2001): Editorial. In: *ded Brief – Zeitschrift des Deutschen Entwicklungsdienstes (Aids)*.

Wilhelm, J., Zacher, W. (2004): Vorwort. In: DED: AIDS-Arbeit in der Praxis. Bonn: Leufgens, 3 <http://www.ded.de/de/arbeitsfelder/gesundheit.html> [letzter Zugriff: 23.10.2010]

Wilmink, T. (2008): Ursachen von HIV/AIDS Epidemien im subsaharischen Afrika aus systemischer Sicht. Bewältigungsstrategien von UNAIDS. Diplomarbeit. Diplomstudiengang Interkulturelle Pädagogik. April 2008. Oldenburg: Carl von Ossietzky Universität http://oops.uni-oldenburg.de/volltexte/2009/896/pdf/Ursachen_von_HIV_AIDS_Epidemien_im_subsaharischen_Afrika_aus_systemischer_Sicht._Bewaeltigungsstrategien_von_UNAIDS._Tanja_Wilmink.pdf [letzter Zugriff: 08.05.2010]

Wooten, J. (2004): One Boy's Heroism in the Face of AIDS. 01.12.2004. In: NPR. <http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=4195336> [letzter Zugriff: 16.09.2010]

Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktion von Gesundheitserziehung. Weinheim/München: Juventa.

Zacher, W. (2004): AIDS als Querschnittsaufgabe beim DED. In: DED: AIDS-Arbeit in der Praxis. Bonn: Leufgens, 18ff. <http://www.ded.de/de/arbeitsfelder/gesundheit.html> [letzter Zugriff: 23.10.2010]

Zweifel, H. (2009): Medicus Mundi Schweiz, Nr.1. März 2009. <http://www.medicusmundi.ch/mms/services/med/med200901.html> [letzter Zugriff: 09.11.2009]

Zweifel, H. (2009a): Medicus Mundi Schweiz, Nr.113. August 2009. http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin113_2009/chapter1/21.html [letzter Zugriff: 09.11.2009]

9. Appendix

9.1. Zusammenfassung

Weltweit glauben ExpertInnen, dass Bildung als „sozialer Impfstoff“ die weitere Verbreitung von HIV/AIDS verhindern kann. Da insbesondere arme und ungebildete Menschen als vulnerabel gelten, wächst die Notwendigkeit einer für alle Menschen zugänglichen Bildung. Diese Arbeit untersucht auf verschiedenen Ebenen die Wechselwirkungen zwischen Bildung und HIV/AIDS in Tansania und schafft Einblick in die sozioökonomischen, politischen, rechtlichen und kulturellen Rahmenbedingungen. Die hierbei gefundenen Ergebnisse zeigen, dass die Bildung vieler junger TansanierInnen, welche am meisten von der Epidemie betroffen sind und gleichzeitig als „windows of hope“ bezeichnet werden, auf dem Spiel steht. Gründe dafür sind u.a. zahlreiche Krankheits- und Todesfälle des Lehrpersonals bzw. der Eltern aufgrund von HIV/AIDS. Dennoch kann die schlechte Situation des Bildungssektors nicht allein auf die Epidemie zurückgeführt werden. Fehlende Ressourcen, Misswirtschaft, sozioökonomische und kulturelle Gründe, als auch fehlendes Bewusstsein, mangelnde akkurate Informationen über HIV/AIDS unter jungen Leuten sowie ein generell schlechtes LehrerInnen-SchülerInnen-Verhältnis sind weitere Ursachen, weshalb die Möglichkeiten von Schulen bei der Eindämmung der Epidemie bis heute begrenzt sind. Daher sind auch alternative Formen und Orte der Aufklärungs-/Bildungsarbeit wichtig, um auch jene Kinder und Jugendlichen zu erreichen, die nicht zur Schule gehen.

Diese Arbeit zeigt, dass Bildungs-/Aufklärungsarbeit zwar einen wichtigen Beitrag zur Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemie leisten kann, als alleiniges Mittel jedoch nicht ausreicht. Nur mithilfe eines multisektoralen, holistischen Ansatzes, der verschiedene AkteurInnen miteinbezieht, können Verbesserungen bei der HIV/AIDS-Arbeit erzielt werden.

9.2. Abstract

Worldwide experts believe that education could function as a “social vaccine“ to prevent the further spread of HIV/AIDS. Due to the fact that poor and illiterate people are particularly vulnerable, the need for accessible education for all increases. This paper examines the interactions between education and HIV/AIDS in Tanzania at different levels and provides insight into the socio-economic, political, legal and cultural conditions that should be considered. The results obtained here show that the education of a great number of young people, who are most affected by this epidemic and simultaneously provide a “window of hope“, is at stake. Reasons are inter alia numerous illnesses and deaths of teachers and parents due to HIV/AIDS. However, the poor quality of the education sector cannot be traced back solely to the epidemic. A lack of resources, political mismanagement, socio-economic and cultural reasons, as well as insufficient awareness and accurate information about HIV/AIDS among young people, plus a generally poor relationship between teachers and students are the main reasons why the facilities of schools to contain the epidemic are limited. Therefore, alternative ways for awareness training/education must be found in order to reach also those children and adolescents who do not attend school.

This work shows that although awareness training/education represents an important contribution to curb the HIV/AIDS epidemic, it cannot be the sole instrument. Improvements of the national efforts to combat HIV/AIDS can only be achieved by using a multi-sectoral, holistic approach which involves different actors.

9.3. CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten

Name: Grünstäudl
Vorname: Verena
Staatsbürgerschaft: Österreich
Geboren: 13.09.1986
e-mail: verena-g@gmx.at

Schulbildung

1997-2005 Bundesrealgymnasium der Dominikanerinnen
1993-1997 Volksschule der Dominikanerinnen

Studium

10/2009-02/2011 Berufsbegleitende Ausbildung zur staatlich geprüften Mediatorin
2005-2011 Individuelles Diplomstudium Internationale Entwicklung
Schwerpunkte: Ostafrika, Kiswahili, Religions-, Kultur- & Menschenrechte, HIV/AIDS, Bildung
2006-2009 Studium der Rechtswissenschaften

Fremdsprachenkenntnisse

Englisch, Französisch, Spanisch, Kiswahili, Latein

Beruflicher Werdegang

11/2009 – 07/2010 ehrenamtliche Mitarbeit bei der Planung & Vorbereitung des „Youth Pavilion“ im „Global Village“ der XVIII. International Aids Conference als Mitglied des Subkommittees
04/2010 – 06/2010 Praktikum bei World Vision Österreich (Abteilung: Öffentlichkeitsarbeit & Anwaltschaft)
04/2009 – 04/2010 Vorbereitung & Planung eines karitativen Projekts der LJ NÖ in Tansania; Abhaltung von Workshops zu entwicklungspolitischen Themen in Wien & NÖ
10/2008 – 12/2009 Praktikum bei der NGO „Grenzenlos“ – Veröffentlichung des 1. Interkulturellen Jahrbuchs

- 09/2008 Volontariat in der Austrian Development Agency (ADA), Abteilung
„Entwicklungspolitische Kommunikation und Bildung in Österreich“
- 07/2008 Praktikum und Teilnahme an der „2nd International Anti-Corruption
Summer School“ des BMI

Forschungsaufenthalt

- 07/2009-08/2009 Diplomarbeitenrecherche in Tansania (Dar es Salaam, Ruvuma-Region)

Publikationen

- 2009 „Interkulturelles Jahrbuch“ der NGO „Grenzenlos“
- 2007 „Den letzten Weg gemeinsam gehen. Hospize und Sterbebegleitung“ –
erschienen im Goldegg Verlag