

Möglichkeiten und Bedingungen von HIV/AIDS-Prävention in einem afrikanischen Land am Beispiel Tansania

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

vorgelegt von
Eva Bittner
aus Braunschweig

Tübingen

2012

Tag der mündlichen Prüfung:

31.05.2012

Dekan:

Professor Dr. rer. soc. Josef Schmid

1. Gutachter:

Prof. Dr. Helmut Digel

2. Gutachter:

Prof. Dr. Ansgar Thiel

Zusammenfassung

Die Kraft des Sports kann Frieden stiften, Begegnung schaffen und Chancengleichheit herstellen. Es sind grundlegende Argumente politischer Legitimationen zur Instrumentalisierung des Sports für entwicklungspolitische Ziele. Politische Deklarationen sehen den Sport darüber hinaus als konkretes Mittel zur HIV/AIDS-Prävention. Ein persönlicher Projektbesuch der Leichtathletik-Trainerausbildung des Deutschen Olympischen Sportbundes in Tansania bestätigte die Notwendigkeit von HIV/AIDS-Präventionsangeboten in afrikanischen Entwicklungsländern wie Tansania. In der entwicklungstheoretischen Diskussion erscheint die Verbindung von HIV/AIDS und Sport erklärungsbedürftig. Doch der moderne Sport verkörpert in Industrieländern die Symbole moderner Gesellschaften und kann ein Katalysator zur Modernisierung von Gesellschaften und zur Erreichung von Entwicklungszielen wie der HIV/AIDS-Bekämpfung sein.

Die Ergebnisse zeigen,

(1) dass Sport in der HIV/AIDS-Prävention bei jungen Frauen in Tansania zur Bildung von Persönlichkeits-Eigenschaften einen Mehrwert bietet, die für ihr sexuelles Verhalten entscheidend sind. Ebenso eröffnet die Partizipation und die Gleichberechtigung als konstitutive Elemente des Sports eine Chance für Frauen zur Mitbestimmung. Es sind religiöse und traditionelle Hintergründe vor allem bei Frauen muslimischen Glaubens zu berücksichtigen.

(2) dass bei jungen Männern Anreize zu schaffen sind, an präventiven Maßnahmen teilzunehmen, weil die Meinung vorherrschen könnte, dass dieses Thema nur Frauen und ihre reproduktive Gesundheit betrifft. Sport ist dann ein geeignetes Instrument, wenn er intrinsisch und extrinsisch Anreize zur HIV/AIDS-Prävention schafft, um die Motivation zur Verhaltensänderung (zum Beispiel Kondomgebrauch) zu erhöhen.

(3) dass bei armen Menschen die wirtschaftlichen, politischen und sozialen Verhältnisse ursächlich für den mangelnden Schutz vor HIV/AIDS sind. Auf diese kann der Sport keinen Einfluss nehmen. Doch können im Sport Persönlichkeits-Eigenschaften gefördert, Gleichstellung der Geschlechter hergestellt und Life-Skills entwickelt werden, die in modernen Wirtschaftssystemen grundlegende Qualifikationen bedeuten.

Diese Annahme kann für Funktionen des Sports hinsichtlich ökonomischer Effekte sprechen.

Schlussfolgernd konnte gezeigt werden, dass der Sport zum einen im Allgemeinen die Potentiale für die Entwicklungszusammenarbeit aufweist und zum anderen als Konstrukt in der HIV/AIDS-Prävention unter den genannten Bedingungen und Möglichkeiten plausibel erscheint. Diese gilt es empirisch zu belegen, wofür weiterführende wissenschaftliche Untersuchungen nötig sind.

Abstract

The power of sport can bring peace, creates encounter and brings equal opportunities of participation. These are the fundamental arguments of political legitimacy in order to exploit sport for targets of development policies. Furthermore sport was considered as a concrete vehicle of HIV/AIDS prevention in political declarations. During a personal project visit of the Athletics Coach Education initiated by the German Olympic Sports Confederation in Tanzania I was able to confirm the need for prevention especially in African developing countries like Tanzania.

The relationship between HIV/AIDS and sport requires an explanation in the context of development theories. But it seems reasonable as the modern sport embodies the symbols of modern industrial societies and therefore can become a catalyst for the modernization of societies of developing countries. In this context Sport can also contribute to the achievement of development goals such as combat against HIV/AIDS.

The results show:

(1) that sport in conjunction with HIV/AIDS prevention can form personality properties among young women in Tanzania, that are crucial for their sexual behaviour. Collective participation and equality, as constitutive elements of sport, provide an opportunity for women's codetermination within the society. Especially for Muslim women the traditional and religious backgrounds have to be considered.

(2) that sport can create incentives for young men to take part in preventive activities, and therefore can change the prevailing opinion among this group that HIV/AIDS prevention only affects women and their reproductive health. Sport is a suitable instrument, when it creates intrinsic and extrinsic incentives to HIV/AIDS prevention, and when it enlarges the motivation for behaviour changes (for example for adequate condom usage).

(3) that poor people's economic, political and social conditions are the main causes for the lack of protection from HIV/AIDS. These conditions can not be influenced by sport directly. But sport can promote personality, bring equality between the sexes and contribute to the development of personal life-skills. Those are the main basic

skills to be successful in modern economies. Those assumptions can be used for positive functions of sport in terms of influencing economic effects.

In conclusion, on the one hand, in general, sport has the potential for development cooperation. On the other hand sport appears as a possible tool in the HIV/AIDS prevention under the specific capabilities and conditions, which are discussed in the thesis. But these theoretical hypotheses must be demonstrated empirically, which require further scientific researches.

Für meinen
Vater

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	XI
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XIV
TABELLENVERZEICHNIS	XVII
1 EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG	1
1.1 RELEVANZ DES THEMAS	1
1.2 ZIELSETZUNG DER ARBEIT	7
1.3 AUFBAU DER ARBEIT	8
1.4 WISSENSCHAFTLICHER KENNTNISSTAND	12
1.5 METHODISCHE ÜBERLEGUNGEN	15
2 ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT UND DAS ZIEL DER HIV/AIDS-BEKÄMPFUNG	27
2.1 ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT	29
2.1.1 <i>Entwicklungstheorien</i>	29
2.1.2 <i>Entwicklungshilfe</i>	37
2.1.3 <i>Entwicklungsländer</i>	41
2.1.4 <i>Millenniums-Entwicklungsziele</i>	49
2.2 HIV/AIDS	55
2.2.1 <i>Krankheitsbild</i>	59
2.2.2 <i>Risikogruppen</i>	63
2.2.3 <i>Weltweite HIV/AIDS-Prävalenz</i>	66
2.2.4 <i>HIV/AIDS in Tansania</i>	77
2.2.5 <i>HIV/AIDS in Deutschland</i>	85
2.2.6 <i>Zusammenfassung</i>	92
2.3 HIV/AIDS ALS GESELLSCHAFTLICHES PHÄNOMEN	92
2.3.1 <i>Ökonomische, politische und soziale Faktoren auf der gesellschaftlichen Ebene</i>	95
2.3.2 <i>Kultur, Glaube, Religion und HIV/AIDS</i>	100
2.3.3 <i>Christentum und HIV/AIDS</i>	104
2.3.4 <i>Traditioneller Glaube, Naturreligionen und AIDS</i>	105
2.3.5 <i>Ökonomische, politische und soziale Faktoren auf der individuellen Ebene</i>	108
2.3.6 <i>Geschlechtsspezifische Verhältnisse</i>	112
2.4 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNG	117
3 MAßNAHMEN DER HIV/AIDS-PRÄVENTION	124
3.1 THEORETISCHE GRUNDLAGEN DER PRÄVENTION	125
3.1.1 <i>Interventionsebenen der Prävention</i>	130

3.1.2	<i>Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention</i>	132
3.1.3	<i>Prävention und Risikowahrnehmung</i>	139
3.2	PRÄVENTIONSSTRATEGIEN IN DER HIV/AIDS-BEKÄMPFUNG	144
3.2.1	<i>Medizinische Intervention durch medikamentöse Behandlung</i>	147
3.2.2	<i>Traditionelle Medizin</i>	154
3.2.3	<i>Kondomgebrauch</i>	155
3.2.4	<i>Information und Aufklärung</i>	157
3.2.5	<i>Freiwillige HIV-Tests und psychologische Beratungsangebote</i>	164
3.2.6	<i>Erziehung, Bewusstsein und Kommunikation in IEC-Programmen</i>	166
3.2.7	<i>Erziehung durch Peer-Education und KAP(B)-Methode</i>	171
3.2.8	<i>Pflege und Behandlung</i>	179
3.2.9	<i>Reduzierung sexuell übertragbarer Krankheiten</i>	181
3.2.10	<i>Rechtliche Maßnahmen</i>	182
3.3	ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNG	191
4	SPORT IN DER ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT	198
4.1	SPORT IN DER GESELLSCHAFT	199
4.1.1	<i>Definition des Sports</i>	199
4.1.2	<i>Ausdifferenzierung des Sports</i>	202
4.1.3	<i>Sport als Teilsystem moderner Gesellschaften</i>	215
4.1.4	<i>Abhängigkeitsverhältnis von Sport und Gesellschaft</i>	218
4.2	POTENTIALE DES SPORTS IN DER ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT	224
4.2.1	<i>Begriffliche Bestimmungen</i>	224
4.2.2	<i>Entwicklungspolitische Bedeutung des Sports auf internationaler Ebene</i>	227
4.2.3	<i>Entwicklungspolitische Bedeutung des Sports auf nationaler Ebene</i>	232
4.2.4	<i>Politische Erklärungen zum Sport in der HIV/AIDS-Prävention</i>	238
4.2.5	<i>Sport im Modernisierungsprozess</i>	242
4.3	FUNKTIONEN DES SPORTS IN DER ENTWICKLUNGSTHEORETISCHEN DISKUSSION	255
4.3.1	<i>Sportentwicklungshilfe als Instrument der Persönlichkeitsbildung</i>	258
4.3.2	<i>Sportentwicklungshilfe als Integrationsinstrument</i>	264
4.3.3	<i>Sportentwicklungshilfe als Identifikationsinstrument</i>	269
4.3.4	<i>Sportentwicklungshilfe als Instrument der Gesundheitspolitik</i>	273
4.3.5	<i>Sportentwicklungshilfe als Instrument zur Erlangung von Chancengleichheit</i>	278
4.3.6	<i>Sportentwicklungshilfe als Instrument zur Grundbedürfnisbefriedigung</i>	281
4.3.7	<i>Sportentwicklungshilfe als Instrument der Emanzipation</i>	282
4.3.8	<i>Sportentwicklungshilfe als Bildungshilfe</i>	283
4.4	ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNG	285
5	SPORTBEZOGENE PRÄVENTION VON HIV/AIDS UND IHRE PROBLEMARCHETYPEN	294
5.1	ROLLE DER FRAUEN IM SPORTSYSTEM IN TANSANIA	295

5.2	INTERVENTIONSSTRATEGIEN DER THEORIEN ABWEICHENDEN VERHALTENS	303
5.3	PROJEKTE UND STUDIEN ZUM SPORT IN DER HIV/AIDS-PRÄVENTION	319
5.3.1	<i>Projektbeispiel der Organisation Right to Play</i>	<i>325</i>
5.3.2	<i>Projektbeispiele der großbritannischen Regierungsbehörden (DCMS & DfID).....</i>	<i>328</i>
5.3.3	<i>Studienbeispiel Elimu, Michezo na Mazoezi in Tansania.....</i>	<i>333</i>
5.3.4	<i>Determinanten sportbezogener HIV/AIDS-Prävention.....</i>	<i>339</i>
5.3.5	<i>Nationale und internationale Kampagnen.....</i>	<i>343</i>
5.3.6	<i>Zusammenfassung</i>	<i>349</i>
5.4	PROBLEMARCHETYPEN IM KONTEXT VON HIV/AIDS.....	352
5.4.1	<i>Beurteilung der Präventionsmaßnahmen hinsichtlich entwicklungsbezogener Missstände</i>	<i>353</i>
5.4.2	<i>Beurteilung der Interventionsstrategien abweichenden Verhaltens hinsichtlich entwicklungsbezogener Missstände.....</i>	<i>356</i>
5.4.3	<i>Beurteilung des modernen Sports hinsichtlich entwicklungsbezogener Missstände</i>	<i>359</i>
5.4.4	<i>Problemarchetypen und ihre Eignung für den Sport als präventive Intervention.....</i>	<i>361</i>
6	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	370
	LITERATURVERZEICHNIS.....	385
	LEBENS LAUF	410

Abkürzungsverzeichnis

AA	Auswärtiges Amt
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMI	Bundesministerium des Inneren
BMZ	Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BNE	Bruttonationaleinkommen
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CDC	Centers for Disease Control
CSR	Corporate Social Responsibility
DAC	Development Assistance Committee
DCMS	Department for Culture, Media and Sport
DfID	Department for International Development
DOSB	Deutschen Olympischen Sportbund
DSB	Deutsche Sportbund
EL	Entwicklungsländer
FIFA	Fédération Internationale de Football Association
FZ	Finanzielle Zusammenarbeit
GDP	Gross Domestic Product
GNI	Gross National Income
HDI	Human Development Index
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPL	Migranten aus Hochprävalenz-Ländern

IAAF	International Association of Athletics Federations
ICC	International Cricket Council
IEC	Information, Education und Communication
IL	Industrieländer
IOC	International Olympic Committee
IWF	International Monetary Fund
IWG	International Working Group on Women and Sport
IYPSE	International Year of Sport and Education
KAP	Knowledge, Attitudes, Practices
KKP	Kaufkraftparität
LCDs	Least Development Countries
MDG	Millennium Development Goals
MoEC	Ministry of Education and Culture
MoEVT	Ministry of Education and Vocational Training
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
NACP	National AIDS Control Program
NGOs	Nichtregierungsorganisationen
NOK	Nationale Olympische Komitee
ODA	Official Development Assistance
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OYDC	Olympic Youth Development Centre
PASHA	Prevention and Awareness in Schools of HIV and AIDS
PKE	Pro-Kopf-Einkommen

RKI	Robert Koch Institut
RNA	Ribonukleinsäure
STD	Sexually Transmitted Diseases
STI	Sexually Transmitted Infections
TACAIDS	Tanzania Commission for AIDS
TGPSH	Tanzanian German Programme to Support Health
TZ	Technische Zusammenarbeit
UN	United Nations
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNEP	United Nations Environment Programme
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCHR	United Nations High Commissioner for Human Rights
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNRISD	United Nations Research Institute for Social Development
WBGU	Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Themenbereiche der Untersuchung und ihre Zusammenführung zum Gegenstandsbereich des Sports in der HIV/AIDS-Prävention (eigene Darstellung)..	21
Abbildung 2: Anfangspunkt und Zielpunkt des Entwicklungsprozesses (vgl. Lachmann, 1994, S. 15).....	30
Abbildung 3: Zusammenhang von Armut gemessen am Bruttonationaleinkommen pro Einwohner im Jahr 2006 und der HIV/AIDS-Prävalenz bei der Bevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren im Jahr 2006 nach geographischen Gruppierungen (eigene Darstellung aufgrund der Daten der World Bank, 2008).....	57
Abbildung 4: Der natürliche Verlauf der HIV-Infektion (vgl. Hoffmann & Rockstroh, S. 7).....	59
Abbildung 5: Geschätzte Anzahl der Erwachsenen und Kinder, die im Jahr 2001 und 2007 mit HIV leben, unterteilt nach geographischen Regionen (eigene Darstellung aufgrund der Daten der WHO, 2008).....	69
Abbildung 6: Veränderung des prozentualen Anteils der 15- bis 49-jährigen Frauen, die im Zeitraum von 1990 bis 2007 mit HIV/AIDS leben (vgl. UNAIDS, 2008, S.38).	73
Abbildung 7: Prävalenz der HIV-Infektion bei vorgeburtlichen Klinikaufenthalten von schwangeren Frauen nach Regionen in Tansania im Jahr 2005/2006 (vgl. NACP, 2006, S. 7).....	79
Abbildung 8: HIV-Prävalenz in verschiedenen Altersgruppen (vgl. NACP, 2006, S. 11).	80
Abbildung 9: HIV-Prävalenz nach dem Familienstatus (vgl. NACP, 2006, S. 11).	81
Abbildung 10: HIV-Prävalenz nach dem Bildungsgrad (vgl. NACP, 2006, S. 12–13).	81
Abbildung 11: HIV-Prävalenz nach der Lage der Klinik (vgl. NACP, 2006, S. 12–13).	82
Abbildung 12: HIV-Prävalenz nach der Anzahl der vorausgegangenen Schwangerschaften in Prozent (vgl. NACP, 2006, S. 13).	83

Abbildung 13: Abgrenzung von Prävention und Behandlung als Interventionsversuche (vgl. Hafen, 2005, S. 234).....	128
Abbildung 14: Zu verhindernde Probleme und ihre Ursachen (vgl. Hafen, 2005, S. 247).....	129
Abbildung 15: Früherkennung als diagnostische Maßnahme zwischen Prävention und Behandlung (modifiziert nach Hafen, 2000, S. 267).	135
Abbildung 16: Verlauf der Prävention sowie Behandlung bei HIV/AIDS (vgl. Lamptey et. al., 2002, S. 22)......	137
Abbildung 17: Logik der primären Prävention (vgl. Rosenbrock, 2004, S. 29).	139
Abbildung 18: Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA) (in Anlehnung an Schwarzer, 2004, S. 91).....	141
Abbildung 19: Referenzen des Sportsystems (vgl. Cachay & Thiel, 2000, S. 44). ..	203
Abbildung 20: Funktionen des Sports (Digel, 2004, S. 3–4).	205
Abbildung 21: Pyramidenmodell (Digel & Burk, 2001, S. 19).	208
Abbildung 22: Säulenmodell des Sport als Folge funktionaler Ausdifferenzierung (eigene Darstellung nach Digel & Burk, 2001, S.20)	211
Abbildung 23: Sport und ausgewählte Systeme der Gesellschaft (in Anlehnung an Digel, 1995, S. 15).	218
Abbildung 24: Internationale Meilensteine zur Anerkennung des Sports als Instrument für Entwicklung und Frieden (modifiziert nach UN, 2005b, S. 397).	228
Abbildung 25: Gesamte Ausgaben der öffentlichen Haushalte für die Sportförderung im Vergleich zum Bruttonationaleinkommen in Deutschland in den Jahren von 1992 bis 2007 (eigene Darstellung auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes, 2010; sowie des Statistischen Bundesamtes, 2011).....	235
Abbildung 26: Signifikante Aspekte des modernen Sports (vgl. Digel, 1995, S. 126).	245
Abbildung 27: Gesellschaftlicher Wandel zu Beginn des 21. Jahrhunderts (Digel & Burk, 2001, S. 25).	249

Abbildung 28: Funktionszuschreibungen an den Sport im Rahmen der Sportförderung in Ländern der Dritten Welt (eigene Darstellung in Anlehnung an Digel, 1989, S. 69).	255
Abbildung 29: Struktur des organisierten Sports in Tansania (vgl. Massao & Fasting, 22003, S. 118).....	295
Abbildung 30: Modell von Right to Play für den Prozess der Verhaltensänderung (modifiziert nach Right to Play, 2010b, #Our Methodology).....	325
Abbildung 31: Wesentliche Faktoren für die Verhaltensänderung durch den Sport in der HIV-Prävention gemäß dem experimentellen Lernzyklus der Projekte von Right to Play (eigene Darstellung).....	327

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der ökonomischen Entwicklungsindikatoren zur Erfassung der wirtschaftlichen Entwicklung und des Wohlstandes eines Entwicklungslandes (modifiziert nach Lachmann, 1994, S. 22).	44
Tabelle 2: Jeweils fünf Beispiele für Länder mit niedrigem (Low Income), mit niedrigem bis mittlerem Einkommen (Low Middle Income), mit höherem mittleren Einkommen (Upper Middle Income) und mit hohem Einkommen (High Income) (modifiziert nach World Bank, 2008).	45
Tabelle 3: Kaufkraftparität in einzelnen Ländern im Jahr 2005 (eigene Darstellung auf der Grundlage von Daten der World Bank, 2008. S. 8).	47
Tabelle 4: Die Millenniums-Entwicklungsziele mit ihren Unterzielen und Indikatoren (vgl. BMZ, 2011b, #Millenniumsziele).	49
Tabelle 5: Infektionswahrscheinlichkeit für die HIV-Übertragung bei ungeschützten Sexualkontakten (in Anlehnung an Rockstroh, 2010, S. 666).	62
Tabelle 6: Übersicht der Eckdaten für Afrika südlich der Sahara, Tansania und Deutschland im Jahr 2007 (eigene Darstellung auf Grundlage der Daten von UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4; UNAIDS & WHO, 2008b, S. 3; NACP, 2006, S. 1; CIA, 2011a, #tanzania_people; CIA, 2010b, #germany_people; Grobecker & Krack-Roberg, 2010, S. 319; World Bank, 2008, S. 16 ff.; UN, 2009; World Gazetteer, 2010).	66
Tabelle 7: Anzahl der HIV-infizierten Menschen im Alter von 15 bis 49 Jahren weltweit und in Afrika südlich der Sahara im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten von UNAIDS, 2008, S. 215).	72
Tabelle 8: Übersicht der HIV-Prävalenz der 15- bis 24-Jährigen nach Geschlecht weltweit und in Afrika südlich der Sahara im Jahr 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten von UNAIDS, 2008, S. 215).	72
Tabelle 9: Überblick der AIDS-Todesfälle im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten von UNAIDS, 2008, S. 37 u. S. 215; UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4; RKI, 2007b, S. 1; vgl. RKI, 2008, S. 48).	74

Tabelle 10: Anzahl der HIV-infizierten Kinder im Alter bis 15 Jahre weltweit und in Afrika südlich der Sahara im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten von UNAIDS, 2008, S. 215).....	76
Tabelle 11: Überblick der Anzahl der HIV-infizierten Menschen und der HIV-Prävalenz in Tansania im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung auf Grundlage von Daten von UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4).....	77
Tabelle 12: Überblick der Anzahl der Menschen in Deutschland, die mit HIV leben, im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten von UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4; Grobecker & Krack-Rober, 2010, S. 327; RKI, 2001, S. 359; vgl. RKI, 2007b, S. 431).....	85
Tabelle 13: Überblick der HIV-Prävalenz der Kinder und Erwachsenen (15+) in Deutschland im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten des RKI, 2001, S. 359; RKI, 2007a, S. 1).	87
Tabelle 14: Anzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten RKI, 2001, S. 359; RKI, 2007b, S. 431).....	87
Tabelle 15: Prozentuale Verteilung der HIV-Transmissionswege aller HIV-Neuinfektionen im Jahr 2001 und 2007 in Deutschland (eigene Darstellung aufgrund der Daten des RKI, 2008, S. 7; k. A. = keine Angaben).....	88
Tabelle 16: Bedingende Faktoren der HIV/AIDS-Ausbreitung in Afrika südlich der Sahara und in Tansania unterteilt nach Makro- und Mikroebene sowie geschlechtsspezifischen Verhältnissen (eigene Darstellung).	120
Tabelle 17: Übersicht der entscheidenden Kategorien der Bereiche Entwicklung und HIV/AIDS in Tansania und ihre definierenden Kriterien (eigene Darstellung).	123
Tabelle 18: Beurteilung von Interventionsebenen und praktische Beispiele der primären Prävention hinsichtlich der Eignung in der HIV/AIDS-Prävention (modifiziert nach Rosenbrock, 2004, S. 13).....	130
Tabelle 19: Überblick über die untersuchten empirischen Studien und Projektdokumente in den betrachteten HIV/AIDS-Präventionsstrategien (eigene Darstellung).....	146

Tabelle 20: Übersicht der rechtlichen HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen (eigene Darstellung).....	182
Tabelle 21: Zusammenfassender Überblick der Präventionsstrategien und -maßnahmen und die Eignung der entsprechenden Interventionsmaßnahmen in der HIV/AIDS-Bekämpfung in Entwicklungsländern beziehungsweise in Tansania (eigene Darstellung).....	194
Tabelle 22: Übersicht der entscheidenden Kategorien der primären Präventionsstrategien in der HIV/AIDS-Bekämpfung und ihre definierenden Kriterien (eigene Darstellung).....	197
Tabelle 23: Die Versportlichung der Gesellschaft – ein Prozess funktionaler Differenzierung (vgl. Digel & Burk, 2001, 22).....	206
Tabelle 24: Ausdifferenzierung verschiedener Sportmodelle (vgl. Heinemann, 2007, S. 57).....	209
Tabelle 25: Beispiele für innere Widersprüchlichkeiten im Sport (eigene Darstellung nach Heinemann, 1990, S. 15).	210
Tabelle 26: Übersicht der Annahmen und Begründungen des Sports als Instrument für Entwicklungszusammenarbeit (in Anlehnung an Digel, 1995, S. 147–150).	290
Tabelle 27: Übersicht der entscheidenden Kategorien der Plausibilität des Sports für präventive Interventionen und seine definierenden Kriterien (eigene Darstellung).	293
Tabelle 28: Einteilung der Theorien abweichenden Verhaltens in Mikro-, Meso- und Makro-Ebene sowie in die transdimensionale Perspektive in Anwendung auf die gesellschaftliche Dimension von HIV/AIDS (eigene Darstellung).	304
Tabelle 29: Überblick der Theorien abweichenden Verhaltens (eigene Darstellung nach Dollinger & Raithel, 2006, S. 44–138).....	309
Tabelle 30: Interventionsstrategien aus Sicht von Theorien abweichenden Verhaltens (modifiziert nach Dollinger & Raithel, 2006, S. 144; sowie Kapitel 3.1)	312
Tabelle 31: Übersicht der untersuchten Sportprojekte zur HIV/AIDS-Prävention in Entwicklungsländern (eigene Darstellung).....	323

Tabelle 32: Faktoren auf drei Ebenen, die sich negativ auf die Effektivität des Sports in der HIV/AIDS-Prävention auswirken können (eigene Darstellung).....	339
Tabelle 33: Zusammenfassung der Funktionszuschreibungen an den Sport in der HIV/AIDS-Prävention und deren sportpraktische Herleitung aus den analysierten Projekterfahrung der entsprechenden Akteure (eigene Darstellung).....	349
Tabelle 34: Beurteilung der Eignung der präventiven Interventionen zur Begegnung des HIV/AIDS-Problem bei den wesentlichen Missständen von Entwicklungsländern, die wichtig für die HIV/AIDS-Bekämpfung erscheinen (eigene Darstellung).	353
Tabelle 35: Beurteilung der Eignung der Interventionsstrategien im Kontext der Theorien abweichenden Verhaltens hinsichtlich wesentlicher Missstände von Entwicklungsländern, die wichtig für die HIV/AIDS-Bekämpfung erscheinen (eigene Darstellung).....	356
Tabelle 36: Beurteilung der Eignung der Funktionszuschreibungen an den Sport in Bezug auf die wesentlichen Missstände von Entwicklungsländern, die als wichtig für die HIV/AIDS-Bekämpfung erscheinen (eigene Darstellung).....	359

1 Einleitung und Problemstellung

1.1 Relevanz des Themas

Sport ist ein Phänomen, das eine universelle Bedeutung in nahezu allen Gesellschaften auf der Welt eingenommen hat und in den Industrieländern ebenso wie in den Entwicklungsländern zu einer Populärkultur geworden ist (vgl. Digel, 1989, S. 13). Ein Anhaltspunkt dafür ist die Größe des höchsten Organs des Weltfußballs, der Fédération Internationale de Football Association (FIFA), in der sich 208 nationale Verbände zusammengeschlossen haben. Deshalb wird die FIFA zu Recht die „Vereinten Nationen“ des Fußballs genannt (Zentrum für Historische Sozialforschung, 2006, S. 307). Es sind dort mehr Nationen Mitglied als bei den Vereinten Nationen (UN), zu denen sich 192 Staaten zusammengeschlossen haben (vgl. FIFA, 2009; United Nations, 2009).¹

Die im Vergleich gestiegene Teilnehmeranzahl bei den Olympischen Sommerspielen von Athen 2004 mit 202 angetretenen Nationen auf 204 repräsentierte Nationen in Beijing 2008 unterstreicht die wachsende Bedeutung des Sports. Die Strukturen des Sports lassen sich in nahezu jedem Land finden und gelten „für jenes sportliche Handeln, das in fast allen Schulen der Welt, im Militär und im Alltag von vielen jungen Menschen in Ländern der Dritten Welt zu beobachten ist“ (Digel, 1989, S. 13).

Der Sport ist weltweit in allen gesellschaftlichen Bereichen wie auch im Gesundheits- und Bildungssystem relevant und wird innerhalb des gesamten Systems immer häufiger als eine „bedeutsame Sozialisationsagentur“ betrachtet (Digel, 1989, S. 13). Zum Beispiel glauben bekannte Politiker wie Nelson Mandela an die ‚Kraft des Sports‘ und nutzen ihr Verständnis vom Sport zur politischen Meinungsbildung: “Sport has the power to change the world. It has the power to inspire. It has the power to unite people in a way that little else does. Sport can awaken hope where was previously only despair” (LSGF, 2008, S.1). Dieses Zitat unterstützt Digels (1989) These, dass der Sport bewusst als eine Variable in der Planung und Steuerung von Entwick-

¹ Das ist darauf zurückzuführen, dass einige Territorien wie die Cookinseln oder Palästina keine von den Vereinten Nationen anerkannten Staaten sind (vgl. Digel, 1989, S. 13).

lungsprozessen in einer Gesellschaft eingesetzt wird. Solange wie es schon Sportförderung in Entwicklungsländern gibt, werden dem Sport Leistungen als Instrument für Entwicklungshilfe zugeschrieben und diese mit unterschiedlichen Legitimationsbemühungen begründet (vgl. Digel, 1989, S. 65).

Grundlegend bei allen Versuchen der Legitimation des Sports in der Entwicklungspolitik ist die Annahme, dass die Entwicklung des Sports einen positiven Impuls für den allgemeinen Entwicklungsprozess setzen kann. Politische Absichtserklärungen messen dem Sport eine übersinnliche Kraft bei, mit deren Hilfe bestimmte friedensstiftende und die Welt verbessernde Ziele erreicht werden können. Angesichts dieser Auffassung wird der global bedeutsame Sport in der internationalen Politik dafür beansprucht, bei entwicklungspolitischen Zielen progressiv zu wirken. Die Logik dieser Vorstellung scheint auf den ersten Blick nicht ersichtlich, weil häufig keine Begründungen für diese Annahmen angeführt werden, wie das oben angeführte Zitat zeigt. Zugegebenermaßen erscheint die Frage berechtigt, wie sich die Idee begründet, dass dem Sport als Instrument in der Entwicklungszusammenarbeit bestimmte Funktionen zugeschrieben werden.

Zwar werden gerade bei Olympischen Spielen und internationalen Wettkämpfen die Völkerverständigung, Begegnung der Jugend und die Gleichheit im Sport hervorgehoben. Doch verleitet diese Inanspruchnahme der dem Sport zugewiesenen Werte nicht zwangsläufig zu der Annahme, dass der Sport entwicklungspolitische Ziele realisieren kann. Woher entstammt demnach die Einsicht in die Notwendigkeit, daraus eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen des Sports als Instrument in der Entwicklungszusammenarbeit und speziell in der HIV/AIDS-Prävention abzuleiten? Ein Blick in die Historie der politischen Inanspruchnahme des Sports zur Erreichung bestimmter entwicklungspolitischer Ziele zeigt, dass der Glaube an das Potential des Sports seit Beginn der sportbezogenen Entwicklungspolitik existiert (vgl. UN, 2005b, S. 397).

Legitimationsversuche des Beitrags des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit gibt es demnach in der internationalen Sportpolitik so lange, wie in diesem Bereich bereits finanzielle Mittel von Regierungen zur Verfügung gestellt werden. Vielfältige Bemühungen der Vereinten Nationen (UN) und Entwicklungsorganisationen, den Sport als Instrument für Entwicklung gezielt einzusetzen, führten zu einem histori-

schen Meilenstein im Jahr 2003. Die UN bestimmten den „Sport als Mittel zur Förderung der Bildung, der Gesundheit, der Entwicklung und des Friedens“ sowie zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele² und forderte Regierungen auf, Veranstaltungen zu organisieren und Initiativen zu starten, die ihr Engagement für Frieden und Entwicklung deutlich machen (UN, 2003a).

Die Rolle des Sports sollte insbesondere für die Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele hervorgehoben werden (vgl. United Nations, 2003a). Diese beschreiben die Ziele der Entwicklung unterentwickelter Gesellschaften für die aktuelle Dekade und haben eine grundlegende Funktion für die internationale, politische und wirtschaftliche Zusammenarbeit. Denn nach wie vor sind die Entwicklungsländer beziehungsweise die Länder der Dritten Welt durch die Folgen von Krisen, Katastrophen und Klimawandel am stärksten betroffen, so dass die internationale Politik immer stärker die Interessen der Entwicklungsländer berücksichtigen muss. Da der Fortschritt in der Entwicklungszusammenarbeit an der Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele gemessen wird, werden sie in dieser Arbeit als Referenzpunkt herangezogen. Auch in der Entwicklungszusammenarbeit der Bundesregierung sind entwicklungspolitische Aspekte in der sportbezogenen internationalen Zusammenarbeit nicht zu übersehen.

Allerdings machen Wissenschaftler und sportpolitische Experten im sportpolitischen Diskurs wiederkehrend auf die Politisierung und Ideologisierungstendenzen aufmerksam, die mit der Inanspruchnahme des Sports für entwicklungspolitische Ziele sowohl von Entwicklungsländern als auch von Industrieländern verbunden sind. Mit Blick auf die internationale Sportförderung und Sportentwicklung hat Digel (1989; 1995) in der wissenschaftlichen Diskussion die Ideologisierungen und Instrumentalisierungen des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit und die ihm zugesprochenen Funktionen zur Erreichung verschiedener Entwicklungsziele untersucht und her-

² Die Millenniums-Entwicklungsziele und ihre Unterziele wurden in der von der Generalversammlung der Vereinten Nationen angenommenen Resolution 55/2, der United Nations Millenniums Declaration, im Jahr 2000 verabschiedet (vgl. United Nations, 2000). Diese wurde von hochrangigen Vertretern, Staatsechfs und Regierungsführen der 189 Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen unterzeichnet (vgl. United Nations, 2003c, S. 3–4).

vorgehoben (vgl. Digel, 1989; 1995). Die treibende Kraft oder impulsgebende Funktion des Sports wird besonders deutlich, wenn Sport in Entwicklungsländern die Bedeutung einer „sozialen Maschine“ einnimmt (Digel, 1995, S. 147). In diesem Kontext wird der Sport vermehrt als ein politisch angemessener Weg für die Entwicklungszusammenarbeit charakterisiert (vgl. Digel 1989, S. 13). Doch erscheint die Verbindung von Entwicklungszusammenarbeit, HIV/AIDS und Sport auf den ersten Blick auch immer wieder zu verwundern und erklärungsbedürftig zu sein. Diesem Anspruch soll in der vorliegenden Arbeit gefolgt werden und die Idee dieser Verbindung nachvollziehbar gemacht werden.

Letztendlich zeigt die Einführung in den Themenkomplex die mehrdimensionale Kontextualisierung des Sports. Einerseits sind die dem Sport zugeschriebenen Funktionen der Verständigung, Gleichheit und Begegnung für jedermann nachvollziehbar und unumstritten. Andererseits werden dem Sport in der öffentlichen und politischen Diskussion häufig in ungeprüfter Weise Funktionen zugesprochen, bei denen der Sport zu einem Medium für politische Interessen wird. Zum einen kann er mit seinem Sozialisationspotential als Lösung für soziale Probleme herangezogen werden und zum anderen besitzt er problematische Seiten, die selber als soziales Problemfeld identifiziert werden können. Es wird von dem „schillernden Charakter“ des Sports gesprochen (Digel, 1997, S. 14; S. 7; Heinemann, 2007, S. 193; Kutsch & Wiswede, 1981, S. 10). Beispielsweise wird dem Sport auf der einen Seite eine gesundheitsfördernde Funktion zugesprochen und auf der anderen Seite wird durch den Sport der Alkoholkonsum bei sportlichen Wettbewerben wie Fußballturnieren begünstigt.³

Die Betrachtung des Sports im entwicklungspolitischen Kontext zeigt in der politischen Rhetorik ein Bild, das sich aus alltagstheoretischen Annahmen speist und keiner wissenschaftlichen Theorie folgt. Auch die jüngste Publikation von Groll und Hillbring (2011), die von der Deutschen Sporthochschule zum Thema Sport in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit herausgegeben wurde, zeigt keine empirisch-wissenschaftlichen Beweise für den positiven Nutzen des Sports für die

³ Zum Beispiel ist es ein gesellschaftlich verbreitetes und anerkanntes Ritual, Fußballspiele im Fernsehen anzuschauen und dabei Bier zu trinken.

Entwicklung von Gesellschaften (vgl. Groll & Hillbring, 2011, S. 24). Allerdings wird die Frage des Beitrags des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit angesichts der skizzierten Argumente in dieser Arbeit grundsätzlich nicht in Frage gestellt. Es bedarf keiner großen Vorstellungskraft, um den positiven Nutzen des Sports zur Förderung der motorischen, koordinativen und kognitiven Fähigkeiten in der Leibeserziehung abzuwägen. Vielmehr sind spezifische Analysen nötig, um den Sport in seinen vielfältigen Erscheinungsformen hinsichtlich der angenommenen Effekte einzugrenzen und zu konkretisieren. Denn der positive Nutzen des Sports ist im Allgemeinen für die Entwicklung einer Gesellschaft schwer zu isolieren (vgl. Groll & Hillbring, 2011).

Die bisherige Bearbeitung des Sports verlangt eine wissenschaftliche Konkretisierung der Funktionen des Sports hinsichtlich bestimmter Ziele im entwicklungstheoretischen Kontext. Die vorliegende Arbeit leitet die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Bearbeitung zum einen aus den politischen Legitimationsbemühungen und der damit verbundenen wissenschaftlichen Diskussion um Sport in der Entwicklungszusammenarbeit ab. Zum zweiten benötigt jedoch die persönliche Projekterfahrung, einen theoretischen Beitrag zu den Funktionen des Sports im entwicklungstheoretischen Kontext zu leisten. Ein persönlicher Projektbesuch eines HIV/AIDS-Präventionsprogramms⁴ des Ministry of Education and Vocational Training (MoEVT) an einer Secondary School in Tansania in der Nähe von Dar es Salaam im Rahmen der IAAF-Auslandstrainerausbildung legte den wissenschaftlichen Forschungsbedarfs offen.

In Gesprächen mit Vertretern des Ministeriums, die das HIV-Programm in einem sportbezogenen Kontext durchführten, wurde die Gewissheit über die Funktionen des Sports zur Prävention von HIV/AIDS immer wieder hervorgehoben. Neben Regierungsorganisationen und Ministerien, die sich für die HIV/AIDS-Bekämpfung einsetzen, nutzt in Tansania die Organisation ‚Right to Play‘ den Sport als Medium zur HIV/AIDS-Prävention. Ähnlich den Gesprächen mit Ministerien betonten auch die

⁴ HIV ist die Abkürzung für Human Immunodeficiency Virus. AIDS bedeutet Acquired Immune Deficiency Syndrome.

tansanischen Verantwortlichen dieser Organisation den Wert des Sports für die HIV/AIDS-Prävention. Diese persönlichen Beobachtungen unterstützen die Wahrnehmung der entwicklungspolitischen Diskussion, in der Sport hinsichtlich der Millenniums-Zielsetzungen immer mehr als Instrument in der HIV/AIDS-Prävention debattiert und legitimiert wird (vgl. Bosmans, 2006).

In den politischen Diskussionen und Projektdokumenten wird die Funktion des Sports in der HIV/AIDS-Prävention zunehmend unterstellt. Zum Beispiel haben das Internationale Olympische Komitee (IOC) und das Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) ein sogenanntes ‚Toolkit‘ herausgebracht, das die Bedeutung des Sports in der HIV/AIDS-Prävention beleuchtet (IOC & UNAIDS, 2005). Internationale Sportverbände und Organisationen haben den Sport als ein ‚Schlüsselinstrument‘ zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele sowie der HIV/AIDS-Bekämpfung identifiziert (Siehe hierzu IOC, 2010; IOC & UNAIDS, 2005; UN, 2003a). Das politische Erachten der Relevanz des Sports in der HIV/AIDS-Bekämpfung wurde auch im Rahmen der *Internationalen AIDS Konferenz* in Toronto im Jahr 2006 hervorgehoben (vgl. DCMS & DfID, 2006).

In der Praxis lassen sich auf dem Gebiet der Entwicklungshilfe zahlreiche Projekte finden, die den Sport zur HIV/AIDS-Prävention einsetzen. Eine erste Internetrecherche mit der Suchmaschine google.scholar.com mit den Suchwörtern ‚Entwicklungszusammenarbeit‘, ‚Projekt‘, ‚Sport‘ und ‚HIV/AIDS‘ erweckt den Eindruck, dass nahezu jede humanitäre Hilfsorganisation den Sport in irgendeiner Weise zur Stärkung des Selbstbewusstseins und der Ausbildung von Life-Skills von Kindern und Jugendlichen zur HIV/AIDS-Prävention einsetzt sowie diesen als ein bedeutsames Medium ansieht (vgl. scholar.google.de, 2011). Dahinter stehen Annahmen, die anscheinend keinerlei empirische Prüfungen benötigen, weil die Projektverantwortlichen vom positiven Nutzen des Sports überzeugt sind.

Vor diesem Problemhorizont verfolgt die vorliegende Arbeit den Anspruch, den Erkenntnisgegenstand auf ein spezifisches Problem zu lenken. Hierzu werden der Sport als ein Konstrukt in der HIV/AIDS-Prävention wissenschaftlich untersucht und die Bedingungen und Möglichkeiten aufgezeigt, die ihn als Instrument plausibel erscheinen lassen. Der Sport wird hinsichtlich seiner Eignung als eine innovative Lösungsstrategie für das HIV/AIDS-Problem geprüft, deren Dringlichkeit sich aus dem

HIV/AIDS-Problem als gesellschaftliches Phänomen in Tansania und anderen Entwicklungsländern ableitet. Es gibt eine Vielzahl an Veröffentlichungen, die Methoden zur HIV/AIDS-Bekämpfung und Prävention aus Perspektive verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen zu ergründen versuchen. Nach Bosmans (2006) bemühen sich weltweit Regierungen, Organisationen und Akteure um innovative Präventionsprogramme. Das Ziel ist, den besten Ansatz zu entwickeln, um die Gruppen mit dem höchsten HIV-Risiko zu erreichen und die Effektivität von Interventionen zu erhöhen (vgl. Bosmans, 2006, S. 4).

Die Vielschichtigkeit des HIV/AIDS-Problems lässt sportbezogene Strategien umso wirkungsvoller erscheinen, wenn die Krankheit als ein gesellschaftliches Phänomen gekennzeichnet wird. Für die Lösung dieses Phänomens werden von Autoren wie Kalipeni, Craddock, Oponng & Ghosh (2004) und Bosmans (2006) Ansätze gefordert, die alle Aspekte des sozialen, gesellschaftlichen, kulturellen, ökonomischen und politischen Lebens umfassen (vgl. Kalipeni, Craddock, Oponng & Ghosh, 2004, S. 202; Bosmans, 2006, S. 2). Da es bisher noch keine Therapie gibt, die zur Heilung von AIDS führen kann, hält Rockstroh (2010) die Prävention einer HIV-Infektion nach wie vor für die wirksamste Bekämpfung von HIV/AIDS (Rockstroh, 2010, S. 2). Vor allem in den Entwicklungsländern verhindert ein fehlender Zugang zur Prävention und Behandlung die Bekämpfung von HIV/AIDS (vgl. WHO, 2008, S. 3; UNAIDS, 2008, S. 27.) Wenngleich die medikamentöse Behandlung von HIV/AIDS eine akute Infektion in eine chronische Krankheit umwandeln kann, sind damit erhebliche Probleme verbunden. Insbesondere die ungleiche Verteilung der Möglichkeiten, die zur Therapie von AIDS im Vergleich von Industrieländern und Entwicklungsländern zur Verfügung steht, spiegelt sich in den weltweiten HIV-Prävalenzen wider (vgl. Shah, 2008, S. 110).

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit hat gemäß dem skizzierten HIV/AIDS-Problem das Ziel, innovative Perspektiven zur Begegnung des komplexen Phänomens zu entwickeln. Hierfür sollen strategische Erkenntnisse über die Wirkungen des Sports in der HIV/AIDS-Prävention gewonnen werden. Dabei wird von der Annahme ausgegangen, dass der Sport Wirkungen und Effekte in der präventiven Intervention von HIV/AIDS erzielen kann. Die Annahme wird in der Arbeit hergeleitet und begründet. Es werden Möglich-

keiten des Sports zur präventiven Intervention gekennzeichnet, die den Sport als Medium oder Anlass für präventive Interventionen begründen. Zugleich werden aber auch Grenzen des Sports als entwicklungspolitisches Instrument aufgezeigt. Unter Berücksichtigung der HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen, die in der Entwicklungszusammenarbeit angewendet wurden, ist zu prüfen, inwiefern der Sport eine erfolgversprechende Methode offerieren kann. Die Arbeit eruiert die Plausibilität des Sports im Kontext der Entwicklungszusammenarbeit. Diese bildet die Grundlage für die Konstruktion des Bausteins *Sport* in der HIV/AIDS-Prävention. Aus diesen Überlegungen lässt sich die Forschungsfrage wie folgt formulieren:

Wie sehen die Bedingungen und Möglichkeiten in der HIV/AIDS-Prävention in einem afrikanischen Land am Beispiel Tansania aus?

Es wird angenommen, dass der Sport entweder selber ein Medium für die HIV/AIDS-Prävention sein kann oder der sportliche Rahmen einen Anlass für präventive Interventionen bietet. Entsprechend kann entweder von einer *HIV/AIDS-Prävention im Sport* oder *HIV/AIDS-Prävention durch den Sport* ausgegangen werden. Dieser Unterscheidung folgend, ist eine strategische Empfehlung für die entsprechende Einordnung des Sports in HIV/AIDS-Prävention vorzunehmen. Schlussfolgernd werden theoriegeleitete Hypothesen für präventive Interventionen im oder durch den Sport zur Bekämpfung von HIV/AIDS unter Berücksichtigung spezifischer Bedingungen in dem Entwicklungsland Tansania formuliert.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit hat den Anspruch, die Bedingungen und Möglichkeiten des Sports als ein Konstrukt in der HIV/AIDS-Prävention wissenschaftlich zu untersuchen. Hierfür stehen sechs Kapitel zur Verfügung. Im ersten Kapitel wird der Problemhorizont aufgezo-gen. Dieser skizziert den relevanten wissenschaftlichen Kenntnisstand und beschreibt das methodische Vorgehen in der Arbeit. Das Ziel ist, Forschungsdefizite aufzuzeigen und die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Bearbeitung der abgeleiteten Fragestellung zu begründen. Da neben der Vorgehensweise auch der Zugang zur darauf aufbauenden Analyse der Möglichkeiten und Bedingungen des Sports in der HIV/AIDS-Prävention darzulegen ist, werden neben der Methode auch für die Arbeit relevante erkenntnistheoretische Überlegungen angeführt.

Das zweite Kapitel trägt Ziele, Methoden und entwicklungspolitische und wirtschaftliche Grundlagen der Entwicklungszusammenarbeit zusammen. Das Ziel des zweiten Kapitels ist, entwicklungstheoretische Begriffe und Zusammenhänge für die Arbeit zu liefern sowie das weltweite HIV/AIDS-Problem aus epidemiologischer und gesellschaftlicher Perspektive aufzuzeigen. Um das HIV/AIDS-Problem in seiner Komplexität darzustellen zu können, sind entscheidende Herausforderungen zu benennen, mit denen sich Entwicklungsländer konfrontiert sehen. In diesem Kontext geben Entwicklungstheorien einen Einblick in die Erklärungen für die Ursachen für Unterentwicklung und die damit verbundenen Probleme wie Hunger, Armut und HIV/AIDS. Armut als kennzeichnendes Element aller Entwicklungsländer wird in erster Linie über ökonomische Faktoren ausgedrückt, die in diesem Kapitel vorgestellt werden.⁵ Weitergehend sind die Millenniums-Entwicklungsziele darzulegen, aus denen sich das sechste Ziel der HIV/AIDS-Bekämpfung ableitet. Dabei geht es darum, ein Verständnis darüber zu generieren, was Armut bedeutet, wie diese gemessen wird und warum HIV/AIDS in manchen Entwicklungsländern ein solches Problem darstellt und in Industrieländern weitestgehend aus dem Bewusstsein verschwunden ist. Dabei werden angesichts der Globalisierung und Urbanisierung insbesondere die Herausforderungen für Entwicklungsländer beleuchtet, die eine Relevanz für das HIV/AIDS-Problem aufweisen. Im Mittelpunkt stehen die Region Afrika südlich der Sahara und das Entwicklungsland Tansania. Zur Erfassung des HIV/AIDS-Problems wird für die Arbeit ein Vorgehen als angemessen erachtet, das weniger Fakten und Daten offenlegt, als vielmehr zunächst die makrostrukturelle Verbreitung von HIV/AIDS und dann auf der Mikroebene die Effekte der Krankheit für das Individuum analysiert.

Vor der Erarbeitung der Bedingungen, Möglichkeiten, Grenzen und Strategien für das Konstrukt des Sports in der HIV/AIDS-Prävention steht die Ausgangsanalyse vorhandener Handlungsempfehlungen und Maßnahmen. Das dritte Kapitel bildet deshalb die theoretischen Grundlagen der Prävention und gibt einen detaillierten Überblick über Präventionsmaßnahmen, die sich bisher in der HIV/AIDS-Prävention als erfolg-

⁵ Anhand wirtschaftlicher Indikatoren wie Pro-Kopf-Einkommen, Bruttonationaleinkommen, Gini-Koeffizient und Kaufkraftparität können Aussagen über den Entwicklungsstand eines Landes getroffen werden (vgl. Lachmann, 2004, S. 12).

reich erwiesen. Dieser Zugang ermöglicht es, verschiedene Instrumente und Interventionsmaßnahmen zu untersuchen, die Anwendung finden, um dem HIV/AIDS-Problem zu begegnen. Es werden Maßnahmen analysiert, die naheliegend erscheinen und in Aufklärungsbroschüren über HIV/AIDS immer wieder anzutreffen sind. Es scheinen die medikamentöse Begleitung, der Versuch, einen wirksamen Impfstoff zu entwickeln, die Erziehung und Bildung, die psychologische Begleitung von betroffenen Personen bis hin zu rechtlichen Maßnahmen in Frage zu kommen. Das Ziel ist, neben der Vermittlung der theoretischen Grundlagen von Prävention ein breites Spektrum an Maßnahmen zu bestimmen und hinsichtlich ihrer Eignung für die HIV/AIDS-Prävention zu bewerten.

Das vierte Kapitel bildet insofern das Kernstück der Arbeit, als der Sport nun im entwicklungstheoretischen und -politischen Kontext rekonstruiert und sein Beitrag in der Entwicklungszusammenarbeit und im Spezifischen für die HIV/AIDS-Prävention untersucht wird. Aus dem Anspruch der Arbeit, Bedingungen und Möglichkeiten des Sports in der HIV/AIDS-Prävention wissenschaftlich zu analysieren, leitet sich die Zielstellung dieses Kapitels ab, die Plausibilität des Sports für präventive Interventionen herauszuarbeiten. Hierzu bedarf es im ersten Teil des Kapitels eines Zugangs, der den Sport zunächst in seiner Komplexität betrachtet und neben einer definitorischen Perspektive seine funktionale Ausdifferenzierung als Teilsystem moderner Gesellschaften nachzeichnet. Für die Frage nach den Potentialen des Sports in der HIV/AIDS-Prävention wird im zweiten Kapitelabschnitt die eingangs erwähnte entwicklungspolitische Historie der Legitimationsversuche des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit zusammengetragen. Ein besonderes Augenmerk wird auf die entwicklungspolitischen (Absichts-)Erklärungen zum Sport in der HIV/AIDS-Prävention gelegt. Diese Analyse leitet in eine skizzenhafte Diskussion des Sports im Modernisierungsprozess von unterentwickelten Gesellschaften über. Sie bezieht ihre Notwendigkeit aus der Offenlegung der wissenschaftlich hergeleiteten Argumente der Potentiale des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit. Im letzten Teil des Kapitels werden die dem Sport zugeschriebenen Funktionen analysiert, deren Diskussion als Grundlage für die herauszuarbeitende Plausibilität des Sports als Interventionsmedium in der HIV/AIDS-Prävention entscheidend ist. Die Funktionen des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit werden nach Digel (1989) diskutiert und es wird geprüft, ob sich aus den Erkenntnissen konkrete Strategien für das Potential des

Sports in der HIV/AIDS-Prävention ableiten lassen. Am Ende werden in diesem Kapitel die Möglichkeiten und Bedingungen des Sports aufgezeigt, um ihn für das HIV/AIDS-Problem in Tansania einsetzen zu können.

Die Hauptaufgabe des fünften Kapitels besteht darin, die Erkenntnisse aus den zuvor analysierten Gegenstandsbereiche der Untersuchung – die mit Entwicklung / HIV/AIDS, Prävention und Sport zu benennen sind – systematisch zusammenzuführen und auszuwerten. Das Ziel des Kapitels ist, sogenannte *Problemarchetypen* im Kontext von HIV/AIDS zu konstruieren, die aus den theoretischen Erkenntnissen der analysierten Gegenstandsbereiche abgeleitet wurden. Die dafür erforderliche Vorgehensweise sieht vor, dass diesem Kapitel eine Betrachtung des tansanischen Sportsystems vorangestellt wird. Um Schlussfolgerungen über die Effektivität des Sports für präventive Interventionen in der HIV/AIDS-Bekämpfung treffen zu können, ist es nötig, das Sportsystem in Tansania zu kennen. Der Fokus wird dabei auf die Frauen im Sport gelegt. Dem Anspruch der Arbeit, theoriegeleitete Hypothesen zum Sport in der HIV/AIDS-Prävention zu formulieren, wird mit einer theoretischen Reflexion der Erkenntnisse anderer sozialer Probleme bereichert, die dem HIV/AIDS-Problem ähnlich erscheinen. Hierfür eignen sich soziale Interventionsstrategien aus dem Bereich des abweichenden Verhaltens. Sie werden in ihrer Eignung für die HIV/AIDS-Prävention geprüft.

Bedeutsam wird im Zuge dieses Anspruches die Gewinnung von Erkenntnissen aus der Praxis von Sportprojekten. Diese werden durch eine Sekundäranalyse von empirischen Studien, Forschungsberichten und Projektdokumentationen gewonnen, die sich mit HIV/AIDS-Prävention befassen. Demgemäß wird im fünften Kapitel eine Dokumentenanalyse praktischer Projekt- und Programmbeispiele durchgeführt, die den Sport in der HIV/AIDS-Prävention einsetzen. Aus den Ergebnissen der Analyse werden Aussagen über die Bedingungen und Möglichkeiten des Sports in der HIV/AIDS-Prävention aus empirischer Perspektive abgeleitet und im Kontext der theoretischen Erkenntnisse diskutiert. Der letzte Teil des Kapitels umfasst die Auswertung der aufgestellten Kriterien und die Erstellung der Categoriesysteme. Mittels theoriegeleiteter Kategorienbildung werden verschiedene Problemarchetypen gebildet. Sie sind die Grundlage für die letztendlichen Schlussfolgerungen bezüglich der Bedingungen und Möglichkeiten des Sports in der HIV/AIDS-Prävention. Das sechste Kapitel umfasst

die Zusammenfassung der Ergebnisse und die strategischen Empfehlungen und Schlussfolgerungen für die Konstruktion des Bausteins *Sport* in der HIV/AIDS-Prävention.

1.4 Wissenschaftlicher Kenntnisstand

Zum Sport in der Entwicklungszusammenarbeit wurden erst in den letzten Jahrzehnten wissenschaftliche Untersuchungen vorgenommen. Zuvor bestand ein Mangel an sportwissenschaftlichen Forschungen und Beiträgen zur Entwicklungszusammenarbeit auf dem Gebiet des Sports (vgl. Güldenpfennig, 1992, S. 196). Denn in der allgemeinen entwicklungstheoretischen Diskussion über Entwicklungsprozesse in Entwicklungsländern wird der Sport als Instrument von Entwicklungsprozessen nicht berücksichtigt. Auch „deren soziostrukturelle Ausgangsbedingungen, deren institutionelle Rahmenbedingungen und deren Verlaufsformen [...] lassen keine Aussagen über die Eignung von Interventionen auf dem Gebiet des Sport zu“ (Digel, 1989, S. 149–150). Indirekt werden der Sport und seine Wirkweisen von Interventionen im Bereich der Erziehung einbezogen. Allerdings sind die dabei getroffenen Aussagen über Entwicklungsprozesse dürftig abgesichert und weisen eine geringe Reichweite auf. Der Sport scheint aus dieser Perspektive kein soziales Phänomen mit Bedeutung für Entwicklungsprozesse zu sein (vgl. Digel, 1989, S. 149–150).

Vor dem Hintergrund einer eher erweiternden Auffassung sportwissenschaftlicher Beiträge können Erkenntnisse aus anderen Wissensbereichen zum Thema Sport und Entwicklungszusammenarbeit verzeichnet werden, die vielfach von durchführenden Organisationen oder Akademien verfasst wurden (vgl. Digel, 1989, S. 75). Eine erste umfassende wissenschaftliche Studie zur Entwicklungszusammenarbeit im Sport mit allen wesentlichen Gesichtspunkten des Gebietes verfasste Digel (1989). Die Forschungsergebnisse der Studie und die darauf aufbauenden Publikationen stellen die Grundlage der vorliegenden Arbeit dar. Denn wie angedeutet, gibt es seitdem keine bedeutsamen Erkenntnisse der Funktionalität des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit, so dass die Studie von Digel (1989) weiterhin relevant ist (vgl. Groll & Hillbring, 2011, S. 24).

Das Forschungsvorhaben von Digel (1989) zielte erstmals auf die Frage der Bedeutung des Sports im Entwicklungsprozess unterentwickelter Gesellschaften ab. Dabei

wurde das Augenmerk auf die sozialen, kulturellen, gesamtwirtschaftlichen und politischen Implikationen des Prozesses sowie seiner Wechselwirkungen mit anderen Bereichen gelegt. Daneben wird die Rolle des Sports differenziert nach Zielgruppen im Entwicklungsprozess anhand der Entwicklungstheorien dargestellt. Die Analyse von Projekten, Fachliteratur und Strukturen des Sports gibt Empfehlungen zur Entwicklungshilfe und für zukünftige Aufgaben des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit (siehe hierzu Digel, 1989, S. 14). Digel (1989) hat die Funktionszuschreibungen gemäß der geführten Legitimationsdiskussion unter theoretischen Gesichtspunkten aufgegriffen und in einer sportwissenschaftlichen Reflexion neu bewertet. Auch unterscheidet sich die sportwissenschaftliche Diskussion in einem wesentlichen Punkt von den aufgegriffenen Argumentationslinien der Politiker oder Funktionäre. Denn sportwissenschaftliche Betrachtungen lassen auch kritische Äußerungen und Warnungen vor den Gefahren eines „Kulturexports“ und der Zerstörung traditioneller Bewegungskulturen zu (Rittner, 1977, S. 34, zitiert nach Digel, 1989, S. 76).

Um die dem Sport zugewiesenen Funktionen als Instrument für den Modernisierungsprozess von Gesellschaften in Entwicklungsländern belegen zu können, wäre eine empirische Prüfung notwendig. Ebenfalls gibt es auch keine verlässliche und repräsentative Untersuchung über die konkreten Wirkungen und Effekte des Sports in Projekten und Programmen, die bestimmte entwicklungspolitische Zielsetzungen wie die HIV/AIDS-Bekämpfung in Entwicklungsländern verfolgen. Auch wenn es eine Vielzahl an Evaluationen von entsprechenden Projekten in Entwicklungsländern in Afrika, Asien und Lateinamerika gibt, wurde bisher noch kein wissenschaftlich empirischer Beweis erbracht (vgl. Digel, 1995, 127). Vielmehr wurden Konzepte, Empfehlungen und Fallbeispiele über Sport und Sportförderung in Entwicklungsländern veröffentlicht. Zum Beispiel verfasste Digel (1995) verschiedene Beiträge zu dem Thema. Daneben gibt es viele Empfehlungen und Überlegungen für länderspezifische Programme oder auch sportartenbezogene Planungen für die Zukunft der jeweiligen Sportart in Entwicklungsländern. Ein Beispiel ist das von Digel (o. D.) verfasste Konzept zur strategischen und systematischen Entwicklung der Leichtathletik in Entwicklungsländern im Rahmen der IAAF-Entwicklungszusammenarbeit (International Association of Athletics Federations, IAAF) (vgl. Digel, o. D.). Ebenso wichtig wie die empirische Beweisführung ist jedoch auch die theoretische Untersuchung

und Begründung, die von Digel (1995) vorgenommen wurde und in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen wird (vgl. Digel, 1995, 127).

Auch kann von keiner Theorie der Sportentwicklungshilfe gesprochen werden, sondern es bestehen eine Vielzahl einzelner Studien und Forschungen zu Phänomenen der Sportförderung. Zum Beispiel haben das britische Department for Culture, Media and Sport und das Department for International Development (DCMS & DfID) (2006) versucht, einen empirischen Beweis zu erheben, dass Sport unter anderem einen Beitrag zur Verbesserung der physischen und mentalen Gesundheit, Verringerung der Kriminalität und zur sozialen Inklusion leisten kann. Dennoch hat sich auch dabei gezeigt, dass weitere Analysen nötig sind, um die positiven Wirkungen existierender Programme wissenschaftlich belegen zu können. Hierfür wurde vom britischen Sportsystem eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Richtlinien zum Monitoring und zur Evaluation von Sportprogrammen beauftragt.⁶ UK Sport spricht in diesem Zusammenhang davon, dass geprüft werden muss, wie Sport die existierenden Programme und Methoden verstärken kann und wie von der Best-Practice in der HIV/AIDS-Arbeit gelernt werden kann (vgl. DCMS & DfID, 2006, S. 17).

Delva und Temmerman (2006) untersuchten Determinanten der Effektivität von HIV/AIDS-Prävention im Sport. Demnach sind zugängliche, machbare und bezahlbare Sportprogramme zur HIV-Prävention notwendig, die eine Reihe von Fragen aufwerfen. Zum Beispiel werden Sporthallen oder Trainingsplätze benötigt, für deren Finanzierung die Unterstützung von Behörden, Gemeinden oder Sponsoren nötig ist. Ebenso müssen personelle, finanzielle und infrastrukturelle Ressourcen vorhanden sein, um Trainer auszubilden und die Programme hinsichtlich ihrer Effektivität zu messen und zu evaluieren (vgl. Delva & Temmerman, 2006, o. S.; siehe hierzu auch Massao & Fasting, 2003, S. 121). Delva und Temmerman (2006) weisen darauf hin, dass die wissenschaftliche Beweislage hinsichtlich soziokultureller und politischer Angemessenheit von Sportprogrammen gering ist und weitere sozialwissenschaftliche Untersuchungen nötig sind (vgl. Delva & Temmerman, 2006, o. S.). Fehlende

⁶ UK Sport verweist dabei auch auf die internationale Arbeitsgruppe von United Nations Children's Fund (UNICEF), die in ähnlicher Intention gegründet wurde (vgl. DCMS & DfID, 2006, S. 17).

wissenschaftliche Belege können nach Ansicht der Autoren nicht davon abhalten, Bedingungen und Möglichkeiten aufzuzeigen, unter denen der Sport sein Potential für die HIV/AIDS-Prävention entfalten kann (vgl. Delva & Temmerman, 2006). So zeigen empirische Studien, dass Effektivität und Erfolge von Sport in der HIV-Prävention in der Literatur häufig mittels Erfahrungsberichten, Guidelines und Studien dargestellt werden, wie von Bosmans (2006) angemerkt wird (vgl. Bosmans, 2006). Sie befassen sich vorwiegend mit einem ausgewählten Projekt, einer Sportart oder einer Region. Das Vorgehen der Prüfung der Effektivität folgt dabei oftmals einer thematischen Richtung, die jedoch von religiösen, demographischen, sozialen, wirtschaftlichen Themen oder Fragestellungen aus dem Sport selbst geleitet ist. Letztendlich ist die Schlussfolgerung häufig, dass es weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen bedarf, um eine Aussage treffen zu können. Hier knüpft die vorliegende Arbeit an und möchte anhand einer tiefgehenden und umfassenden Analyse des komplexen Themas die Bedingungen und Möglichkeiten des Sports in der HIV/AIDS-Prävention herausarbeiten. Ebenfalls kann festgestellt werden, dass die Frage der Bedeutung des Sports in der Entwicklung von Entwicklungsländern viele Faktoren umfasst und nicht mit einer einfachen Theorie zu beantworten ist. Zudem gibt es nach Digel (1989) keine systematische Erforschung des komplexen Problemfeldes (vgl. Digel, 1989, S. 137).

1.5 Methodische Überlegungen

Im Kapitel Relevanz des Themas wurde dargelegt, dass sich dem Beobachter die Verbindung von Sport und HIV/AIDS-Prävention nicht unmittelbar erschließt. Die Idee der Nutzung des Sports zur HIV/AIDS-Prävention ist zwar verbreitet, sie ist jedoch erklärungsbedürftig. Die notwendige wissenschaftliche Fundierung setzt eine Offenlegung des erkenntnistheoretischen Zugangs und somit einer wissenschaftstheoretischen Erklärung voraus. Wenngleich das HIV/AIDS-Problem in erster Linie eine medizinische Bearbeitung erfordert, lässt seine skizzierte Aussichtslosigkeit weitere Sichtweisen bedeutsam erscheinen. Eine HIV/AIDS-Infektion setzt individuelles Handeln voraus, dem sozial geprägte Vorstellungen zugrunde liegen. Nach Leiprecht (2001) ist anzunehmen, „dass die Menschen, auch wenn sie durch übermächtig erscheinende Strukturen bestimmt scheinen, (potentiell) ihre Geschichte selbst (mit-) machen und die Verhältnisse selbst (mit-) bestimmen können“ (Leiprecht, 2001, S.

20). Dies zeigt, dass Individuen nach soziologischen Erkenntnissen mehr als die sozialen Verhältnisse repräsentieren, in denen sie leben. „Eine Individualisierung von Problemen hindert sein soziales System“, sich selbst kritisch zu betrachten und entscheidende Faktoren zu kennzeichnen, die zur sozialen Wirklichkeit beitragen (vgl. Bette & Schimank, 1995, S. 13).

Allerdings reduzieren „Erklärungsansätze, die auf einzelne Akteure abheben, [...] komplexe soziale Sachverhalte auf subjektive Befindlichkeiten, Motivationen und Schwächen“ (Bette & Schimank, 1995, S. 12). Die Verbreitung von HIV/AIDS ist nicht allein auf individuelles Handeln zurückzuführen und somit auch nicht auf Erklärungsansätze zu reduzieren, die nur individuelle Aspekte berücksichtigen. Vielmehr werden neben individuellen Aspekten, deren Betrachtung für die individuelle Verhaltensänderung bedeutsam ist, soziale Handlungsprozesse fokussiert. Das gesellschaftlich komplexe Phänomen HIV/AIDS ist geprägt von sozial verbreiteten Wertvorstellungen, Normen und Verhaltensweisen (vgl. Bette & Schimank, 1995, S. 12). Als soziales Phänomen, das als allgemeines Problem anerkannt ist, „kann es auch als solches zum Gegenstand sozialwissenschaftlicher Rekonstruktionen und Reflexionen werden“ (vgl. Bette & Schimank, 1995, S. 13). Dies legt als einzunehmende wissenschaftliche Perspektive eine soziologische nahe.

„Die Funktion eines Sozialwissenschaftlers lässt sich angesichts dessen in einem sehr allgemeinen Sinne als die eines externen Beobachters beschreiben, der zu sehen versucht, was andere von sich selbst und ihrer sozialen Umwelt aufgrund ihrer Operationsbedingungen nicht zu sehen bekommen können“ (Bette & Schimank, 1995, S. 11).

Um dem Anspruch der Arbeit gerecht zu werden, Hypothesen zu konstruieren, die theoretische Aussagen über das Konstrukt des Sports in der HIV/AIDS-Prävention treffen, bedarf es der Bestimmung theoretischer Grundlagen, die der Analyse zugrunde liegen. Es „bedarf der Auswahl konkreter Beobachtungsschemata“ zur Erschließung der Bedingungen und Möglichkeiten des Sports in der HIV/AIDS-Prävention (Seiberth, 2010, S. 39). Über diese ist es möglich, verschiedene Ebenen und Perspektiven der Verbindung von Sport und HIV/AIDS zu berücksichtigen (vgl. Seiberth, 2010, S. 40).

Dieses Vorgehen beansprucht einen umfassenden Blick auf die Gesellschaft, bei der die Betrachtung verschiedener Teilbereiche der Gesellschaft, wie der des Sports, eine grundlegende Perspektive widerspiegelt. Der erforderliche Blick kann kein Ergebnis verschiedener „Partialperspektiven“ darstellen, sondern verlangt eine Theorie der Gesellschaft, die über entsprechende Analyseinstrumente verfügt. Die soziologische Theorie der gesellschaftlichen Differenzierung bietet den Ansatz für die Zusammenführung verschiedener soziologischer Sichtweisen. Innerhalb dieser kann der Sport in seinem Wechselverhältnis zu anderen Teilsystemen wie der Politik oder Wirtschaft eingeordnet und sein Nutzen für die Bearbeitung gesellschaftlicher Probleme gekennzeichnet werden. Mit einer solchen differenzierungstheoretischen Perspektive kann auf die Komplexität des HIV/AIDS-Phänomens und der Idee des Sports in der Prävention eingegangen werden.

Der Forschungsstand zeigt einen breiten Fundus von wissenschaftlichen Forschungsergebnissen über die Funktionszuschreibungen an den Sport in der Entwicklungszusammenarbeit, Projekterfahrungen bis hin zu Mutmaßungen über die Wirkungen des Sports in der HIV/AIDS-Prävention auf, die mehr oder weniger empirisch geprüft sind. Die wissenschaftstheoretische Konstruktion von Hypothesen über den Sport in der HIV/AIDS-Prävention sieht ihren Erkenntnisfortschritt in der theoriegeleiteten Zusammenschau und Neuinterpretation vorliegender Erkenntnisse und Einschätzungen zum Sport in der Entwicklungszusammenarbeit. Partiale Perspektiven der Entwicklungszusammenarbeit, die Betrachtung des HIV/AIDS-Problems und seiner präventiven Maßnahmen sowie die Funktionalität des Sports sind zusammenzuführen. Sie sind als „integrativ ausgerichteter Interpretationsvorschlag [...] theoretisch raffinierter und hinsichtlich der erfassten empirischen Phänomene“ konkreter auf das HIV/AIDS-Problem bezogen (Bette & Schimank, 1995, S. 17). „Der Reflexion und Neuordnung bestehender Erkenntnisse kommt dabei eine zentrale Funktion zu“ (Seiberth, 2010, S. 41). Daraus entsteht eine Komplexität, die einen soziologischen Zugang als besonders geeignet erscheinen lassen.

Jeder theoretische Zugang ist jedoch „selektiv in seiner Perspektive und begrenzt in seiner Reichweite“ (Seiberth, 2010, S. 43). Mit der Festlegung auf einen theoretischen Zugang geraten andere Phänomene aus dem Blickwinkel. Gleichzeitig eröffnen sich aber vielfältige Analyseoptionen und Anschlussmöglichkeiten. Es setzt die

Einsicht voraus, das grundsätzlich nur das beobachtet und reflektiert werden kann, was im Sichtbereich des jeweiligen Zugangs liegt (vgl. Seiberth, 2010, S. 43).

„Wissenschaftliche Theorien fungieren somit als Beobachtungsinstrumente für die analytische Durchdringung der Wirklichkeit. Sie unterscheiden sich untereinander dadurch, dass sie die Realität – bildlich gesprochen – mit unterschiedlichen Objekten, Blenden und Lichtstärken wahrnehmen. Theorien ordnen die Welt nach eigenen Gesichtspunkten und legen fest, was sie als ihren Gegenstand definieren und was sie vernachlässigen. Aufgrund ihrer selektiven Perspektiven bekommen sie folgerichtig nur das zu sehen, was ihre Voraussetzungen an Sichtweisen zulassen. Jede Theorie hat insofern ihre spezifischen Möglichkeiten und Grenzen“ (Bette & Schimank, 1995, S. 11).

Die Arbeit schließt an die erkenntnistheoretischen Vorstellungen des sozialen Konstruktivismus an, weil er die Entstehung der sozialen Wirklichkeit und der sozialen Phänomene konstruiert. Die Theorie des Sozialkonstruktivismus untersucht, wie gesellschaftliche Phänomene erzeugt werden und wie soziale Normen, Wertvorstellungen und Ordnungen entstehen, in denen Menschen handeln (vgl. Knorr-Cetina, 1989, S. 87, vgl. Berger & Luckmann, 2004). Die Grundlage für den wissenschaftlichen Ansatz des sozialen Konstruktivismus haben Berger und Luckmann mit ihrem Buch *The Social construction of Reality* im Jahr 1966 veröffentlicht (vgl. Berger & Luckmann, 1966). Die Autoren beginnen mit der soziologischen Analyse der Erklärung der Wirklichkeit mit dem Wissen, welches die Alltagswelt bestimmt. Wissen und Wirklichkeit sind für einen gewöhnlichen Bürger auf der Straße nicht weiter von Bedeutung, denn dieser ist sich seiner Wirklich ziemlich sicher und „seines ‚Wissens‘ gewiß“ (Berger & Luckmann, 2004, S. 2). Kaum wird dieser im Gegensatz zum Soziologen, der nach den Unterschieden der Wirklichkeit vor dem Hintergrund verschiedener Gesellschaften fragt, die Wirklichkeit hinterfragen. Berger und Luckmann (2004) messen der Wissenssoziologie die Aufgabe bei, die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit zu analysieren. Die Wirklichkeit ist eine Konstruktion des Menschen und seiner sozialen Gemeinschaft, die als die Gesellschaft verstanden wird (vgl. Berger & Luckmann, 2004).

Konstruktivistische Auffassungen treffen Aussagen über den „Seinzustand“ von Phänomenen, insbesondere über diese, die als soziale Wirklichkeit bezeichnet werden

(Knorr-Cetina, 1989, S. 87). Gesellschaftliche Tatbestände als ‚Gegebensein‘ der Wirklichkeit und die „Frage nach der Produktion der Wirklichkeit“ stehen in einer wechselnden Verbindung, die sich im sozialen Konstruktivismus auf die „Selbstproduktion“ zuspitzt (Knorr-Cetina, 1989, S. 87). Die Erklärung dafür wird in der „Variabilität kultureller Konfigurationen, z. B. sexueller Praktiken“, gesehen, die darauf hinweisen, dass soziale Ordnungen aus der menschlichen Produktion entstehen. „Der Sozialkonstruktivismus beschäftigt sich nun damit, *wie* soziale Ordnung als kollektiv produzierte zustände kommt und den Menschen dabei als objektiv erfahrbare Ordnung gegenübertritt“ (Knorr-Cetina, 1989, S. 87).

Die Konstruktion sozialer Phänomene stellt deren Beschaffenheit in den Mittelpunkt ihres Interesses. Die soziale Wirklichkeit wird als „Produkt von menschlichen (kollektiven) Handlungen und Gedanken“ konstruiert (Collin, 2008, S. 87). Zur Rekonstruktion der menschlichen Handlungen sind gesellschaftliche Strukturen und Verhältnisse zu reflektieren (vgl. Berger & Luckmann, 2004, S. 29). Dieses soll vor dem Hintergrund der Rekonstruktion des Sports in der HIV/AIDS-Prävention erfolgen. Zum einen vermag das soziale Phänomen HIV/AIDS in Entwicklungsländern den Hintergrund eine Konstruktion der Wirklichkeit abzubilden.

Zum anderen stellt der Sport „eine Sinnwelt mit spezifischen Logiken und Strukturbedingungen zur Verfügung“, die eine soziale Realität produzieren (Seiberth, 2010, S. 43). Die Besonderheit des Gegenstandsbereiches ergibt sich aus der Idee der Zusammenführung der Konstruktionsbereiche des Sport und des HIV/AIDS-Problems, nämlich den Sport als Instrument in der Bekämpfung der Krankheit zu betrachten. Es sollen keine empirischen Überprüfungen einzelner Studien oder Elemente vorgenommen werden, sondern theoriegeleitete Hypothesen formuliert werden, um „zukünftige empirische Forschungen durch interessante Fragen und Problemsichten anzuregen“ (Bette & Schimank, 1995, S. 17).

Das analytische Vorgehen in der vorliegenden Arbeit erfolgt nach Methoden der qualitativen Sozialforschung. Nach Mayring (2002) folgen qualitative Methoden folgenden fünf Grundsätzen:

„Die Forderung stärkerer *Subjektbezogenheit* der Forschung, die Betonung der *Deskription* und *Interpretation* der Forschungssubjekte, die Forderung, die

Subjekte auch in ihrer natürlichen, *alltäglichen* Umgebung (statt im Labor) zu untersuchen, und schließlich die Auffassung von der Generalisierung der Ergebnisse als Verallgemeinerungsprozess“ (Mayring, 2002, S. 19).

Die Subjektbezogenheit ist eine zentrale Forderung qualitativen Denkens und verlangt, dass Menschen „Gegenstand humanwissenschaftlicher Forschung sind, [...] die Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchungen“ sein müssen. Mayring (2002) verdeutlicht die Verfehlung sozialwissenschaftlicher Forschung anhand eines Beispiels aus der Geschichtswissenschaft, in der Daten häufig nur anhand der Taten der Herrschenden erklärt wurden. Alle anderen Subjekte der Gesellschaft fanden dabei jedoch keine Berücksichtigung. Subjektbezogenheit wurde erst hergestellt, wenn auch Berichte und Erlebnisse aller gesellschaftlichen Schichten zum Beispiel auch von Arbeiterfamilien einbezogen wurden (vgl. Mayring, 2002, S. 20). Das Anliegen dieser Arbeit ist, in die Darstellung des HIV/AIDS-Problems neben der epidemiologischen Dimension über die soziologische Wirklichkeit auch individuelle und gesellschaftliche Perspektiven aufzunehmen. Die Menschen bilden den Ausgangspunkt für die Untersuchung der Bedingungen und Möglichkeiten der HIV/AIDS-Prävention im Sport. Die soziale Realität wird durch die Lebenssituationen, die soziale Lage und den kulturellen Hintergrund abgebildet, die bedeutsame Determinanten und Restriktionen in der Konstruktion des Sports in der HIV/AIDS-Prävention beeinflussen.

Der Analyse der Bedingungen und Möglichkeiten der Konstruktion des Bausteins Sport in der HIV/AIDS-Prävention geht die Bestimmung theoretischer Grundlagen voraus, die den theoretischen Rahmen der Arbeit bilden. Dieser umfasst die genaue Beschreibung des Gegenstandsbereichs. Es ist der theoretische Bestandteil der Arbeit, der sich hauptsächlich auf eine literaturwissenschaftliche Analyse stützt. Der Gegenstandsbereich ist durch eine Komplexität gekennzeichnet, die eine gewissenhafte theoretische Grundlage zur Erklärung der Idee der Verbindung von HIV/AIDS und Sport beansprucht. Die Schwerpunkte der theoretischen Eingrenzung des Gegenstandsbereichs leiten sich aus der Problemstellung ab.

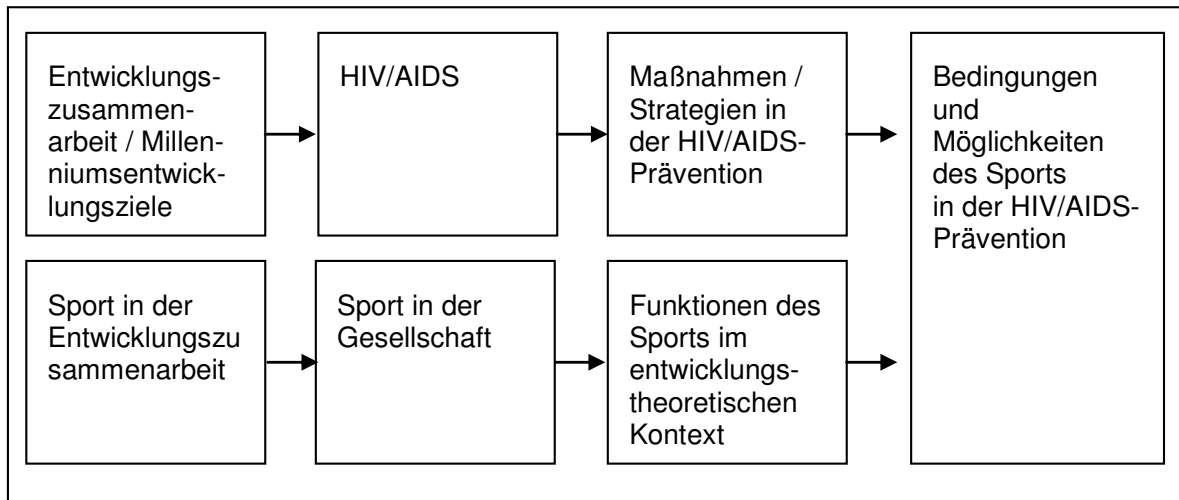


Abbildung 1: Themenbereiche der Untersuchung und ihre Zusammenführung zum Gegenstandsbereich des Sports in der HIV/AIDS-Prävention (eigene Darstellung).

Die Arbeit gliedert sich entsprechend des vorgestellten Aufbaus der Arbeit in verschiedene Schwerpunkte, die als theoretische Grundlage der Zusammenführung von HIV/AIDS und Sport dienen. Es werden dabei die in Abbildung 1 dargestellten Schwerpunktthemen identifiziert. Der gesetzte Kontext verdeutlicht die Vielschichtigkeit und Mehrdimensionalität der Faktoren, die relevant zur Beantwortung der Forschungsfrage sind. Die Komplexität dieser soziologischen Analyse ergibt sich aus der Verbindung des entwicklungstheoretischen Kontextes und des Sports in Anwendung auf das konkrete Problem – die HIV/AIDS-Bekämpfung (vgl. Mayring, 2002, S. 21).

Der Forschungsstand offeriert das Defizit empirisch-wissenschaftlicher Untersuchungen über die Effekte des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit. Aus diesem lässt sich der Anspruch einer ganzheitlichen sozialwissenschaftlichen Perspektive auf die Wirkungen des Sports in der HIV/AIDS-Prävention ableiten. Der in der vorliegenden Arbeit gewählte soziologische Ansatz geht auf die Komplexität sozialer Phänomene wie das HIV/AIDS-Problem ein und erzeugt eine mehrdimensionale Betrachtungsweise. Neben der literaturwissenschaftlichen Analyse, die der Schaffung eines theoretischen Rahmens dient, werden empirische Studien und Dokumente untersucht.

Das Postulat des möglichst natürlichen und alltäglichen Umfelds sozialwissenschaftlicher Forschung wird in der vorliegenden Arbeit nicht durch Interviews oder andere Methoden der empirischen Sozialforschung erfüllt. Stattdessen werden mittels der Methoden der Inhalts- und Dokumentenanalyse spezifische Daten und Inhalte aus dem Entwicklungsland Tansania erfasst, um „möglichst nahe an der natürlichen, alltäglichen Lebenssituation anzuknüpfen“ (Mayring, 2002, S. 23). Das Gegenstück qualitativer Forschung wären Ergebnisse aus Laborexperimenten, die kaum situationsabhängig sind, weil sich Menschen unter isolierten und kontrollierten Bedingungen weniger natürlich verhalten. Die Alltagsnähe der Untersuchung ist bedeutsam, weil die Forschungsergebnisse später auf die Alltagssituationen hin verallgemeinert werden sollen. Allerdings stellt sich die „Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse humanwissenschaftlicher Forschung [...] nicht automatisch über bestimmte Verfahren her; sie muss im Einzelfall schrittweise begründet werden“ (Mayring, 2002, S. 23). So sind bei Forschungsergebnissen immer auf den spezifischen Fall bezogene Argumente anzuwenden, warum die gefundenen Ergebnisse auch für andere Situationen gelten sollten. Vor allem wenn mit kleinen Fallzahlen gearbeitet wird, ist die Repräsentativität der Stichprobe und eine Verallgemeinerbarkeit aus qualitativer Sicht fragwürdig (vgl. Mayring, 2002, S. 23–24).

In der vorliegenden Arbeit wird eine Analyse entwicklungstheoretischer Literatur vorgenommen, die einen Erklärungswert für die Fragestellung aufweist. Es werden Grundlagen der Entwicklungszusammenarbeit berücksichtigt, die zum Verständnis der Probleme und Ursachen der am wenigsten entwickelten Länder sowie der Entwicklung moderner Gesellschaften beitragen. Dabei wird die HIV/AIDS-Bekämpfung als Ziel der Entwicklungszusammenarbeit verdeutlicht. In gleicher Weise wird der Sport in seiner Rolle im entwicklungstheoretischen Kontext rekonstruiert und seine Potentiale in der Entwicklungszusammenarbeit nachgezeichnet. Dieser aufgezugene theoretische Rahmen dient zur Schaffung der theoretischen Grundlage der eigenen Untersuchung (vgl. Digel, 1989, S. 20). Die entwicklungstheoretische Literatur wird von einer Inhalts- und Dokumentenanalyse ergänzt, die Dokumente, Studien und Untersuchungen zur Entwicklungszusammenarbeit, zu Entwicklung, Gesundheit, HIV/AIDS, Sport und Sport in der Entwicklungszusammenarbeit berücksichtigt. Die Dokumentenanalyse stellt „überall dort [den bevorzugten Untersuchungsplan dar], wo kein direkter Zugang durch Beobachten, Befragen, Messen möglich ist“ (Mayring,

2002, S. 49). Die Dokumentenanalyse umfasst nach Atteslander (1971) „sämtliche gegenständlichen Zeugnisse, die als Quelle zur Erklärung menschlichen Verhaltens dienen können“ (Atteslander, 1971, S. 53).⁷ Die Vorteile liegen in der Zugänglichkeit des Materials, die in klassischen Methoden vernachlässigt wird. Ebenso sind die Daten bereits fertig erstellt und obliegen weniger Fehlerquellen in ihrer Erhebung. Allerdings spielt bei der Auswahl der Daten die Subjektivität des Forschers eine Rolle. So wird die Datenerhebung in der Dokumentenanalyse auch als „nonreaktives Messen“ bezeichnet, weil das Messen nicht als Reaktion auf eine stattgefundene Veränderung erfolgt (Mayring, 2002, S. 47).

Für die Literaturrecherche wurde vor allem auf die Digitale Bibliothek DigiBiB zurückgegriffen. Es wurde nur vereinzelt mit spezifischen Datenbanken wie dem BISP-Recherchesystem gearbeitet, weil die Datenlage für die Kombination der in der Arbeit vorgesehenen Untersuchungsschwerpunkte der Entwicklung, der Gesundheit und des Sports zu gering wäre. Primär wurden Dokumente berücksichtigt, die sich aus der Perspektive der Sozialwissenschaften mit dem Gegenstandsbereich befassen. Die Begriffe Entwicklung, Gesundheit, HIV/AIDS und Sport wurden mit Schlagwörtern wie Entwicklungszusammenarbeit, Gesundheit, Millenniums-Entwicklungsziele, HIV/AIDS, Prävention, Präventionsmaßnahmen, Sport, Funktionen des Sports, Sport im entwicklungstheoretischen Kontext, Prävention im oder durch Sport und Sportprojekte ergänzt. Die Recherche wurde mittels der Internetsuchmaschine scholar.google.com. sowie der Internetseite toolkitsportdevelopment.org erweitert. Die Vorstellung der Projekte und Programme bildet ein breitgefächertes Spektrum der Umsetzung der HIV/AIDS-Prävention ab. Dennoch repräsentiert es nur einen kleinen Ausschnitt aller aktuellen Projekte und Programme, die den Sport in der HIV/AIDS-Prävention einsetzen. Das primäre Augenmerk liegt dabei auf Studien und Forschungsergebnissen, die Projekte oder Fallbeispiele in afrikanischen Ländern beziehungsweise in Tansania untersuchen. Das Ziel der Dokumentenanalyse besteht nicht darin, einen möglichst umfangreichen Bestand an Publikationen zu erarbeiten. Viel-

⁷ Die Dokumente in dieser Methode können Texte, Filme, Tonbänder und auch Gegenstände wie Kunststücke, Bauten oder anderes sein (vgl. Mayring, 2002, S. 47).

mehr sind die situationsspezifische Perspektive und die tiefgreifende Erkenntnis von Bedeutung (vgl. Mayring, 2002, S. 46).

Der Erkenntniswert der verwendeten Dokumente kann mittels verschiedener Kriterien abgeleitet werden. Entsprechend können folgende Einschätzungen vorgenommen werden. Die Art der verwendeten Dokumente in der vorliegenden Arbeit ist vielfältig. Im Wesentlichen werden die Ergebnisse der Literaturrecherche nach theoretischen Grundlagen und empirischen Studien unterschieden. Letztere stellen die Grundlage für eine Metaanalyse dar. Die Dokumente umfassen Projektkonzepte, -berichte, Internettexpte, unabhängige und nichtunabhängige Evaluationen, Studien über Sportprogramme von Nichtregierungsorganisationen (NGOs), wissenschaftliche Texte von Universitäten, Programm- und Projektbeschreibungen von Förderern wie Regierungen und Verwaltungen sowie Texte von internationalen Organisationen, AIDS-Organisationen und Anbietern von Sportprogrammen. Folglich ist davon auszugehen, dass die Dokumente aufgrund ihrer Diversität recht ungleich zu bewerten sind. So können einige als gesicherter als andere gelten (vgl. Mayring, 2002, S. 48).

Grundsätzlich wurden die Dokumente jedoch nach ihrer Intendiertheit ausgewählt, um die Fehlerquellen gering zu halten, die bei absichtlich für die Umwelt erstellten Dokumenten zu berücksichtigen sind. Betroffen sind hiervon Projektberichte oder Texte von nicht-unabhängigen Organisationen, die für bestimmte Zwecke verfasst wurden. Beispielsweise sind hier Texte zu nennen, die werblich aufbereitet sind, um Spenden, öffentliche Mittel oder Ko-Finanzierungen zu erhalten. Die Dokumente wurden dementsprechend auf ihre Fehlerquellen hin geprüft und es wird jeweils der Versuch unternommen, die Fakten in den Vordergrund zu stellen und Einflüsse der Autoren zu vernachlässigen, soweit dies möglich ist. Andernfalls wurden Meinungen der Autoren kenntlich gemacht und ihr Einfluss auf den Kontext erklärt. Des Weiteren wurde darauf geachtet, dass die Dokumente größtmögliche Aktualität besitzen. Denn auch „die Nähe des Dokuments zum Gegenstand, zu dem, was dokumentiert werden soll, [...] ist wichtig“ (Mayring, 2002, S. 48). Dies betrifft auch die räumliche und soziale Nähe, so dass der Versuch unternommen wurde, besonders auch schwer zugängliche Dokumente aus dem Entwicklungsland Tansania vor Ort zu analysieren. Empirische Studien und Projektberichte werden im Rahmen der Dokumentenanalyse hauptsächlich in den Kapiteln 3.2 und 5.3 verwendet und ausgewertet.

Zur Erfassung des HIV/AIDS-Problems werden angesichts mangelnder aktueller Literatur über die epidemiologische Situation die Daten des AIDS-Programms der Vereinten Nationen (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS) und der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) analysiert. Hierbei erscheint für die vorliegende Arbeit insbesondere die Anmerkung des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WGBU) bedeutsam. So betont der WGBU, dass die in nahezu allen Regionen der Welt erhobenen Daten häufig aggregierte Schätzungen sind, deren Ergebnis grundsätzlich eher eine Tendenz widerspiegelt. So zeigen konkrete Forschungsprojekte oft abweichende Ergebnisse. Zum Beispiel wird die Unterernährung in Afrika südlich der Sahara nach den Schätzungen der WHO auf den fünfzehnten Platz der Todesursachen gesetzt. Bei anderen Studien wird sie als eine der bedeutsamsten Ursachen ermittelt (vgl. WGBU, 2008, S. 43). Somit wird auch nicht näher auf statistische Vergleiche zum Beispiel von Todes- oder Krankheitsursachen eingegangen. Vielmehr steht der qualitative Forschungsansatz im Vordergrund.

Darüber hinaus werden ausgewählte Theorien soziologischer Interventionen in die Analyse einbezogen. Sie werden auf den Prüfstand gestellt, um daraus Handlungsempfehlungen für präventive Interventionen im Sport in Anwendung auf das HIV/AIDS-Problem ableiten zu können. Hierzu werden Theorien und ihre naheliegenden Interventionen diskutiert, die in ihrem sozialen Bezug dem HIV/AIDS-Phänomen ähneln. Nach Raithel und Dollinger (2006) sind dies Theorien abweichenden Verhaltens, weil HIV/AIDS anderen gesellschaftlichen Phänomenen ähnlich ist, die verschiedene Arten von Devianzen aufweisen (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 13).

In der vorliegenden Arbeit werden im Wesentlichen die Themenbereiche *Entwicklung und Gesundheit beziehungsweise HIV/AIDS* (Kapitel 2) und *Prävention sowie Sport als Maßnahme zur Prävention* (Kapitel 3–5) untersucht. Die Auswertung dieser Analyse erfolgt nach Mayring (2002) gemäß der Methode einer theoriegeleiteten Kategorienbildung zur Erstellung deskriptiver Categoriesysteme (vgl. Mayring, 2002). Die Darstellung deskriptiver Systeme meint im Wesentlichen die Konstruktion von beschreibenden Categoriesystemen von Klassifikationen. Zu diesem Zweck werden für jeden Themenbereich wesentliche Kriterien herausgearbeitet, die bedeutsam für die

Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage sind. Sie werden zu Kategorien zusammengeführt, in denen die wichtigsten Ergebnisse subsumiert und mit Überbegriffen (zum Beispiel *Wirtschaftliche Verhältnisse*) versehen werden. Sie bilden deskriptive Categoriesysteme, die nach Mayring (2006) eine Verallgemeinerung der Erkenntnisse darstellen und theoretische Aussagen sind (vgl. Mayring, 2006, S. 100).

Die Kategorien werden für jeden Themenbereich gebildet. Zum Beispiel sind für den Bereich Entwicklung und Gesundheit die Missstände wie die soziale Ungleichstellung von Frauen bedeutsam, die zur HIV-Prävalenz im negativen Sinn beitragen (vgl. Kapitel 2.3.6). Für den Bereich der Prävention und des Sports werden ebenfalls die wesentlichen Kriterien in Kategorien zusammengefasst. Sie werden mit verschiedenen Überbegriffen versehen, denen die Ergebnisse der vorausgegangenen Analyse der vorliegenden Arbeit zugeordnet werden. Dies verlangt eine Begründung der verschiedenen Kategorien (vgl. Mayring, 2002, S. 99). Das Categoriesystem bildet die Grundlage für die Beurteilung präventiver Interventionen im oder durch den Sport zur Bekämpfung des HIV/AIDS-Problems. Typisch für die Erstellung deskriptiver Systeme ist, dass sie immer abstrakter als das Material selber sind, weil sie für deren Ordnung zuständig sind. Sie stellen Verallgemeinerungen dar und formulieren somit theoretische Aussagen. Die Klassifizierungen werden aus den theoretischen Vorüberlegungen abgeleitet. Der Ablauf der Kategoriebildung verläuft schrittweise. Die Kategoriedefinition muss eine eindeutige Zuordnung ermöglichen (vgl. Mayring, 2002, S. 100–101).

Letztendlich werden mittels theoriegeleiteter Kategoriebildung sogenannte *Problemarchetypen* gebildet. Diese werden zur Konstruktion des Bausteins Sport in der HIV/AIDS-Prävention herangezogen. Auf der Grundlage von Problemarchetypen werden Hypothesen über die Bedingungen und Möglichkeiten der HIV/AIDS-Prävention in einem afrikanischen Entwicklungsland am Beispiel Tansania konstruiert. Diese Ergebnisse werden letztendlich in den Schlussfolgerungen präsentiert. Sie stellen den Ausgangspunkt für weitere quantitative Analysen dar (vgl. Mayring, 2002, S. 101–103).

2 Entwicklungszusammenarbeit und das Ziel der HIV/AIDS-Bekämpfung

Im folgenden Kapitel wird eine Einführung in die Entwicklungszusammenarbeit gegeben. Es wird die Frage geklärt, welche Bedeutung HIV/AIDS in diesem Kontext hat. Zu diesem Zweck werden neben begrifflichen Grundlagen die wesentlichen Grundzüge der Theorien über die Ursachen für Unterentwicklung vorgestellt, die ein kennzeichnendes Element für Entwicklungsländer ist. Das Ziel des zweiten Kapitels ist, die HIV/AIDS-Problematik im Kontext der Entwicklungszusammenarbeit und der Millenniums-Entwicklungsziele zu kennzeichnen. Um Strategien und Handlungsempfehlungen für Sport in der HIV/AIDS-Prävention entwickeln zu können, ist vorab das Phänomen HIV/AIDS zu erklären. Neben dem epidemiologischen Ausmaß ist hierfür die soziologische Perspektive zur Ergründung des HIV/AIDS-Problems einzunehmen, um dem Anspruch der vorliegenden Formulierungen theoriegeleiteter Hypothesen nachzukommen. Die Verdeutlichung des Ausmaßes von HIV/AIDS, die Kennzeichnung der Ausbreitungsdynamik und die Beschreibung des Krankheitsbildes sowie die sozialwissenschaftliche Analyse der Phänomenologie von HIV/AIDS verdeutlichen die Vielschichtigkeit des Problems. Dabei werden die sozialen, gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Dimensionen der HIV/AIDS-Epidemie betrachtet. Diese Analyse soll einen Problemhorizont schaffen, der einen Anschluss für die Strukturierung von Bedingungen und Möglichkeiten präventiver Interventionen zur Bekämpfung der Krankheit offenlegt. Das Augenmerk wird immer wieder auf das Entwicklungsland Tansania gerichtet. Der Fokus auf Tansania ermöglicht es, spezifische Erkenntnisse des HIV/AIDS-Problems einzubeziehen, die bei einer allgemeinen afrikanischen Perspektive aufgrund des Abstraktionsgrades keine Berücksichtigung fänden.

Gleichwohl ist, wie Hirschmann (2003) anmerkt, darauf hinzuweisen, dass Afrika südlich der Sahara keine homogene Struktur aufweist. Vielmehr ist der Kontinent durch kulturelle, politische und soziale Differenzen und eigenständige Entwicklungen geprägt. So wird ein Vorgehen gemäß einer Analyse der HIV/AIDS-Epidemie in Afrika südlich der Sahara als Ganzes betrachtet der Vielfalt und Heterogenität der Länder in Afrika südlich der Sahara nicht gerecht. Doch argumentiert Hirschmann (2003), dass die länderdefinierenden Grenzen in der Geschichte Afrikas südlich der Sahara erst

seit den Kolonialmächten bestehen und diese nicht unbedingt den geographisch verlaufenden Grenzen entsprechen. So erscheint seine Argumentation plausibel, dass es für die HIV-Prävention weniger bedeutsam ist, wo sich die Zielgruppe der Interventionen genau geographisch befindet, sondern in welchen kulturellen, sozialen und ökonomischen Verhältnissen sie lebt. Hirschmann (2003) rechtfertigt eine solche Perspektive damit, dass der große Teil Afrikas südlich der Sahara für die präventions-theoretische Perspektive eine ausreichend homogene Struktur aufweist. Diese Annahme begründet er mit der Besiedlungsgeschichte Afrikas. Sie zeigt, dass die Völker in der Region mit Ausnahme von Westafrika auf das eine Volk der Bantu zurückzuführen sind. Die Bantu teilen deren grundlegenden religiösen und kulturellen Vorstellungen, die durch ein besonderes Siedlungssystem in der ganzen Region in Afrika südlich der Sahara vorzufinden sind.⁸ Die Kultur der Bantu blieb bis in die koloniale Epoche aufgrund natürlicher Grenzen wie der Sahara-Wüste weitgehend ohne äußere Einflüsse. Folglich sind nach Hirschmann (2003) auch in den meisten Ländern Afrikas südlich der Sahara Gesellschaften vorzufinden, die auf denselben Ursprung zurückzuführen sind und daher noch ähnliche Strukturen aufweisen. Der Autor nimmt dementsprechend eine Bestimmung der zu Afrika südlich der Sahara zugehörigen Länder vor, die für die vorliegende Arbeit vor dem Hintergrund der beschriebenen Argumente übernommen wird. Folglich werden unter Afrika südlich der Sahara alle Länder subsumiert, die sich südlich der Sahara in West-, Ost-, Zentral und im südlichen Afrika befinden (vgl. Hirschmann, 2003, S. 22).

⁸ Die Besiedelung erfolgte durch sich abspaltende Stämme und Clans vom ursprünglichen Volk der Bantu. Immer wenn das Dorf die optimale Größe erreichte, siedelte eine Gruppe oder ein Clan in ein neues Dorf, ebenso auch wenn das Land durch extensive Nutzung verbraucht war. Das damit verbundene Sozialsystem ist trotz veränderter Umweltbedingungen noch bis heute zu erkennen. Die Besiedelung der Bantu-Stämme erstreckte sich westlich und nördlich des Victoria-Sees. Zu ihnen gehörten Stämme wie die Pokomo im Tana-Tal, die Gikuyu und Luhya in Kenia und Tansania, die Zulu in Südafrika, die Swazi im Südosten und Süden und die Herero im Südwesten (vgl. Hirschmann, 2003, S. 22–23).

2.1 Entwicklungszusammenarbeit

2.1.1 Entwicklungstheorien

Eine Arbeit über HIV/AIDS-Prävention im entwicklungstheoretischen Kontext verlangt eine Definition des Entwicklungsbegriffs sowie eine Einführung in die Ursachen von mangelnder Entwicklung beziehungsweise Unterentwicklung. So wird hier die wohl am weitesten verbreitete Beschreibung des Begriffs Entwicklung herangezogen, die von Nohlen (2000) aus dem Handbuch der Dritten Welt stammt. Demnach ist Entwicklung ein komplexer Begriff, für den es keine allgemeingültige Definition gibt. Entwicklung ist vielmehr ein strukturelles Gefüge, das Beurteilungen obliegt und abhängig von der Umwelt ist.

„Entwicklung ist folglich ein normativer Begriff, in den Vorstellungen über die gewünschte Richtung gesellsch. Veränderungen, Theorien über die Ursachen von UE [Unterentwicklung], Aussagen über die sozialen Trägergruppen und Ablaufmuster sozioökon. Transformationen, Entscheidungen über das Instrumentarium ihrer In-gangsetzung und Aufrechterhaltung etc. einfließen“ (Nohlen, 2000, S. 216).

Die Entwicklung wird demnach von Vorstellungen von dem gewünschten Ziel gesellschaftlicher Veränderungen gesteuert und es werden die Prozesse sozialer und ökonomischer Veränderungen konzipiert. Überzogen betrachtet gibt es so viele Definitionen des Begriffs wie Institutionen, die sich mit dem Thema beschäftigen (vgl. Lachmann, 1994, S. 14). Doch wie vollzieht sich Entwicklung und wie läuft sie ab?

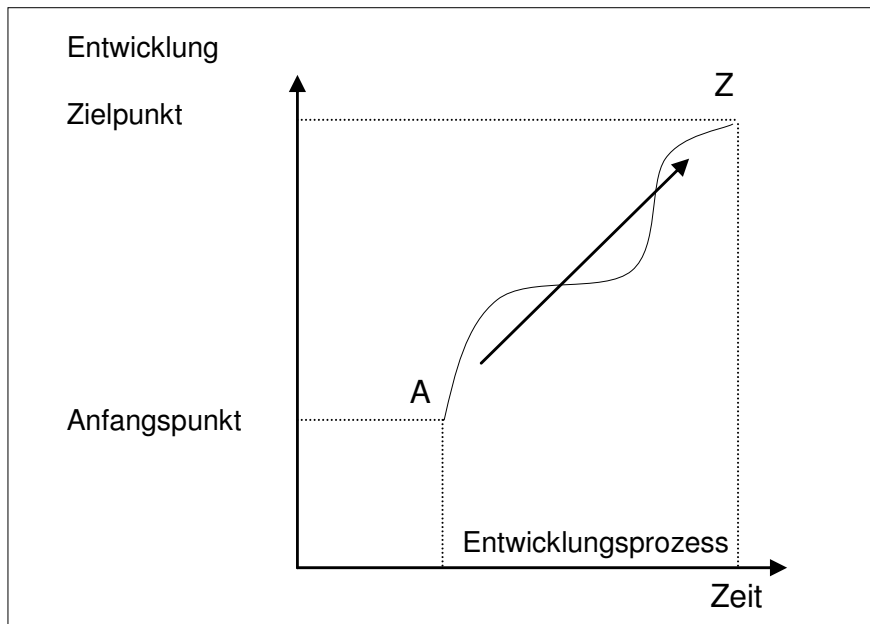


Abbildung 2: Anfangspunkt und Zielpunkt des Entwicklungsprozesses (vgl. Lachmann, 1994, S. 15).

Sich vollziehende Entwicklungen werden mittels eines Entwicklungsprozesses dargestellt. Die aktuelle Entwicklung wird als der Entwicklungsstand bezeichnet. Dabei wird ein Entwicklungsland zu einem bestimmten Zeitpunkt betrachtet. Es wird eine Momentaufnahme des ablaufenden Entwicklungsprozesses angezeigt. In einer sukzessiv ablaufenden Folge von Momentaufnahmen ist die derzeitige Bewegungsrichtung der zum Beispiel wirtschaftlichen Entwicklung von Bedeutung. Die Abbildung 2 zeigt den Entwicklungsprozess, der in der Überwindung der Strecke A–Z liegt. So liegt die Aufgabe der Akteure der Entwicklungspolitik darin, die Erreichbarkeit, die Mittel und Wege zur Zielerreichung zu identifizieren, zu analysieren, zu initiieren und beizubehalten (vgl. Lachmann, 1994, S. 15). Mit dem Entwicklungsbegriff werden auch verschiedene politische Systeme und wirtschaftliche Ordnungen verbunden, die beispielsweise kapitalistisch oder sozialistisch ausgerichtet sind. Verstärkend wirkt dazu, dass der Begriff Entwicklung vom historischen Wandel geprägt ist. Insbesondere seit die Entwicklung der Dritten Welt zu einer internationalen Aufgabe erklärt wurde, werden Erfahrungen aus erfolgten Entwicklungsprozessen in den Entwicklungsländern einbezogen. Die jeweiligen internationalen Entwicklungsziele werden in den

Entwicklungsdekaden⁹ in Form quantitativer Vorgaben formuliert. Sie leiten sich idealerweise aus der Kritik an den gewählten Entwicklungsstrategien ab und werden als Maßstab für die Angemessenheit des zugrunde liegenden Entwicklungsbegriffs betrachtet. Dadurch haben Fehlschläge der Entwicklungspolitik zur Weiterentwicklung des Begriffs beigetragen (vgl. Nohlen, 2000, S. 216).

Darüber hinaus nehmen Theorien über die Ursachen von Unterentwicklung einen wesentlichen Einfluss auf den Entwicklungsbegriff beziehungsweise auf den Entwicklungsprozess. So gibt es verschiedene Theorien, die aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven den Versuch unternehmen, die Ursachen von Unterentwicklung und die Ungleichheiten zwischen den Industrie- und Entwicklungsländern zu erklären (vgl. Nohlen, 2000, S. 216). Die Hauptströmungen der Theorien lassen sich im Wesentlichen in die *Modernisierungstheorien* und die *Dependencia-Theorien* gliedern. Beide Theorien bestimmen jedoch einen Entwicklungsbegriff, der sich durch die Verbindung von Wachstum, Wandel und Unabhängigkeit auszeichnet (vgl. Nohlen & Nuscheler, 1993, S. 110). Darüber hinaus gibt es weitere Analyseansätze für die Ursachen von Unterentwicklungen (vgl. Lachmann, 1994, S. 55). Sie besitzen für die vorliegende Arbeit – basierend auf der Aufnahme, dass der Sport einen Beitrag zur Modernisierung beziehungsweise Entwicklung leisten kann – kaum Relevanz. Daher wird der Fokus auf die Modernisierungstheorien gelegt, hingegen werden die Dependencia-Theorien in ihren Grundzügen skizziert.

Wie aus dem UN-Bericht aus dem Jahr 1951¹⁰ hervorgeht, stellten die ersten Entwicklungstheorien das wirtschaftliche Wachstum in den Mittelpunkt des Entwicklungsbegriffes. So verfolgten sie eine Entwicklungsstrategie, die auf der Wachstumstheorie beruhte und Entwicklung dem Wachstum gleichsetzte. Mangelnde Erfolge führten in den folgenden Jahrzehnten zur Weiterentwicklung der Theorie. Es war ein Wachstum demnach nur möglich, wenn sich auch soziale und kulturelle Werte wandelten. Wichtige Voraussetzungen für ökonomisches Wachstum wurden Modernisie-

⁹ Entwicklungsdekaden sind von den Vereinten Nationen eingerichtete 10-Jahres-Perioden, für die eine Dekadenstrategie beschlossen wird, die globale Ziele für die Entwicklung von Entwicklungsländern enthält (vgl. Nohlen & Nuscheler, 2000 S. 218).

¹⁰ Im Jahr 1951 setzte die internationale Entwicklungspolitik ein.

rungen im politischen und institutionellen Bereich zur Erreichung einer größeren Leistungsfähigkeit des Systems, Investitionen im sozialen Bereich und eine gerechte Verteilung des Einkommens. Demgemäß sind Modernisierungen gesellschaftlicher Teilsysteme die kennzeichnenden Elemente von Modernisierungstheorien (vgl. Nohlen, 2000, S. 216). Unter den Modernisierungstheorien subsumieren sich eine Reihe weiterer Ansätze und Teiltheorien.¹¹ Ihnen gemeinsam ist, dass sie einen Entwicklungsprozess beschreiben, bei dem sich unterentwickelte Gesellschaften an die entwickelten Gesellschaften der westlichen Industrieländer angleichen beziehungsweise diese nachahmen.¹² Der Prozess umfasst verschiedene Teilbereiche der Gesellschaft, die sich in das kulturelle, wirtschaftliche, gesellschaftliche, politische, institutionelle oder technologische System ausdifferenzieren (vgl. Nohlen, 2000, S. 522).

Die wesentlichen Merkmale der Modernisierungstheorien sind nach Nohlen (2000) die endogen verursachten Faktoren für die Unterentwicklung sowie eine daraus resultierende Verhinderung des sozialen Wandels. Das Vorbild dafür bilden die Industrieländer. Zu den Merkmalen gehört ebenfalls die Annahme, dass dualistische Strukturen, in denen moderne und traditionelle Sektoren nebeneinander existieren, interne Strukturprobleme der Entwicklungsländer hervorrufen. Diese können durch Ausdehnung des modernen Sektors beziehungsweise durch Kapitalisierung weiterer Sektoren der Volkswirtschaft verringert und damit auch die Unterentwicklung überwunden werden (vgl. Nohlen, 2000, S. 523). Forschungen zu Modernisierungstheorien verfolgten unter anderem auch Studien zum *Nation-Building*, die neben weiteren modernisierungstheoretischen Diskussionen im entwicklungstheoretischen Kontext des

¹¹ Zu den Modernisierungstheorien werden die Wachstumstheorien und Theorien des sozialen Wandels gezählt. Allerdings gibt es noch weitere Ansätze und die grundsätzliche Unterscheidung verschiedener Teiltheorien und Erklärungsansätze in die Kategorien der Modernisierungstheorien oder Dependencia-Theorien wird theoriegeschichtlich als problematisch angesehen (vgl. Nohlen & Nuscheler, 2000, S. 217).

¹² Lange Zeit herrschte dabei die Vorstellung von einem nicht-linear verlaufenden Weg vor, der durch einen Anfangs- und Endpunkt gekennzeichnet ist und Gesellschaften diese exogen in Gang gesetzte Prozesse durchlaufen müssen. Diese Vorstellung ist jedoch gemäß Nohlen (2000) bei den Theoretikern nicht mehr aktuell (vgl. Nohlen, 2000, S. 523).

Sports von Digel (1989; 1995) aufgegriffen wurden und im vierten Kapitel näher beleuchtet werden (vgl. Nohlen, 2000, S. 523; Digel, 1989; 1995).

Nohlen (2000) führt weiter aus, dass Modernisierungstheorien in der Kritik stehen, weil sie sich auf das westliche, kapitalistische Leitbild fixieren und dieses hinsichtlich der historischen Wirklichkeit von Entwicklungsländern verzerrt wahrgenommen wird. Des Weiteren wird kritisiert, dass sich einzelne Teilbereiche zur Überwindung von Unterentwicklung nur auf partielle Faktoren wie eine fehlende Leistungsmotivation konzentrieren (vgl. Nohlen, 2000, S. 524). Andererseits sieht Nohlen die Vorzüge der Modernisierungstheorien in ihrer Ausrichtung, auch außerökonomische Vorbilder zuzulassen, so dass auch kulturelle oder religiöse Elemente relevant erscheinen. Daher sind Fragen der kollektiven Identität und der revivalistischen Bewegung zum Gegenstand ideologiekritischer, vergleichender und hermeneutischer Forschung geworden. Angesichts des Bedürfnisses nach einer als positiv erachteten nationalen Identität und der Re-Islamisierung werden diese Ansätze in vielen Entwicklungsländern immer noch als nützlich angesehen und besitzen weiterhin Relevanz. Nohlen (2000) weist in diesem Kontext kritisch darauf hin, dass die Übernahme von Technologie und Verhaltensweisen aus den Industrieländern in unterentwickelten Gesellschaften gemäß der Anomietheorie nach Durkheim (1972) zu Phänomenen der Kulturanomie führen kann (vgl. Nohlen, 2000, S. 525; Durkheim, 1972, S. 174).

Hingegen verfolgen die Dependencia-Theorien eine eigene geschichtliche Rekonstruktion des Entstehungsprozesses und schlagen damit eine andere Richtung als die Modernisierungstheorien ein. Unterentwicklung ist die Folge sich verändernder Weltmarktbedingungen¹³. Sie haben zur strukturellen Heterogenität der Peripherie und strukturellen Abhängigkeiten der Peripherie beziehungsweise der Entwicklungsländer von den Zentren oder Metropolen geführt, mit denen die Industrieländer ge-

¹³ Erzwungen durch Kolonialismus, Imperialismus, Neokolonialismus und der Beherrschung der vom Kolonialismus befreiten Länder der Dritten Welt über die Regeln des kapitalistischen Weltmarktes, entstand eine kapitalistische Weltmarktordnung. Neokolonialismus ist auch eine eher kritische Bezeichnung für das internationale kapitalistische Wirtschaftssystem in Bezug auf das Verhältnis zwischen den Ländern der Industrie- und Entwicklungsländer nach Auflösung der Kolonialstrukturen im 20. Jahrhundert (vgl. Gabler Verlag, 2010, S. 701).

meint sind. Entsprechend wird Unterentwicklung im Wesentlichen durch Abhängigkeiten,¹⁴ Strukturdefekte und Ausbeutung von Entwicklungsländern erklärt, die nicht nur kennzeichnend sind, sondern auch negativ auf die Entwicklung wirken (vgl. Nohlen, 2000, S. 171; Gabler Verlag, 2000, S. 700). Sie werden durch die Weltwirtschaft und das Prinzip der internationalen Arbeitsteilung bedingt und zeichnen sich dadurch aus, dass verschiedene Länder divergente Funktionen im Prozess der Verwertung und Akkumulation von Kapital übernehmen (vgl. Nohlen, 2000, S. 171). Entsprechend sind die Merkmale einer abhängigen Entwicklung die Unterwerfung unter die Arbeitsteilung, die nur einer kleinen metropolitanen Schicht und nicht den Massen Wohlfahrt brachte, sowie eine zunehmende Abhängigkeit der Entwicklungsländer von importierten Investitionsgütern, von der Exportnachfrage nach Rohstoffen des eigenen Landes und der Produktionsstruktur (vgl. Gabler Verlag, 2000, S. 700). In einem alternativen Erklärungsmuster verorten die Dependencia-Theorien die Ursachen von Unterentwicklung nicht in einem zurückgebliebenen Entwicklungsstand der Entwicklungsländer, „sondern als Konsequenz effizienter Weltmarktintegration“. Sie knüpfen an die Unterkonsumtionstheorien¹⁵ an (Gabler Verlag, 2000, S. 700; vgl. Nohlen, 2000, S. 173).

Die Dependencia-Theorien entstanden in den 1960er Jahren auf der Grundlage der andauernden wirtschaftlichen Marginalisierung Lateinamerikas nach dem Zweiten

¹⁴ Abhängigkeiten werden durch „Phänomene wie [ein] hoher Anteil ausländischer Investitionen im modernen Sektor, Stützung der Industrialisierung auf ausländische Technologien, Angewiesenheit des Absatzes auf einseitig vermachtete (sic!) Exportmärkte, finanzielle Abhängigkeit durch z. T. hohe Auslandsverschuldung“ (Gabler Verlag, 2000, S. 700).

¹⁵ Die Unterkonsumtionstheorie erklärt das Entstehen von Wirtschaftskrisen aus einer unzureichenden Nachfrage nach Konsumgütern, die durch Stärkung der Massenkaufkraft durch Lohnerhöhungen überwunden werden kann. Unterkonsumtion wegen mangelnder Kaufkraft hat meist strukturelle Ursachen. Sie existiert, wenn eine relative Überproduktion bei gleichzeitiger Armut eines erheblichen Teils der Bevölkerung vorliegt. Die Produkte, die verkauft werden könnten, sind potenziell vorhanden und werden benötigt, aber die Kaufkraft reicht nicht aus, diese tatsächlich zu kaufen. Tendenziell führt insbesondere die zurückbleibende Nachfrage der Arbeiterklasse zur Unterkonsumtionskrise. Sie ist Grundlage für die Imperialismuskritik der englischen Expansionspolitik Ende des 19. Jahrhunderts, die durch eine allgemeine Lohnerhöhung und ansteigenden Binnenkonsum hätte vermieden werden können (vgl. ten Brink, 2008, S. 96).

Weltkrieg und den ausbleibenden Erfolgen der Entwicklungshilfe. Die lateinamerikanische Wachstumskrise brachte die bis dahin verfolgten Entwicklungsstrategien in Verruf (vgl. Nohlen, 2000, S. 171). In der Folge nahmen die Dependencia-Theorien einen erheblichen Einfluss auf die entwicklungspolitische Diskussion (vgl. Gabler Verlag, 2000, S. 700). Dependencia-Theorien setzen an der theoretischen Neuorientierung der marxistischen Imperialismus-Forschung an. Auch wird Unterentwicklung nicht auf endogene Faktoren zurückgeführt, sondern als exogen verursachtes Defizit dargestellt. Unterentwicklung wird nicht länger als ein vorgeschichtlicher Naturzustand angesehen, sondern es gilt dabei, die Determinanten des Resultats eines historischen Prozesses zu untersuchen (vgl. Nohlen, 2000, S. 171). Ferner entwickelten sich innerhalb der Dependencia-Theorien verschiedene Ausprägungen. So betonen sozialistische Theoretiker die Vorstellungen von Ausbeutung seitens der Industrieländer und andere halten an einer neuen Weltwirtschaftsordnung fest (vgl. Gabler Verlag, 2000, S. 700).¹⁶ Zur Überwindung der Unterentwicklung werden verschiedene Ansätze verfolgt, die unteren anderem die Herauslösung aus dem Weltmarkt vorschlagen und hier nicht weiter ausgeführt werden.

Für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit bieten in erster Linie die Modernisierungstheorien die relevante entwicklungstheoretische Grundlage. Dies begründet sich darin, dass die Entwicklungszusammenarbeit auf dem Gebiet des Sports in erster Linie ein Konzept kennzeichnet, das auf die Modernisierung des Sportsystems sowie bestehender Strukturen im Sport abzielt (vgl. Digel, 1989, S. 16). Da die Modernisierungstheorien außerökonomische Vorbilder haben und soziokulturelle Dimension berücksichtigen können, vermögen sie die Entwicklung unterschiedlicher gesellschaftlicher Teilsysteme differenziert zu erfassen. Denn eine sozialwissenschaftliche Reflexion zum Sport in der Dritten Welt kann nur mittels eines Konzeptes durchgeführt werden, das soziokulturelle Perspektiven zulässt. Modernisierungstheorien bauen auf dem Modernitätsleitbild der westlich-kapitalistischen Industriegesell-

¹⁶ Strukturelle Heterogenität wurde als wichtiges Merkmal von Entwicklungsländern angesehen. Mit struktureller Heterogenität wird häufig „soziale Ungerechtigkeit, mangelnde Integration (Partizipation) der Masse der Bevölkerung in den Entwicklungsprozess und unzulängliche Ausschöpfung des verfügbaren Entwicklungspotenziales“ verbunden (Gabler Verlag, 2000, S. 701).

schaften auf. Entsprechend strebt der Sport in den Entwicklungsländern danach, sich an dem Sportsystem der Industrieländer zu orientieren und die von den Kolonialmächten hinterlassene, den Industrieländern vergleichbare, zweiteilige Sportkultur zu übernehmen. Die Abwicklung eines Sportartenbetriebes soll nach modernem westlichem Vorbild erfolgen, um eine Basis für ein erfolgreiches Leistungssportsystem zu verbreiten. Ebenso wird im Schulsport das leibesezierische Konzept von den Kolonialmächten übernommen, dass in erster Linie die Aneignung kultureller Werte der Industrieländer wie England oder Frankreich beabsichtigt (vgl. Digel, 1989, S. 58). Dadurch spiegelt sich ein wesentliches Merkmal der Modernisierungstheorien wieder, dass die Übernahme von Modernisierungsprozessen durch Nachahmung und Angleichung vertritt.

Digel (1989) geht davon aus, dass der allgemeine Prozess der Modernisierung einer Gesellschaft mittels Sport vorangetrieben werden kann und dass den gesellschaftlichen Teilbereich betreffende Modernisierungsbemühungen über das Sportsystem hinausgehende Effekte haben (vgl. Digel, 1989, S. 16). Von einer Herauslösung der Entwicklungsländer aus dem Weltmarkt entsprechend der Dependencia-Theorie kann im Sport in afrikanischen Ländern, die eine Modernisierung nach westlich-kapitalistischem Vorbild verfolgen, nicht ausgegangen werden (vgl. Digel, 1989, S. 16). Die vorliegende Arbeit verwendet als theoretische Grundlage die Begründung des Sports über ein Konzept der Modernisierungstheorie und bezieht sich damit auf das Forschungsergebnis der skizzierten Darstellung kontroverser entwicklungstheoretischer Ansätze von Digel (1989). Dieses wird auch von entwicklungstheoretischen Experten auf diesem Gebiet getragen. Ferner hat sich Digel (1995) im Rahmen der Frage der Übernahme des modernen Sports in Entwicklungsländern auch kritisch mit dem Konzept der Modernisierungstheorien auseinandergesetzt. Die wesentlichen Überlegungen werden kurz skizziert. Wenngleich die Modernisierungstheorien die angestrebte Grundlage der Entwicklungsprozesse vieler Entwicklungsländer zu sein scheint, gibt es nach Digel (1995) auch die damit verbundenen Probleme zu bedenken.¹⁷ Denn die Herausforderungen sind nicht zu übersehen, bei denen es bislang

¹⁷ Viele Entwicklungsländer haben den Wunsch, die Bedingungen sowohl für eine sich selbstversorgende, wachstumoriente Wirtschaft als auch für demokratische Strukturen der westlichen Gesell-

nach bisherigen Lösungsprinzipien wie beispielsweise den Modernisierungstheorien keinen Fortschritt gibt. Es sind Probleme wie die soziale Begrenzung des Wachstums, die Marginalisierung von gesellschaftlichen Gruppen, der Verlust der politischen Handlungsfähigkeit zur Steuerung sozialer Systeme, die globalen Gefahren des weltweit zunehmenden Hungers und der Armut, die globale Umweltverschmutzung und die Klimakatastrophen (vgl. Kapitel 1.1).

Die Ansätze der Modernisierungstheorien scheinen dabei keine Hilfestellung leisten zu können (vgl. Digel, 1995, S. 124). Durch diese Herausforderungen und fehlende Einflussmöglichkeiten verdeutlicht der Autor die zunehmende Kehrseite der Modernisierungsprozesse. Fehlende Alternativen können nach Digels (1995) Analysen keine Rechtfertigung für die Relevanz von Modernisierungstheorien sein. Vielmehr ist seiner Meinung nach die Innovationsfähigkeit der Institutionen moderner Gesellschaften gefordert (vgl. Digel, 1995, S. 125). So vertritt der Autor die Forderung, dass Modernität ein Konzept sein muss, das frei von Kontroversen über Absolutheit, Utopien und ideologischen Überladungen ist. Modernität sollte demnach kein Idealbild repräsentieren, sondern als tolerante Perspektive für verschiedene Sichtweisen betrachtet werden (vgl. Digel, 1995, S. 125).

2.1.2 Entwicklungshilfe

Die Entwicklungszusammenarbeit wird seit der Gründung des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) in 1950er Jahren mit Entwicklungshilfe in Verbindung gebracht (vgl. BMZb, 2011, #Die Geschichte des

schaften zu kennen. Grundlegend hierfür ist die Orientierung an Modernisierungstheorien, die in den USA in 1950er Jahren entstanden sind und noch als gültig für Entwicklungsprozesse angesehen werden (vgl. Digel, 1995, S. 123). Digel (1995) gibt ferner zu bedenken, dass sich viele Entwicklungsprojekte nach dem theoretischen Konzept der Modernisierung richten. In Anbetracht seiner Ausführungen ist in einigen Beispielen von einer beschränkten Relevanz der Theorien auszugehen. Zum Beispiel werden technische Interventionen der Partner aus Industrieländern häufig nicht akzeptiert. Dabei werden in Entwicklungsländern Geräte zur Verfügung gestellt, deren Einsatz eigentlich in Industrieländern vorgesehen ist und nun die Infrastruktur für deren Einsatz fehlt. Dies löst Unmut bei den Partnern aus. Ferner merkt Digel (1995) als allgemeinen Kritikpunkt an Modernisierungstheorien an, dass sie der Weltgesellschaft die amerikanische Lebensweise aufzwingen und sie dadurch vereinheitlichen möchten (vgl. Digel, 1995, S. 123).

BMZ). Dieses ist insofern grundlegend für die Arbeit, als Projekte im Sport zur HIV/AIDS-Prävention Bestandteil der Entwicklungshilfe sein können, die unter anderem von der Bundesregierung als Sportentwicklungshilfe oder Sportförderung durch das BMZ beziehungsweise Auswärtige Amt (AA) geleistet wird (siehe hierzu Kapitel 4.2.3). In diesem Abschnitt wird die Entwicklungshilfe zunächst im Allgemeinen dargestellt. Sie umfasst alle materiellen und nicht-materiellen Arten von Leistungen der Industrieländer zugunsten der Entwicklungsländer. Diese werden mit dem Ziel der Förderung der sozioökonomischen Entwicklung und der Verbesserung der Lebensbedingungen über Know-how-, Technologie- und Ressourcentransfers zu Vorzugskonditionen zur Verfügung gestellt (vgl. Lachmann, 2000, S. 930). Nach der Definition des Development Assistance Committee (DAC) gelten Leistungen, Zuschüsse oder Kredite in voller Höhe als Entwicklungshilfe¹⁸ für Entwicklungsländer, wenn sie ein Zuschusselement von einem bestimmten Prozentsatz bei dem betreffenden Transfer im Vergleich zu kommerziellen Transaktionen beinhalten.¹⁹ Für die Entwicklungshilfe werden generell die Begriffe *Finanzielle Zusammenarbeit (FZ)* und *Technische Zusammenarbeit (TZ)* verwendet (vgl. Lachmann, 2000, S. 930). Die Finanzielle Zusammenarbeit umfasst gemessen am Zufluss von Ressourcen für die Empfängerländer:

- a) die bilaterale öffentliche Entwicklungshilfe,
- b) Zuschüsse, begünstigte und nicht-begünstigte Entwicklungskredite durch multilaterale Finanzinstitutionen und
- c) sonstige öffentliche Mittel für entwicklungspolitische Zwecke, die sich durch ein Zuschusselement als offizielle Entwicklungshilfe qualifizieren (vgl. OECD, 2010, #Official Development Assistance).

Die Technische Zusammenarbeit enthält

¹⁸ Offizielle Entwicklungshilfe wird international als Official Development Assistance (ODA) bezeichnet (vgl. OECD, 2010, #Official Development Assistance).

¹⁹ Nicht zur Entwicklungshilfe zählen Leistungen, die von privaten oder öffentlichen Trägern zu marktüblichen Bedingungen getätigt werden. Hierzu zählen Direktinvestitionen, Kapitalanlagen in Entwicklungsländern, internationale Bankkredite oder staatliche Exportkredite (vgl. Hadelar & Winter, 2000, S. 930).

- a) Zuschüsse für Staatsangehörige von Empfängerländern für Bildung oder Ausbildung im In- und Ausland und sieht
- b) Zahlungen für fachliche Beratung, Berater und Fachkräfte zur Schulung von einheimischen Fach- und Führungskräften sowie Lehrer und Betreuer vor, die in den Empfängerländern arbeiten (vgl. OECD, 2010, #Official Development Assistance).

Die Träger der Entwicklungshilfe sind zum einen

- a) *internationale Träger* wie die Weltbankgruppe und Regional-Banken²⁰, die Vereinten Nationen²¹, die Europäische Union²² und sonstige internationale Träger wie beispielsweise der Internationale Währungsfonds (International Monetary Fund, IWF), der besondere Kreditfazilitäten für Entwicklungsländer zur Verfügung stellt,
- b) *nationale Träger* wie die Kreditanstalt für Wiederaufbau und die Deutsche Gesellschaft für Technische [jetzt: Internationale (GIZ)?] Zusammenarbeit,
- c) *private Träger* wie die entwicklungspolitischen Organisationen der Kirchen und politische Stiftungen (vgl. Lachmann, 2000, S. 931).

Unter *Entwicklungspolitik*²³ wird nach Lachmann (2000) die Gesamtheit aller staatlichen Maßnahmen zur Förderung der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung in Entwicklungsländern verstanden, die von Entwicklungsländern und Industrieländern

²⁰ Vor allem die Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung, die Internationale Entwicklungsorganisation, die International Finance Corporation (Förderung des privaten Sektors über die Mobilisierung von Inlands- und Auslandskapital), die Multilaterale Investitions-Garantie-Agentur (Übernahme von Garantien privatwirtschaftlicher Direktinvestitionen) (vgl. Haderer & Winter, 2000, S. 931).

²¹ Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP); Organisation für industrielle Entwicklung (UNIDO); Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA); Internationaler Fonds für landwirtschaftliche Entwicklung (IFAD); Welternährungsprogramm (WEP) (vgl. Haderer & Winter, 2000, S. 931).

²² Die Europäische Union legt im Lomé-Abkommen die Basis für die besonderen Wirtschaftsbeziehungen zwischen der Europäischen Union und den afrikanischen, karibischen und pazifischen Staaten (AKP-Staaten) fest. Seit ihrer Gründung 1958 verpflichtet sich die EU, solche außereuropäischen Länder zu assoziieren und wirtschaftlich zu fördern, die zu einem der EU-Staaten besondere und längere Beziehung unterhalten (vgl. Haderer & Winter, 2000, S. 2023).

²³ Die Entwicklungspolitik der Industrieländer wird häufig auch als Entwicklungshilfepolitik bezeichnet (vgl. Lachmann, 2000, S. 932).

ergriffen werden. Das Ziel ist, die Verbesserung der Lebensbedingungen und eine vorausschauende Entwicklung in Entwicklungsländern zu forcieren. Eine erfolgreiche Entwicklung richtet sich an den Ursachen von Unterentwicklung aus (vgl. Lachmann, 2000, S. 932). In die Entwicklungspolitik fließen ideologische Positionen ein, die unterschiedliche Schwerpunkte zur Erklärung von Unterentwicklung setzen. Analog zur wirtschaftspolitischen Gestaltungsnotwendigkeit in Industrieländern werden auch in Entwicklungsländern *Entwicklungsstrategien* verabschiedet. Sie werden als programmatische Konzepte verstanden, um sozioökonomische Entwicklungsprozesse voranzutreiben. In die Entwicklungspolitik fließen die Erkenntnisse der *Entwicklungstheorien* ein. Entsprechend sind die bedeutsamen Argumente der Entwicklungspolitik:

- i. eine verfehlte Außenwirtschaftspolitik, wobei die fehlende Konkurrenzfähigkeit der Volkswirtschaften auch auf eine fehlgeleitete Wirtschaftspolitik der Entwicklungsländer zurückgeführt wird,
- ii. der Protektionismus der Industrieländer, der eine wirtschaftliche Entwicklung wehrt,
- iii. die Ursachen gemäß den Dependencia-Ansätzen und
- iv. die Faktorausstattung (vgl. Lachmann, 2000, S. 932).

Seitdem es Entwicklungspolitik gibt, steht sie auch in einer kritischen Diskussion. Einige kennzeichnende Argumente werden gemäß den Ausführungen von Lachmann (2003) verdeutlicht (vgl. Lachmann, 2000, S. 933).

- a) Trotz immenser Transferleistungen konnten viele Entwicklungsländer insbesondere im asiatischen und afrikanischen Raum ihre sozioökonomische Situation nicht verbessern. Der maßgebliche Grund wird dafür in den Interessen der Eliten der Entwicklungsländer gesehen, die eine erfolgreiche Entwicklung und eine damit verbundene Verbesserung der sozioökonomischen Situation der Bevölkerung nicht wollen. Denn ein steigender Wohlstand führt zur Forderung von einem größeren Mitspracherecht der Bevölkerung, wodurch die Machtbasis der Eliten gefährdet wäre.
- b) Unterentwicklung geht mit verminderten Transferleistungen einher, über die Entwicklungsländer verfügen können. Sie werden zum Zweck der Machterhaltung von den Industrieländern eingesetzt. Doch wollen sich die Industrieländer keine

wirtschaftliche Konkurrenz im Hinblick auf Arbeitsplätze schaffen, sondern verfolgen mit ihrer Entwicklungshilfepolitik das Ziel, Exportmärkte zu erobern. So werden protektionistische Maßnahmen unter dem Vorwand von unfairen ökologischen und sozialen Bedingungen in Entwicklungsländern zum Schutz der eigenen Arbeitsplätze eingesetzt.

- c) Empfängerländer sind abhängig von Entwicklungshilfe und vertrauen weniger auf ihre eigenen Maßnahmen. Doch Länder, die weniger Hilfe empfangen haben, haben ihren Entwicklungsprozess in einem höheren Maße vorantreiben können als andere Staaten. So ist Entwicklungspolitik mit einer erfolgreichen Wirtschaftspolitik in Industrieländern zu vergleichen, die sich am Gemeinwohl orientiert. In dieser Form wird sie in Entwicklungsländern aber häufig verfehlt (vgl. Lachmann, 2000, S. 933).

2.1.3 Entwicklungsländer

Bei der Frage nach den Bedingungen und Möglichkeiten von HIV/AIDS-Prävention in einem afrikanischen Land am Beispiel Tansania ist es zunächst erforderlich zu wissen, was ein Entwicklungsland (Development Countries) charakterisiert. Das kennzeichnende Element der Entwicklungsländer ist ihre Unterentwicklung. Verschiedene Entwicklungsländer ähneln sich in ihrer strukturellen Heterogenität, ungenügender Produktivkraftentwicklung und politisch-historischer Erfahrung. Aufgrund ihrer gleichen Interessen und des subjektiven Zugehörigkeitsgefühls haben sich Entwicklungsländer in verschiedenen Einheiten organisiert, um ihre wirtschaftlichen sowie politischen Interessen gegenüber den Industrieländern durchzusetzen. Seit dem Jahr 1990 verwenden die Vereinten Nationen nicht mehr die Bezeichnungen Erste Welt, Zweite Welt und Dritte Welt²⁴, sondern unterscheiden einzelne Länder primär in Ent-

²⁴ Der häufig verwendete Begriff Dritte Welt entstammt der Zeit des Kalten Krieges und wurde seit seiner erstmaligen Verwendung in den 1950er Jahren in Frankreich zum Inbegriff für die Gesamtheit aller Entwicklungs- und Schwellenländer. Seit dem Ende des Sowjetblocks, der als Zweite Welt bezeichnet wurde, wird der Begriff Dritte Welt seltener verwendet (Lachmann, 2004, S. 23). Der Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen (Economic and Social Council, ECOSOC) definierte die Begriffe in den 1960er Jahren als Erste Welt: Länder, deren Volkswirtschaft hauptsächlich marktorientiert ist. Zweite Welt: Länder, deren Volkswirtschaft hauptsächlich zentral geplant und sozialistisch ist.

wicklungsländer (EL) und in Industrieländer (IL) (Lachmann, 2004, S. 23). Entsprechend werden diese Begriffe in der vorliegenden Arbeit verwendet. Zunehmend wird die Entwicklungspolitik vom BMZ auch als *Nord-Süd-Beziehung* und die Entwicklungsländer als *Südländer* bezeichnet. Diese Begriffe sind auf die geographische Lage der Entwicklungsländer vornehmlich in der südlichen Hemisphäre und der Industrieländer eher im Norden zurückzuführen (BMZ, 2009, # Entwicklungsland).

Entwicklungsländer, die einen fortgeschrittenen Industrialisierungsgrad aufweisen, werden als Schwellenländer (Emerging Markets) bezeichnet. Sie befinden sich in einem Kontinuum zwischen rückständiger Wirtschaft und Fortschritt. Sie weisen eine finanzielle, kommunikative, technologische und gesetzliche Infrastruktur auf, die Potentiale für ein nachhaltiges Wirtschaftswachstum bieten. Ebenso sind sie aktive Teilnehmer des globalen Wettbewerbs und haben ein offenes oder sich in der Öffnung befindliches politisches System. Zugleich kennzeichnet sie eine entwicklungsfähige Mittelschicht und eine Kultur, die Innovationen und Veränderungen zulässt (vgl. Donnorummo, 2000, S. 3). Eine international verbindliche Liste der Entwicklungsländer existiert nicht. Die Geberländer für Entwicklungshilfe orientieren sich vorrangig am Index der menschlichen Entwicklung, der als Human Development Index (HDI) bezeichnet wird. Der HDI berücksichtigt die Lebenserwartung bei der Geburt, den Bildungsgrad gemessen an Schuljahren, die gesamte Dauer der Ausbildung eines Menschen und das Bruttonationaleinkommen pro Einwohner (BNE). Aufgrund dieser Indizes werden alle Länder in ein Ranking gesetzt. Dieser Wohlstandsindikator wird jährlich vom Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) veröffentlicht. Allerdings erfassen die Indizes nicht die Ursachen für die Unterentwicklung (vgl. Ihne & Wilhelm, 2006, S. 4). Ebenfalls lässt der HDI keine Differenzierung innerhalb der Ländergruppe zu. Charakteristisch für Entwicklungsländer ist, dass sie nicht in der Lage sind, die grundlegenden Existenzbedürfnisse für die Masse der Bevölkerung zu befriedigen (vgl. Hinz, 2001, S. 5). Zur Klassifizierung der Länder gibt es ökonomi-

Zur Dritte Welt gehören Länder, deren Volkswirtschaft hauptsächlich durch Realtausch (barter economics) bestimmt ist (vgl. Lachmann, 2004, S. 15).

sche, soziodemographische, ökologische, soziokulturelle und politische Merkmale (vgl. BMZ, 2009, #Entwicklungsland; Hinz, 2001, S. 5).²⁵

- i. Eine schlechte Versorgung großer Gruppen der Bevölkerung mit Nahrungsmitteln, die zu Unterernährung und Hunger führt.
- ii. Ein niedriges Pro-Kopf-Einkommen und Armut.
- iii. Keine oder nur mangelhafte Gesundheitsversorgung, eine hohe Kindersterblichkeitsrate und geringe Lebenserwartung.
- iv. Mangelhafte Bildungsmöglichkeiten und eine hohe Analphabetenquote.
- v. Hohe Arbeitslosigkeit, ein insgesamt niedriger Lebensstandard, eine oft extrem ungleiche Verteilung der vorhandenen Güter.

Analog zu den dargestellten Merkmalen bestimmt auch Lachmann (2004), dass die Armut das grundlegende Problem aller Entwicklungsländer ist, weil sie ursächlich für weitere Faktoren der Unterentwicklung ist. Folglich ist die Armutsbekämpfung das primäre Ziel, um den Entwicklungsprozess vorantreiben zu können (vgl. Lachmann, 2004, S. 12). Für Armut gibt es weder im Bereich der Entwicklungspolitik noch generell in der Wirtschafts- oder Sozialpolitik eine allgemein anerkannte Definition. Der Begriff bezeichnet nach Drewnowski (1977) verschiedene Mangelerscheinungen, die Nahrungsmittel, Kleidung, Wohnung und Gesundheit betreffen können und als menschenunwürdig zu bewerten sind. Ein weitgehend akzeptiertes Verständnis von Armut drückt sich darin aus, „when people have their needs to a lesser degree than is considered sufficient“ (Drewnowski, 1977, S. 185, zitiert nach Schönherr, 1983, S. 23). Armut kann zum einen als ein Defizit und zum anderen als Benachteiligung von Bedürfnissen hinsichtlich des kulturellen Bezugssystems angesehen werden. Die zwei Aspekte werden auch als absolute und relative Armut bezeichnet (vgl. Schönherr, 1983, S. 23–24).

Um den Entwicklungsstand verschiedener Entwicklungsländer vergleichen zu können, sind die heterogene Struktur und der Entwicklungsprozess zu erfassen. Hierfür

²⁵ Die Merkmale treffen in unterschiedlich ausgeprägter Form für die Mehrzahl der Entwicklungsländer zu und beeinflussen sich gegenseitig häufig negativ verstärkend (vgl. Hinz, 2001, S. 5).

werden entsprechende Maßeinheiten beziehungsweise Indikatoren²⁶ und Referenzpunkte benötigt (vgl. Lachmann, 1994, S. 23; Nohlen & Nuscheler, 1993, S. 77). Die Erfassung des Entwicklungsprozesses mittels Indikatoren wurde in den 1970er Jahren erstmals durch eine lebendige Diskussion bekannt und von UNRISD (United Nations Research Institute for Social Development) und der UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) intensiviert. Verschiedene Organisationen haben die Entwicklungsindikatoren-Forschung fortgesetzt, die von den Vereinten Nationen erstmals im Jahr 1998 im Handbook on Social Indicators zusammengefasst wurden. Die Sozial- und Entwicklungsindikatoren-Forschung wurde immer von der Suche nach einem operationalisierbaren und messbaren Begriff von Entwicklung geleitet, der mehr als ein Synonym für Wirtschaftswachstum sein sollte (vgl. Nohlen & Nuscheler, 1993, S. 76).

Tabelle 1: Übersicht der ökonomischen Entwicklungsindikatoren zur Erfassung der wirtschaftlichen Entwicklung und des Wohlstandes eines Entwicklungslandes (modifiziert nach Lachmann, 1994, S. 22).

Indikator	Zu messende Merkmale des Entwicklungsstandes
Pro-Kopf-Einkommen (PKE)	Division der Summe aller für den Markt erzeugten Güter und Dienstleistungen durch die Bevölkerung eines Landes in einer Periode <i>(Pro-Kopf-Typ, keine Verteilungskriterien)</i>
Bruttonationaleinkommen pro Einwohner (BNE)	Höhe des Einkommens einer Volkswirtschaft eines Landes in einer Periode <i>(Pro-Kopf-Typ, keine Verteilungskriterien)</i>
Gini-Koeffizient	Prozentuale Einkommensverteilung eines Landes. Welcher Prozentsatz der Bevölkerung über welchen Prozentsatz des Einkommens verfügt. Eine extreme Ungleichverteilung bedeutet einen Gini-Koeffizienten von 1, bei Gleichverteilung Null. <i>(Struktur-Typ, Sachverhalte in Prozent)</i>
Kaufkraftparität (KKP)	KKP gibt an, wie viele Einheiten einer Landeswährung im Vergleich zur Kaufkraft in US-Dollar für einen gleichen Warenkorb benötigt werden. <i>(Pro-Kopf-Typ, keine Verteilungskriterien)</i>

²⁶ Indikatoren weisen auf etwas hin, das ein Aspekt eines komplexen Zusammenhangs ist, der durch diese bestimmte Maßeinheit gemessen werden kann. Dadurch fungiert ein Indikator als Teil- oder Ersatzmaßeinheit, der in Beziehung zur Gesamtheit steht (vgl. Nohlen, & Nuscheler, 1993, S. 77).

Weil Entwicklungsprozesse sich in verschiedenen Bereichen vollziehen, wird im Allgemeinen zwischen wirtschaftlichen, soziokulturellen oder politischen Entwicklungsindikatoren unterschieden (vgl. Lachmann, 1994, S. 23). Mittels wirtschaftlicher Indikatoren lassen sich die wichtigsten Kriterien zur HIV/AIDS-Bekämpfung und die Bedingungen für die HIV/AIDS-Prävention erfassen. Denn es ist die verbreitete Annahme, die zum Beispiel Hofmeier und Mehler (2004) formulieren, dass „eine Kontrolle von HIV/AIDS [durch Investitionen in den] Wiederaufbau der soz. Dienste (v. a. der Gesundheits- und Erziehungsdienste) und bei einer konsequenten Armutsbekämpfung“ durchaus möglich ist (Hofmeier & Mehler, 2004, S. 134).

Tabelle 2: Jeweils fünf Beispiele für Länder mit niedrigem (Low Income), mit niedrigem bis mittlerem Einkommen (Low Middle Income), mit höherem mittlerem Einkommen (Upper Middle Income) und mit hohem Einkommen (High Income) (modifiziert nach World Bank, 2008).²⁷

Niedriges Einkommen (Low Income)	Niedriges bis mittleres Einkommen (Lower Middle Income)	Höheres mittleres Einkommen (Upper Middle Income)	Hohes Einkommen (High Income)
<i>Tansania</i>	Albanien	Argentinien	Deutschland
Afghanistan	China	Mexico	Vereinigte Staaten
Bangladesch	Paraguay	Polen	Trinidad und Tobago
Benin	Thailand	Russland	Singapur
Kenia	Ukraine	Südafrika	Republik Korea

Das Pro-Kopf-Einkommen²⁸ ist der von internationalen Organisationen und Geberländern am häufigsten verwendete Indikator. Es eignet sich zur Abgrenzung zwischen Entwicklungsländern und Industrieländern, weil es eine relativ hohe Datenverfügbarkeit aufweist (vgl. Durth, Körner & Michaelowa, 2002, S. 13). Des Weiteren werden das *Bruttonationaleinkommen (BNE)*, Verteilungsindikatoren wie der *Gini-*

²⁷ Klassifikationskriterien, die sich an geographischen Regionen orientieren, eignen sich nur für Länder mit mittlerem und unterem Einkommen, wie zum Beispiel in Afrika südlich der Sahara (vgl. World Bank, 2010, #Country Classification).

²⁸ Das Pro-Kopf-Einkommen verfügt über dynamische Aspekte, die durch die Wachstumsrate beschrieben werden. Es misst einen statischen Zustand, der die Höhe des PKEs ausmacht (vgl. Lachmann, 1994, S. 23).

Koeffizient und die *Kaufkraftparität* eingesetzt (vgl. Ihne & Wilhelm, 2006, S. 4; Lachmann, 1994, S. 23). Dennoch weist Lachmann (1994) auch auf die Mängel des PKEs hin. Denn es scheint aufgrund diversifizierter Entwicklungsprozesse in den letzten Jahren als Klassifizierungskriterium zwischen EL und IL nicht mehr hilfreich zu sein (vgl. Lachmann, 1994, S. 23).

Das BNE wird im Gegensatz zum Pro-Kopf-Einkommen in der neueren Literatur und auf internationaler Ebene genutzt. Die Tabelle 2 zeigt, dass Tansania gemäß dem *Bruttonationaleinkommen (BNE)*²⁹ pro Einwohner zu den Ländern mit dem niedrigsten BNE gehört. Entsprechend diesem Kriterium stellt die Weltbank jährlich ein Ranking aller Länder auf und klassifiziert diese gemessen an ihrem Einkommen in vier Gruppen (vgl. Lachmann, 1994, S. 23).

Die ärmsten und strukturschwächsten Entwicklungsländer werden von den Vereinten Nationen als Least Development Countries (LDCs) bezeichnet. Sofern sie spezifische Kriterien³⁰ erfüllen, werden sie auf der LDCs-Liste aufgeführt. Sie deutet auf eine besondere Bedürftigkeit hin (vgl. Lachmann, 2004, S. 16). Den Prognosen der Weltbank zufolge wird die Anzahl der in Armut beziehungsweise mit weniger als 1,25 US-Dollar pro Tag³¹ lebenden Menschen in Afrika südlich der Sahara zunehmen. Neben dem BNE ist die *Ungleichverteilung der Einkommen* ein Faktor, der Armut verursacht. Disparitäten in der Einkommensverteilung bestehen in Entwicklungsländern zwischen der städtischen und ländlichen Bevölkerung (vgl. WGBU, 2005, S. 41).

²⁹ Das Bruttonationaleinkommen (früher: Bruttosozialprodukt) (Gross National Income, GNI) ergibt sich, indem vom Bruttoinlandsprodukt (BIP) die Primäreinkommen abgezogen werden, die an die übrige Welt geflossen sind, und umgekehrt die Primäreinkommen hinzugefügt werden, die von inländischen Wirtschaftseinheiten aus der übrigen Welt bezogen wurden. Das Bruttonationaleinkommen ist in erster Linie ein Einkommensindikator (vgl. Gabler Verlag, 2000, S. 553).

³⁰ Bis 1990 waren das PKE, der Industrieanteil am BIP und die Alphabetisierungsrate der erwachsenen Bevölkerung ausschlaggebend. Die jeweiligen Schwellenwerte werden periodisch weiterentwickelt und angepasst. Beispielweise lag die Einstufung in ein LDC bis zum Jahr 1989 bei einem PKE unter 473 US-Dollar, der Anteil des Industriesektors am BIP bei unter zehn Prozent und die Alphabetisierungsquote der über 15-Jährigen bei weniger als 20 Prozent (vgl. Lachmann, 2004, S. 16).

³¹ Der Indikator, den die Weltbank zur Erfassung der Armut ansetzt, bedeutet ein Einkommen von weniger als 1,25 \$ pro Tag (vgl. WGBU, 2005, S. 41).

Tabelle 3: Kaufkraftparität in einzelnen Ländern im Jahr 2005 (eigene Darstellung auf der Grundlage von Daten der World Bank, 2008. S. 8).³²

Land	Kaufkraftparität [Einheiten der landeseigenen Währung zum US-Dollar]	Wechselkurs [Einheiten der landeseigenen Währung im Vergleich zum US-Dollar]	Klassifikation
Deutschland	0,89	0,8	Hohes Einkommen
USA	1	1	Hohes Einkommen
Bangladesch	23	61,8	Niedriges Einkommen
Albanien	49	99,8	Niedriges bis mittleres Einkommen
<i>Tansania</i>	<i>396</i>	<i>1.129</i>	<i>Niedriges Einkommen</i>
Argentinien	1.269	2.904	Höheres mittleres Einkommen
China	3.448	8,1	Niedriges bis mittleres Einkommen
Südafrika	3.872	6,4	Höheres mittleres Einkommen
Mexico	7.127	10,9	Höheres mittleres Einkommen

Die Kaufkraftparität (KKP) (purchasing power parity, PPP) eines Landes ist der aussagekräftigste Indikator, um die reale Größe einer Volkswirtschaft mit einer anderen vergleichen zu können. Weil die Produktivität und die Preise einer Volkswirtschaft nicht durch einen einfachen Vergleich zu ermitteln sind³³, wird ein entsprechender Faktor gebildet. Dieser setzt die Kaufkraft einer Landeswährung in Vergleich zur Kaufkraft in US-Dollar. Die Kaufkraftparität eines Landes gibt an, wie viele Einheiten einer Landeswährung im Vergleich zum US-Dollar benötigt werden, um Waren und Dienstleistungen des gleichen Warenkorbs im eigenen Land und in den USA zu kaufen. Werden unterschiedliche Währungsräume verglichen, so werden die Geldbeträge durch aktuelle Wechselkurse vergleichbar gemacht (vgl. WGBU, 2005, S. 41). Die KKP zwischen zwei geographischen Räumen liegt dann vor, wenn Waren und

³² Die WGBU merkt bei den Analysen und Daten der Weltbank an, dass diese als Tendenzen zu interpretieren sind, da die konkrete Aussagekraft aufgrund der häufig aggregierten und nach Schätzungen erhobenen Daten gering ist (vgl. WGBU, 2008, S. 43).

³³ So kann zum Beispiel der Wechselkurs von Währungen keine Angaben über die Produktivitätskraft eines Landes leisten, da er durch die Nachfrage und das Angebot von internationalen Transaktionen und nicht durch die Produktivitätskraft beeinflusst wird (vgl. WGBU, 2005, S. 41).

Dienstleistungen eines Warenkorbes für gleich hohe Geldbeträge erworben werden können (vgl. World Bank, 2008, S. 1).

Die KKP³⁴ kann als Indikator zum Vergleich von Armut in verschiedenen Ländern beziehungsweise Währungsräumen herangezogen werden. Die Weltbank geht auf der Grundlage der Daten der Kaufkraftparität davon aus, dass der Anteil der Menschen der Weltbevölkerung, die von weniger als 1,25 US-Dollar pro Tag leben, bis zum Jahr 2015 fallen wird. Wenngleich wie erwähnt der Anteil der Menschen, die in Armut leben, in bestimmten Regionen auch zunehmen wird. Diese Schätzung beruht darauf, dass die Länder in Ostasien und im Pazifik ihr Einkommen steigern können (vgl. World Bank, 2009a, #targets).

Zusammengefasst zeigen die wirtschaftlichen Indikatoren, dass Afrika südlich der Sahara und Tansania im Vergleich zu anderen Regionen der Welt ein niedrigeres Bruttonationaleinkommen pro Einwohner, eine höhere Ungleichheit in der Einkommensverteilung sowie eine geringere Kaufkraftparität aufweisen. Über die wirtschaftlichen Indikatoren hinausgehend werden die Ziele und die allgemeine Richtung des Entwicklungsprozesses von Entwicklungsländern in der aktuellen Dekade bis zum Jahr 2015 durch die Millenniums-Entwicklungsziele determiniert. Sie bieten den Referenzpunkt für die vorliegende Arbeit, weil sich aus ihnen das Ziel der HIV/AIDS-Bekämpfung ableitet.

³⁴ Um Armutstrends zu verfolgen sind zum Teil auch Armutsindikatoren hilfreich, die auf nationalen Armutsgrenzen basieren. Die World Bank führt seit 1970 Messungen der Kaufkraftparität durch, um daraus Bewertungen des Bruttoinlandsproduktes (BIP; Gross Domestic Product, GDP) pro Einwohner abzuleiten. Die Daten der Kaufkraftparität (Währungsgrundlage ist der US-Dollar) bilden die Grundlage für den HDI (vgl. UNDP, 2008, S. 355).

2.1.4 Millenniums-Entwicklungsziele

Tabelle 4: Die Millenniums-Entwicklungsziele mit ihren Unterzielen und Indikatoren (vgl. BMZ, 2011b, #Millenniumsziele).

MDG 1: Extreme Armut und Hunger beseitigen	
<i>Zielvorgaben</i>	<i>Indikatoren</i>
1.A: Zwischen 1990 und 2015 den Anteil der Menschen halbieren, deren Einkommen weniger als einen US-Dollar pro Tag beträgt	1.1 Anteil der Bevölkerung mit weniger als einem US-Dollar pro Tag (umgerechnet in Kaufkraftparität)
	1.2 Armutslückenverhältnis: Armutsinzidenz (Zahl der extrem Armen) multipliziert mit der Armutstiefe (gibt an, um wie viel Prozent das Einkommen der Armen unterhalb der Armutsgrenze liegt)
	1.3 Anteil, den das ärmste Fünftel der Bevölkerung am gesamten nationalen Konsum hat
1.B: Produktive Vollbeschäftigung und menschenwürdige Arbeit für alle, einschließlich Frauen und junger Menschen, verwirklichen	1.4 Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (BIP) pro Erwerbstätigen
	1.5 Verhältnis Beschäftigung - Bevölkerung
	1.6 Anteil der Erwerbstätigen, die mit weniger als einem US-Dollar (Kaufkraftparität) pro Tag auskommen müssen
	1.7 Anteil der Selbstständigen ohne Beschäftigte und Familienarbeitskräfte an der Gesamtbeschäftigung
1.C: Zwischen 1990 und 2015 den Anteil der Menschen halbieren, die Hunger leiden	1.8 Anteil der untergewichtigen Kinder unter fünf Jahren
	1.9 Anteil der Bevölkerung unter dem Mindestniveau der Nahrungsenergieaufnahme
MDG 2: Verwirklichung der allgemeinen Grundschulbildung	
<i>Zielvorgaben</i>	<i>Indikatoren</i>
2.A: Bis zum Jahr 2015 sicherstellen, dass Kinder in der ganzen Welt, Jungen wie Mädchen, eine Primarschulbildung vollständig abschließen können	2.1 Nettoeinschulungsquote im Grundschulbereich (Anteil der Kinder im schulpflichtigen Alter, die eine Grundschule besuchen)
	2.2 Anteil der Grundschulanfänger, die die letzte Klassenstufe der Grundschule erreichen
	2.3 Alphabetenquote bei den 15- bis 24-jährigen Frauen und Männern
MDG 3: Gleichstellung der Geschlechter und Stärkung der Rolle der Frauen	
<i>Zielvorgaben</i>	<i>Indikatoren</i>
3.A: Das Geschlechtergefälle in der Grund- und Sekundarschulbildung beseitigen, vorzugsweise bis 2005 und auf allen Bildungsebenen spätestens bis 2015	3.1 Verhältnis Mädchen / Jungen in der Primar-, Sekundar- und Tertiärstufe des Bildungssystems
	3.2 Anteil der Frauen an den unselbstständigen Erwerbstätigen im nicht-landwirtschaftlichen Sektor
	3.3 Sitzanteil der Frauen im nationalen Parlament
MDG 4: Senkung der Kindersterblichkeit	
<i>Zielvorgaben</i>	<i>Indikatoren</i>
4.A: Zwischen 1990 und 2015 die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel senken	4.1 Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren (pro 1.000 Lebendgeburten)
	4.2 Säuglingssterblichkeitsrate (pro 1.000 Lebendgeburten)
	4.3 Anteil der Einjährigen, die gegen Masern geimpft wurden

MDG 5: Verbesserung der Gesundheit von Müttern	
<i>Zielvorgaben</i>	<i>Indikatoren</i>
5.A: Zwischen 1990 und 2015 die Müttersterblichkeitsrate um drei Viertel senken	5.1 Müttersterblichkeitsrate (Anzahl der Frauen pro 100.000 Lebendgeburten, die während der Schwangerschaft oder Geburt sterben)
	5.2 Anteil der von medizinischem Fachpersonal betreuten Geburten
5.B: Bis 2015 den allgemeinen Zugang zu Leistungen der Reproduktionsmedizin verwirklichen	5.3 Verwendungsrate von Verhütungsmitteln
	5.4 Geburtenrate bei Jugendlichen
	5.5 Zugang zur Schwangerenvorsorge (mindestens ein Besuch und mindestens vier Besuche)
	5.6 Ungedeckter Bedarf an Familienplanungsdiensten
MDG 6: Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten	
<i>Zielvorgaben</i>	<i>Indikatoren</i>
6.A: Bis 2015 die Ausbreitung von HIV/AIDS zum Stillstand bringen und allmählich umkehren	6.1 HIV-Prävalenz bei den 15- bis 24-Jährigen
	6.2 Kondombenutzung beim letzten risikoreichen Geschlechtsverkehr
	6.3 Anteil der 15- bis 24-Jährigen mit umfassendem und richtigem Wissen über HIV/AIDS
	6.4 Verhältnis der Schulbesuchsquote von Waisenkindern zur Schulbesuchsquote von Nichtwaisen im Alter von 10–14 Jahren
6.B: Bis 2010 allgemeinen Zugang zu HIV/AIDS-Behandlung für alle Behandlungsbedürftigen sicherstellen	6.5 Anteil der Bevölkerung mit fortgeschrittener HIV-Infektion, der Zugang zu antiretroviralen Medikamenten hat
6.C: Bis 2015 die Ausbreitung von Malaria und anderen schweren Krankheiten zum Stillstand bringen und allmählich umkehren	6.6 Malariainzidenz und Malariasterblichkeit
	6.7 Anteil der Kinder unter fünf Jahren, die unter imprägnierten Moskitonetzen schlafen
	6.8 Anteil der Kinder unter fünf Jahren mit Fieber, die mit geeigneten Malaria-Medikamenten behandelt werden
	6.9 Tuberkuloseinzidenz, -prävalenz und -sterblichkeit
	6.10 Anteil der diagnostizierten und mit Hilfe der direkt überwachten Kurzzeittherapie geheilten Tuberkulosefälle
MDG 7: Umweltschutz und nachhaltige Nutzung natürlicher Ressourcen	
<i>Zielvorgaben</i>	<i>Indikatoren</i>
7.A: Die Grundsätze der nachhaltigen Entwicklung in einzelstaatliche Politiken und Programme einbauen und den Verlust von Umweltressourcen umkehren	7.1 Anteil der Waldflächen
	7.2 Kohlendioxid-Emissionen insgesamt, pro Einwohner und je einem Dollar BIP (Kaufkraftparität)
	7.3 Verbrauch ozonabbauender Stoffe
	7.4 Anteil der Fischbestände innerhalb sicherer biologischer Grenzen
	7.5 Ant. der genutzten Wasserressourcen an ges. Wasservorkommen
7.B: Den Verlust an biologischer Vielfalt reduzieren, mit einer signifikanten Reduzierung der Verlustrate bis 2010	7.6 Anteil der geschützten Land- und Meeresgebiete
	7.7 Anteil der vom Aussterben bedrohten Arten

MDG 7: Umweltschutz und nachhaltige Nutzung natürlicher Ressourcen	
<i>Zielvorgaben</i>	<i>Indikatoren</i>
7.C: Bis 2015 den Anteil der Menschen um die Hälfte senken, die keinen nachhaltigen Zugang zu einwandfreiem Trinkwasser und grundlegenden sanitären Einrichtungen haben	7.8. Anteil der Bevölkerung, mit Zugang zu verbesserter Trinkwasserversorgung 7.9 Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu verbesserten sanitären Einrichtungen
7.D: Bis 2020 eine erhebliche Verbesserung der Lebensbedingungen von mindestens 100 Millionen Slumbewohnern herbeiführen	7.10 Anteil der in Slums lebenden städtischen Bevölkerung
MDG 8: Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft	
<i>Zielvorgaben</i>	<i>Indikatoren</i>
8. A: Ein offenes, regelgestütztes, berechenbares und nicht diskriminierendes Handels- und Finanzsystem weiterentwickeln. Dies schließt die Verpflichtung zu guter Regierungsführung, die Entwicklung und die Armutsreduzierung – sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene – mit ein. Einige der nachstehend aufgeführten Indikatoren werden für die am wenigsten entwickelten Länder, Afrika, die Binnen- und kleinen Inselentwicklungsländer gesondert überwacht.	<i>Einige der nachstehend aufgeführten Indikatoren werden für die am wenigsten entwickelten Länder, Afrika, die Binnen- und kleinen Inselentwicklungsländer gesondert überwacht.</i>
8 B: Den besonderen Bedürfnissen der am wenigsten entwickelten Ländern Rechnung tragen. Umfasst den zoll- und quotenfreien Zugang für die Exporte der am wenigsten entwickelten Länder, ein verstärktes Schuldenerleichterungsprogramm für die hochverschuldeten armen Länder und die Streichung der bilateralen öffentlichen Schulden sowie die Gewährung großzügigerer öffentlicher Entwicklungshilfe an Länder, die sich für die Armutsminderung einsetzen	Öffentliche Entwicklungszusammenarbeit
	8.1 Öffentliche Entwicklungshilfe, netto (insgesamt und an die am wenigsten entwickelten Länder), in Prozent des Bruttonationaleinkommens der OECD/DAC-Geberländer
	8.2 Anteil der gesamten bilateralen, sektoral zuzuordnenden öffentlichen Entwicklungshilfe der OECD/DAC-Geberländer für soziale Grunddienste (Grundbildung, primäre Gesundheitsversorgung, Ernährung, einwandfreies Wasser und Sanitärversorgung)
	8.3 Anteil der ungebundenen bilateralen öffentlichen Entwicklungshilfe der OECD/DAC-Geberländer
	8.4 Von den Binnenentwicklungsländern erhaltene öffentliche Entwicklungshilfe in Prozent ihres Bruttonationaleinkommens
8.5 Von den kleinen Inselentwicklungsländern erhaltene öffentliche Entwicklungshilfe in Prozent ihres Bruttonationaleinkommens	
8.C: Den besonderen Bedürfnissen der Binnen- und kleinen Insel-Entwicklungsländer Rechnung tragen (durch das Aktionsprogramm für die nachhaltige Entwicklung der kleinen Inselstaaten unter den Entwicklungsländern und die Ergebnisse der 22. Sondertagung der Generalversammlung)	Marktzugang
	8.6 Anteil der zollfreien Einfuhren an den Gesamteinfuhren der entwickelten Länder aus den Entwicklungsländern und den am wenigsten entwickelten Ländern (nach Wert und ohne Rüstungsgüter)
	8.7 Durchschnittliche Höhe der von den entwickelten Ländern erhobenen Zölle auf Agrarprodukte, Textilien und Bekleidung aus den EL
	8.8 Geschätzte Agrarsubventionen in den OECD-Ländern in Prozent des Bruttoinlandsprodukts

MDG 8: Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft	
<i>Zielvorgaben</i>	<i>Indikatoren</i>
	8.9 Anteil der für den Aufbau der Handelskapazitäten gewährten öffentlichen Entwicklungshilfe
8.D: Die Schuldenprobleme der Entwicklungsländer durch Maßnahmen auf nationaler und internationaler Ebene umfassend angehen und so die Schulden langfristig tragbar werden lassen	Schuldentragfähigkeit 8.10 Gesamtzahl der Länder, die ihren Entscheidungspunkt im Rahmen der Initiative für hochverschuldete arme Länder (HIPC) erreicht haben, und Anzahl der Länder, die ihren HIPC-Abschlusspunkt erreicht haben (kumulativ)
	8.11 Im Rahmen der HIPC-Initiative und der Multilateralen Entschuldungsinitiative (MDRI) zugesagte Schuldenerleichterungen
	8.12 Schuldendienst in Prozent der Exporterlöse (Güter und Dienstleistungen)
8.E: In Zusammenarbeit mit den Pharmaunternehmen unentbehrliche Arzneimittel zu bezahlbaren Kosten in den Entwicklungsländern verfügbar machen	8.13 Anteil der Bevölkerung mit dauerhaftem Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln zu bezahlbaren Kosten
8.F: In Zusammenarbeit mit dem Privatsektor dafür sorgen, dass die Vorteile der neuen Technologien, insbesondere der Informations- und Kommunikationstechnologien, genutzt werden können	8.14 Festnetzanschlüsse je 100 Einwohner
	8.15 Mobilfunkteilnehmer je 100 Einwohner
	8.16 Internetnutzer je 100 Einwohner

Die Ursachen für Unterentwicklung und Armut in den Entwicklungsländern sind zwar in erster Linie in den wirtschaftlichen und politischen Faktoren zu suchen, doch werden auch die Mängel im Gesundheits- und Bildungssystem dafür verantwortlich gemacht (vgl. Welfens, 2005, S. 33 f.). Folglich liegen die Herausforderungen der internationalen Politik zu Beginn des 21. Jahrhunderts, die in den Millenniums-Entwicklungszielen beschrieben werden, in der Verbesserung der Gesundheit, der Steigerung der Lebenserwartung, der Senkung der Müttersterblichkeit, der Säuglingssterblichkeit und der Bekämpfung von HIV/AIDS und anderen Krankheiten. So beziehen sich drei der acht Millenniums-Entwicklungsziele auf gesundheitsbezogene Anforderungen und Ziele, welche die Signifikanz dieser Aufgaben verdeutlichen (vgl. Jacobsen, 2008, S. 282). Die Millenniums-Entwicklungsziele werden mit konkreten Unterzielen belegt, die durch eine Vielzahl wirtschaftlicher, sozialer, soziostruktureller, demographischer und politischer Indikatoren erfasst werden. Die in Wechselbeziehung zueinander stehenden Ziele sollen nach den Ausführungen der UN eine Partnerschaft zwischen Industrieländern und Entwicklungsländern repräsentieren, die auf

nationalem und internationalem Level zu Entwicklung führt und die Armut reduziert (vgl. United Nations, 2003c, S. 3–4). Die Indikatoren zur Erfassung der Armut, „die genutzt werden, um die Fortschritte auf dem Weg zur Verwirklichung des Ziels zu messen“, stehen in einem direkten Wirkungszusammenhang mit dem Gesundheitsstand der Bevölkerung (BMZ, 2011b, #Millenniumsziele). So wird das erste Ziel, das die Bekämpfung extremer Armut und Hunger verfolgt, unter anderem durch die Ernährungssituation und das Gewicht der Kinder erfasst (vgl. World Bank, 2001, S. 17). Die Verbesserung der Gesundheit wird als ein bedeutsamer Bestandteil der Armutsbekämpfung betrachtet. Diese Tatsache begründet sich in der Kausalität, nach der gesunde Arbeitskräfte eine höhere Produktivität ermöglichen und dadurch ein höheres BNE erzielen. Gleichzeitig erreichen gut ernährte und gesunde Kinder bessere Ergebnisse in der Schule und können dadurch ihre eigenen Chancen auf ein späteres Leben ohne Armut steigern (vgl. WBGU, 2008, S. 43).

Der *Gesundheitsstand* einer Bevölkerung wird maßgeblich durch die gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele erfasst, die erhebliche Unterschiede im Gesundheitsstand der Bevölkerung von Entwicklungs- und Industrieländern reflektieren. Hierzu gehören neben der Senkung der Kindersterblichkeit und der Verbesserung der Gesundheit der Mütter die Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten (vgl. World Bank, 2008, S. 35).³⁵ Das sechste Millenniums-Entwicklungsziel, das die HIV/AIDS-Bekämpfung mittels spezifischer gesundheitsbezogener Indikatoren erfasst, wird in der vorliegenden Arbeit beleuchtet. Wenngleich einige Länder Fortschritte in der Bekämpfung von HIV/AIDS und anderen Krankheiten gemacht haben, werden viele Länder insbesondere in Afrika südlich der Sahara das Ziel nicht erreichen oder sind weit davon entfernt (vgl. WHO, 2008, S. 3). Die Gründe hierfür sind vielfältig. UNAIDS (2008) weist darauf hin, dass ein mangelnder Zugang zu Prävention, Versorgung und Behandlung von Krankheiten wie HIV/AIDS die Bekämpfung und die Zielerreichung verhindert (UNAIDS, 2008, S. 27). So deuten zum Beispiel Daten der Weltgesundheitsorganisation (2008) auf eine erheblich ge-

³⁵ Ferner wird der Gesundheitsstand einer Bevölkerung durch Umweltfaktoren und durch die gesellschaftlichen Lebensverhältnissen der Menschen beeinflusst (vgl. World Bank, 2008, S. 35)

ringere Nutzung von Verhütungsmitteln (vorwiegend Kondomen) in Afrika südlich der Sahara als in anderen Regionen der Welt hin (vgl. WHO, 2008, S. 3).³⁶

Die WHO (2008) betont die gesundheitlichen Herausforderungen, die sich aufgrund der *Globalisierung, Urbanisierung* und des *Älterwerdens der Bevölkerungen* ergeben haben. Demzufolge müssen die Gesundheitssysteme in der Lage sein, auf die sozialen, demographischen und epidemiologischen Transformationen reagieren zu können (vgl. WHO, 2008, S. 1). Des Weiteren führt die WHO aus, dass die Migration in die Städte und die damit einhergehende *Urbanisierung* hohe Ansprüche an die Versorgung der Menschen mit sauberem Wasser und sanitären Anlagen stellen. Während im Jahr 1978 noch ungefähr 38 Prozent der Weltbevölkerung in Städten gelebt haben, ist dieser Anteil bis zum Jahr 2008 auf mehr als 50 Prozent gestiegen. Dies entspricht einer Anzahl von über drei Milliarden Menschen. Problematisch ist, dass davon ein Drittel in den Slums am Rande der Städte leben, in denen sie keine dauerhaften Häuser oder Wohnsitze haben und die hygienischen Bedingungen schlecht sind. Ebenfalls sind die Gesundheitssysteme nicht auf die wachsende Anzahl an Migranten vorbereitet, die häufig fremde Sprachen sprechen und eigene kulturelle Hintergründe mitbringen (vgl. WHO, 2008, S. 7).

Die Gründe für den *mangelnden Zugang zur gesundheitlichen Versorgung* sieht die WHO in vielen Ländern zum einen in der Unfähigkeit, die benötigten Ressourcen und Institutionen zu mobilisieren, um eine medizinische Grundversorgung zu erreichen. Zum anderen können die gesellschaftlichen Kräfte nicht so gesteuert werden, dass ein öffentliches Gesundheitssystem flächendeckend aufgebaut werden kann. Beispielsweise wird häufig in kommerzielle Versorgungsnetze investiert, die nicht für jeden zugänglich sind. Demgegenüber fordert die WHO ein gerechtes Gesundheitssystem, das die Rolle der Gemeinschaft in die Gesundheitsmaßnahmen einbezieht

³⁶ Die Daten der Weltgesundheitsorganisation gehen von einer Prävalenz von Verhütungsmitteln in Afrika südlich der Sahara von 21 Prozent und in anderen Regionen von 61 Prozent aus, weil zum Beispiel der Kondomgebrauch in anderen Regionen in den letzten dreißig Jahren deutlich angestiegen ist (vgl. WHO, 2008, S. 3).

und die Krankheitslasten gerecht verteilt (vgl. WHO, 2008, S. 2).³⁷ Demzufolge gibt es sowohl in den *Krankheitsprofilen* als auch in den *Sterblichkeitsraten*³⁸ charakteristische Unterschiede zwischen Entwicklungsländern und Industrieländern. Länder mit einem geringen Einkommen weisen eine hohe Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit auf (World Bank, 2008, S. 35). Unter anderem ist auch der eingangs erwähnte Anstieg der absoluten Anzahl der hungernden Menschen ein Grund für die unterschiedlichen Krankheitsprofile und Sterblichkeitsmuster zwischen Industrie- und Entwicklungsländern.³⁹ Denn dauerhafte *Ernährungsunsicherheit* ist eine Krankheits- und Todesursache in vielen Entwicklungsländern. Die Folgen einer Mangelernährung, die mit einer unzureichenden Versorgung mit lebenswichtigen Nährstoffen wie Mineralstoffen und Spurenelementen einhergeht, begünstigt die Vulnerabilität für Infektionskrankheiten und Parasiten (vgl. GLS, 2009, S. 3). Die häufigsten Krankheiten der armen Menschen in Afrika südlich der Sahara sind somit Infektionskrankheiten, Durchfall, Masern, Unterernährung und Komplikationen bei der Geburt (vgl. WBGU, 2008, S. 43).

2.2 HIV/AIDS

In vielen Entwicklungsländern und besonders in fragilen Staaten⁴⁰ wirkt HIV/AIDS der gestiegenen Lebenserwartung entgegen, die auch trotz geringer Investitionen in den

³⁷ Diese Prinzipien wurden in der Deklaration der Konferenz der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1978 in Alma Ata festgeschrieben und gelten als Grundlage für moderne Gesellschaft (vgl. WHO, 2008, S. 2).

³⁸ Die Sterblichkeit wird als Mortalität bezeichnet (vgl. WHO, 2009, S. 35). Die Sterblichkeit gibt jedoch keine Auskunft über die Lebensjahre, die in Beeinträchtigung durch eine Krankheit oder Behinderung verbracht und als Morbidität bezeichnet werden (vgl. WHO, 2009, S. 35). Die Jahre der Morbidität können durch eine verbesserte medizinische Versorgung verlängert und ihr Eintritt hinausgezögert werden (vgl. Currie et al., 2004, S. 210).

³⁹ Die absolute Anzahl der hungernden Menschen ist gestiegen, wenngleich der prozentuale Bevölkerungsanteil der unterernährten Menschen in vielen Ländern der Welt zwischen den Jahren 1990 und 2007 gesunken ist (vgl. WBGU, 2008, S. 43).

⁴⁰ Fragile Staaten werden anhand der LICUS-Kriterien klassifiziert, die für „Low-Income Countries under stress“ stehen. Auch andere Staaten teilten die Merkmale fragiler Staaten in den vergangenen 30 Jahren, obgleich es diese Kriterien noch nicht gab und diese daher nicht explizit als diese bezeichnet wurden. Ungefähr zehn Prozent der Weltbevölkerung lebt in fragilen Staaten. Sie gleichen sich in

Gesundheitssektor in einigen Ländern erreicht werden konnte. Zwei Drittel aller weltweiten fragilen Staaten liegen in Afrika südlich der Sahara. Sie werden aufgrund politischer Instabilitäten häufig von Krisen und Konflikten heimgesucht (vgl. WHO, 2008, S. 5). Neben wirtschaftlichen Faktoren sind die geringen Bildungschancen von Mädchen und Frauen ursächlich für die überproportionale Betroffenheit fragiler Staaten durch HIV/AIDS. In diesen Situationen verfügen Mädchen und Frauen mit einer geringen formalen Bildung über weniger Ressourcen, die sie zum Beispiel sexueller Gewalt entgegensetzen können, die in Kriegsgebieten ein weitverbreitetes Problem ist (vgl. WHO, 2008, S. 6).

So zählen im Allgemeinen primär die ärmsten und schwächsten Menschen sowie der weibliche Anteil der Bevölkerung zu den am stärksten von HIV/AIDS betroffenen Bevölkerungsgruppen. In den letzten Jahrzehnten ist die Anzahl der mit HIV-infizierten Menschen in manchen Regionen so stark gewachsen, dass ein weltweites Bewusstsein entstanden ist, die Krankheit bekämpfen zu müssen. Für diese Aufgabe haben die UN und die WHO spezielle Institutionen gegründet, die sich mit der Bekämpfung der globalen HIV/AIDS-Epidemie sowie mit der Verbesserung des Umgangs mit den Krankheitsfolgen befassen. Sie sehen in der Krankheit eine globale Epidemie, die sich auch in den kommenden Jahren weiter ausbreiten wird (vgl. Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 29). Wenngleich das HIV/AIDS-Problem in Afrika südlich der Sahara am größten ist, sind auch in anderen Regionen hohe Prävalenzen zu verzeichnen (vgl. Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 38).

ihrer Kombination aus Stagnation des wirtschaftlichen Wachstums, politischer Instabilität und fehlender Steigerung der Lebenserwartung (vgl. WHO, 2008, S. 5).

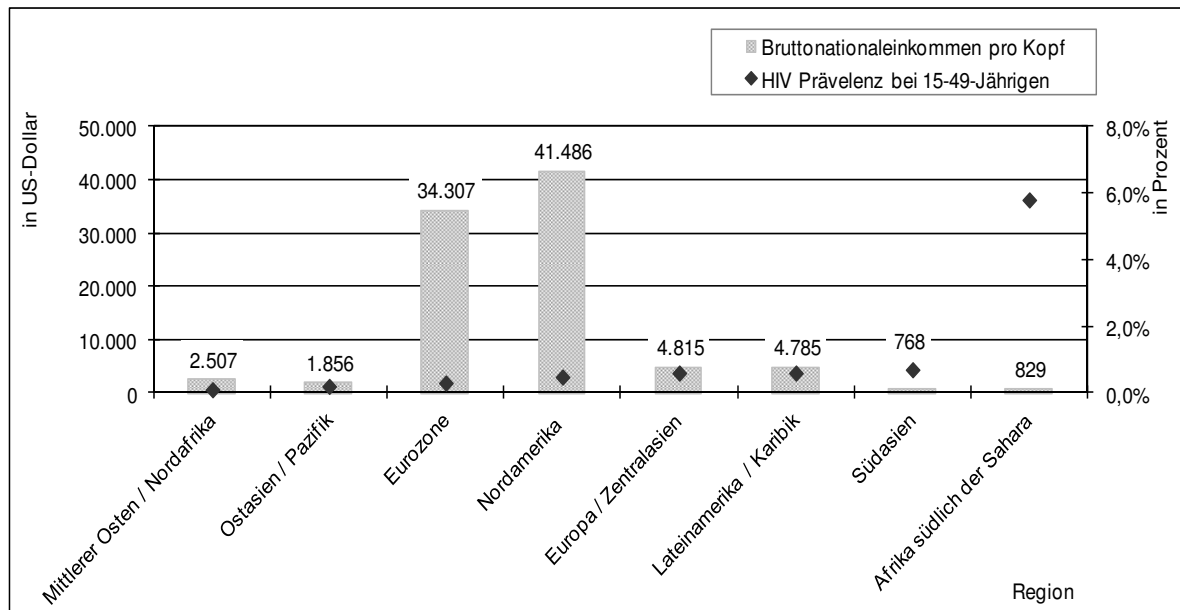


Abbildung 3: Zusammenhang von Armut gemessen am Bruttonationaleinkommen pro Einwohner im Jahr 2006 und der HIV/AIDS-Prävalenz bei der Bevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren im Jahr 2006 nach geographischen Gruppierungen (eigene Darstellung aufgrund der Daten der World Bank, 2008).

Ähnlich der Betrachtung des Zusammenhangs des Einkommens und des Gesundheitsindikators der Sterblichkeit wird auch HIV/AIDS mit dem BNE pro Einwohner in Verbindung gebracht. Ein niedriges Einkommen korreliert jedoch primär nur in Afrika südlich der Sahara mit einer hohen HIV-Prävalenz. Der Korrelationskoeffizient der beiden Merkmale steht in

einem schwachen negativen Zusammenhang ($r = -0,26$).⁴¹ Daraus kann schlussgefolgert werden, dass die Annahme verschiedener Autoren und Organisationen, HIV/AIDS sei eine Armutskrankheit⁴², nicht für alle Regionen der Welt zutrifft (vgl.

⁴¹ Ein negativer Korrelationskoeffizient drückt aus, dass je mehr die Merkmale einer Variablen steigen, die Merkmale einer anderen Variablen desto weniger auftreten. Eine Korrelation beweist aber keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen, sondern zeigt nur, dass sie korrelieren.

⁴² HIV/AIDS wird in verschiedenen Publikationen internationaler Organisationen und Nichtregierungsorganisationen als „Armutskrankheit“ bezeichnet (zum Beispiel Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 29).

Bosmans, 2006, S. 3). Wenngleich es eine enge Beziehung zwischen Armut und einer erhöhten Anfälligkeit für die Krankheit gibt, verfügen einige Regionen (Mittlerer Osten und Nordafrika, Ostasien und Pazifik) mit einem niedrigen BNE, wie in Abbildung 3 zu erkennen ist, ebenfalls über eine niedrige HIV-Prävalenz (vgl. Abbildung 3).

Dennoch tragen die am wenigsten entwickelten Länder (LCD) und Länder mit einem unteren Einkommen aufgrund schlechterer Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten eine größere Krankheitslast durch HIV/AIDS. Demgegenüber können entsprechende Medikamente und spezifische Therapien in Ländern mit hohem Einkommen lebensverlängernd wirken und eine akute, infektiöse Krankheit in eine fast chronische Krankheit umwandeln (vgl. Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 30). Die tansanische AIDS-Kommission (TACAIDS) (2004) weist darüber hinaus darauf hin, dass in Ländern mit einem *mangelnden Zugang zur gesundheitlichen Versorgung* die Ausbreitungsdynamik von HIV/AIDS durch das Vorkommen weiterer sexuell übertragbarer Geschlechtskrankheiten⁴³ negativ beeinflusst wird, weil sie die Übertragbarkeit des HI-Virus begünstigen (vgl. TACAIDS, 2004, #Determinants of the Epidemic).

Hier stellt sich aber auch die Frage nach der individuellen Nutzererwartung hinsichtlich der HIV-Prävention, wenn die Lebenserwartung in manchen Entwicklungsländern sehr gering ist. Zudem sind eher die akute Armut und der Hunger die vorrangigen Probleme. Die Lebenserwartung liegt in den ärmsten Entwicklungsländern in Afrika südlich der Sahara bei 51 Jahren und damit deutlich niedriger als die Lebenserwartung von Menschen in den hochentwickelten Industrieländern, die bei 78 Jahren liegt (vgl. World Bank, 2008, S. 121). Die Lebenserwartung ist nach einer Steigerung in den 1990er Jahren in den von HIV/AIDS betroffenen Ländern wieder rückläufig (vgl. BMZ, 2007a, S. 6). Mit der steigenden Anzahl der HIV-infizierten Menschen von zweieinhalb Millionen Menschen im Jahr 1985 auf 33 Millionen im Jahr 2007 ist die

⁴³ Sexuell übertragbare Geschlechtskrankheiten werden als Sexually Transmitted Infections oder Diseases, abgekürzt als STI oder STD, bezeichnet.

HIV/AIDS-Epidemie eine internationale Herausforderung mit globalen Auswirkungen geworden (vgl. UNAIDS, 2008, S. 30; Bpb, 2009).

2.2.1 Krankheitsbild

Das „Acquired Immune Deficiency Syndrome“ (AIDS) oder auch „Acquired Immundeficiency Syndrome“ (erworbenes Immundefektsyndrom) bezeichnet die spezifische Kombination von Symptomen im Endstadium einer Infektion mit dem „Humanen Immundefizienzvirus“ (HI-Virus, HIV) (Fleckenstein, 2003, S. 3).

Das HI-Virus führt zu einer Infektion einer bestimmten Helferzellart. Der Prozess des Absterbens dieser Zellen beginnt in einem frühen Stadium der Erkrankung, wobei die Immunkompetenz verloren geht. Die HI-Viren greifen das Immunsystem an und zerstören es schließlich so weit, dass der Körper gegen den verbreiteten Erreger nicht mehr ankämpfen kann. Je mehr die Erkrankung voranschreitet, desto mehr versucht das Immunsystem die Erreger zu bekämpfen und wird dadurch immer stärker beansprucht (vgl. Darai, Handermann, Sonntag, Tidona & Zöller, 2009, S. 404).

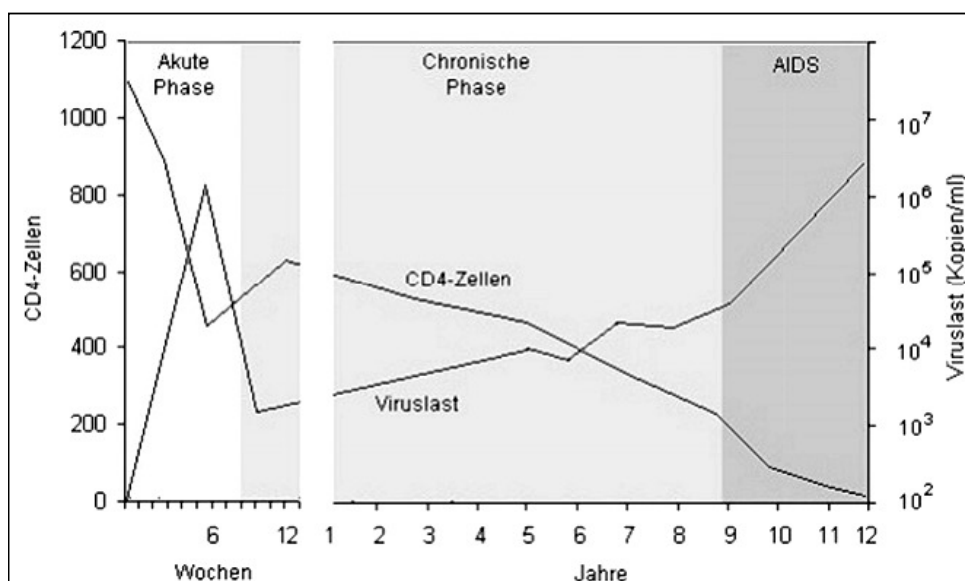


Abbildung 4: Der natürliche Verlauf der HIV-Infektion (vgl. Hoffmann & Rockstroh, S. 7).

Das Fortschreiten der Krankheit variiert zwischen etwa fünf Prozent HIV-Infizierten, die eine AIDS Erkrankung innerhalb von zwei Jahren entwickeln, und zwei Prozent der HIV-Infizierten, die nach 15 Jahren noch keine Immundefizienz zeigen. Für unterschiedliche Infektionsverläufe sind vielfältige Ursachen von Bedeutung, die unter

anderem durch unterschiedliche genetische Dispositionen der Menschen bedingt sein können. Die Inkubationszeit beträgt je nach Virusart etwa acht bis 20 Jahre (vgl. Darai et al., 2009, S. 405).

Der Verlauf der HIV-Infektion ohne den Einsatz einer antiretrovirale Therapie wird in drei Stadien eingeteilt, die nach der Klassifikation des Centers for Disease Control and Prevention (CDC-Klassifikation) erfolgt (Siehe hierzu Hoffmann & Rockstroh, 2010, S. 10). Für ein grundlegendes Verständnis des Krankheitsbildes werden im Folgenden kurz die drei wesentlichen Phasen des Verlaufs der HIV-Infektion skizziert.⁴⁴ Kurze Zeit nach der Erstinfektion zeigt sich bei einigen Patienten ein akutes retrovirales Syndrom, das kaum länger als vier Wochen andauert. Dabei treten grippeähnliche Symptome und Lymphknotenschwellungen auf, weil sich das HI-Virus in der akuten Phase im lymphatischen Gewebe ausbreitet. Der Betroffene ist zwar noch seronegativ, kann das Virus aber schon sehr effektiv an andere Personen übertragen. Aufgrund der unspezifischen Symptome wird eine HIV-Diagnose kaum ohne einen konkreten Verdacht gestellt.

Das danach folgende Latenz- oder asymptomatische Stadium dauert meist sechs bis acht Jahre. Es findet in dieser Zeit zwar eine effektive Virusvermehrung statt, die Betroffenen sind jedoch weitgehend symptomfrei. Die HIV-Infektion kann dabei durch einen Antikörpernachweis durch die Bestimmung der viralen Ribonukleinsäure (RNA) im Blutplasma nachgewiesen werden. Nach der CDC-Klassifikation wird dieses Stadium der klinischen Kategorie zugeordnet, die mit bestimmten auf die HIV-Infektion zurückzuführenden Erkrankungen einhergeht. Wenngleich diese noch nicht Aids-Definierende sind, weisen sie aber auf eine Störung der zellulären HIV-Immunabwehr hin.

Im nächsten Stadium treten dann AIDS-definierende Erkrankungen auf, die sich im Median acht bis zehn Jahre nach der Erstinfektion zeigen. Ohne eine hochaktive antiretrovirale Therapie führen diese nach individuell unterschiedlich langer Zeit zum Tod. Die Symptome sind unter anderem leichtes Fieber, chronische Müdigkeit, Schwäche, Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, Durchfall und kleinere Infektionen. Ty-

⁴⁴ Andere Autoren teilen den Krankheitsverlauf in vier Phasen (vgl. Darai et al., 2009, S. 405).

pisch sind auch Lymphknotenschwellungen am Hals, am Unterkiefer, in den Leisten und Achselhöhlen. Es treten ähnliche Beschwerden wie in der akuten Phase auf, die nun aber irreversibel sind. Jetzt hat sich das Krankheitsbild AIDS vollständig herausgebildet und ist durch eine stark herabgesetzte, zelluläre Immunität charakterisiert (vgl. Rockstroh, 2010, S. 7–10; Darai et al., 2009, S. 405). Eine Heilung ist nun nicht mehr möglich, da die HI-Viren nicht vollständig aus dem Körper entfernt werden können und der Organismus den Erregern hilflos ausgesetzt ist. Die Krankheitsbilder sind häufig von enormer Vielfalt geprägt und die betroffenen Personen sterben an opportunistischen Infektionen oder bestimmten tödlichen Tumoren, die unter Umständen für ein normal funktionierendes Immunsystem harmlos verlaufen könnten (vgl. Fleckenstein, 2003, S. 3; Darai et al., 2009, S. 405).

Die Geschwindigkeit und der Verlauf des Absinkens der zunächst immer ansteigenden HI-Viruslast sind entscheidend für die Krankheitsprogression. Denn kurz nach der Primärinfektion erreicht die HI-Viruslast zunächst einen hohen Wert und sinkt wieder ab. Danach verläuft die Krankheit umso langsamer, desto niedriger die Virenlast nach dem ersten akuten Anstieg wieder gesunken ist und somit ein entsprechend langsamerer Abfall der CD4-Zellen zu verzeichnen ist. Somit ist die Geschwindigkeit des Abfalls der CD4-Zellen entscheidend für den Krankheitsverlauf. Ebenfalls ist auch das Alter des Patienten ein wichtiger Faktor, wann die AIDS-definierenden Symptome eintreten. Gleichzeitig hängt der empfohlene Therapiebeginn von der Höhe der Virenlast ab (vgl. Rockstroh, 2010, S. 7–10; Darai et al., 2009, S. 405).

Der Haupterreger von AIDS ist das HI-1-Virus. Erstmals wurde im Jahr 1981 in den USA im Morbidity and Mortality Weekly Report des Centers for Disease Control and Prevention über HIV/AIDS berichtet (Bpb, 2009, #Global Health Governance). Im Jahr 1985 wurde die erste Nachweis- und Diagnosemöglichkeit durch einen HIV-Antikörpertest entdeckt. Zudem gab es die erste internationale Konferenz der UN und der WHO, um Maßnahmen gegen HIV/AIDS zu entwickeln (Bpb, 2009, #Global Health Governance). Das HI-Virus ist ursprünglich auf ein einziges Übertragungsergebnis im Jahr 1940 zurückzuführen, bei dem ein mit dem Virus infizierter Schimpanse dieses auf den Menschen übertragen hat (vgl. Fleckenstein, 2003, S. 7).

Tabelle 5: Infektionswahrscheinlichkeit für die HIV-Übertragung bei ungeschützten Sexualkontakten (in Anlehnung an Rockstroh, 2010, S. 666).

Art des (ungeschützten) Kontaktes	Infektionswahrscheinlichkeit je Kontakt [in %]
Analverkehr mit bekannt HIV-positivem Partner	0,82
Analverkehr mit Partner von unbekanntem HIV-Serostatus	0,27
Vaginalverkehr	0,05 - 0,15
Oraler Sex	Unbekannt ⁴⁵

Grundsätzlich ist HIV relativ schwer übertragbar und liegt mit einer *Transmissionswahrscheinlichkeit* von 1:1.000 bis 1:100.⁴⁶ Die Infektiosität von Hepatitis B ist etwas 100 Mal höher. Daher kann das durchschnittliche Transmissionsrisiko pro Kontakt im Allgemeinen mit weniger als einem Prozent bewertet werden (vgl. Rockstroh, 2010, S. 665). Der häufigste Übertragungsweg der HIV-Infektion ist mit mehr als 80 Prozent der sexuelle Kontakt. Folglich wird HIV durch:

- i. ungeschützten sexuellen Kontakt mit einem infiziertem Partner, besonders wenn eine nachweisbare HI-Viruslast vorliegt,
- ii. gemeinsamen Gebrauch von Spritzenutensilien von meist Drogenabhängigen,
- iii. im Rahmen der Übertragung von der HIV-infizierten Mutter auf das Neugeborene vor, während oder nach der Geburt oder durch das Stillen übertragen (vgl. Rockstroh, 2010, S. 4).

Alle anderen beschriebenen Übertragungswege von HIV-Infektionen können als Einzelfälle betrachtet werden. Hierzu gehört die Übertragung durch Transfusionen von Blut oder Blutprodukten, die in den Ländern vorkommen, in denen Blutspenden nicht

⁴⁵ Hierzu wurden Einzelfälle beschrieben, bei denen insbesondere bei Aufnahme von Sperma in den Mund das HI-Virus übertragen wurde (vgl. Rockstroh, 2010, S. 666).

⁴⁶ Die Angaben der HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit variieren in der Literatur. Kinder und Dimpfl (2001) geben eine Wahrscheinlichkeit beim heterosexuellen Verkehr an, die im Mittel bei 1:200 liegt und von 1:1 bis zu 1:2.000 reichen kann. Das Risiko für Frauen, das HI-Virus eines infizierten Mannes zu bekommen, ist etwas höher als umgekehrt. Zudem steigt das Risiko der HIV-Übertragung mit der Menge und der Verweildauer der Virusmenge im sexuellen Geschlechtspartner (vgl. Kindermann & Dimpfl, 2001, S. 181).

regelmäßig auf HIV untersucht werden (vgl. Rockstroh, 2010, S. 4). Ferner gibt es weitere Übertragungen des HI-Virus, die durch Stichverletzungen mit verseuchtem Material, durch Transplantationen oder durch Therapien mit Blutprodukten vereinzelt auftreten (vgl. Darai et al., 2009, S. 407). Die sexuelle Übertragung erfolgt über den direkten Kontakt mit infizierten Körpersekreten. Die höchste Viruskonzentration ist im Blut und in der Samenflüssigkeit zu finden (vgl. Rockstroh, 2010, S. 4). Die Abhängigkeit des Transmissionsrisikos von der vorliegenden Virusmenge hat Konsequenzen auf die HIV/AIDS-Ausbreitungsdynamik. Denn dort, wo Körperflüssigkeiten wie Blut und Sperma innerhalb von Tagen und Wochen mit vielen Personen ausgetauscht werden, ist das Risiko erhöht, mit Menschen in Kontakt zu kommen, die sich erst kürzlich mit HIV infiziert haben. Ebenso ist auch die Wahrscheinlichkeit innerhalb der ersten Wochen nach der eigenen HIV-Neuinfektion erhöht, andere Menschen zu infizieren, bevor sich Antikörper bilden. Ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht danach wieder in dem Stadium, in dem die Krankheit ohne Kenntnis der Diagnose fortschreitet. Denn kurz vor dem Ausbruch von AIDS ist erneut eine hohe Virenlast zu verzeichnen. Das Transmissionsrisiko für eine HIV-Infektion nimmt zu, wenn bereits andere Geschlechtskrankheiten und Entzündungen vorliegen, die physiologische Haut- und Schleimhautbarrieren für Infektionen öffnen. Ein Faktor dafür ist zum Beispiel die Verbreitung von genitalen Herpesinfektionen. Dies gilt auch für sexuelle Praktiken, die zu Verletzungen führen können (vgl. Rockstroh, 2010, S. 5; sowie Kapitel 2.3.6).

2.2.2 Risikogruppen

In Afrika südlich der Sahara wird das HI-Virus primär über den heterosexuellen Geschlechtskontakt übertragen. Folglich zählen zu den Risikogruppen die Menschen, die sich über diesen HIV-Transmissionsweg infizieren können. Wenngleich in vielen afrikanischen Entwicklungsländern eine allgemein hohe Vulnerabilität für HIV/AIDS in der Bevölkerung festzustellen ist, sind ferner auch bestimmte Berufsgruppen betroffen. So sind zum Beispiel Wanderarbeiter, die vorwiegend im Bergbau beschäftigt sind, Truckfahrer im Transportwesen und Menschen, die als Tagelöhner in der Landwirtschaft arbeiten, einem erhöhten Risiko für eine HIV-Infektion ausgesetzt (vgl.

Darai et al., 2009, S. 404).⁴⁷ Menschen in diesen Bereichen sind im hohen Maße mobil, wechseln häufig ihren Arbeitsort und auch ihre Sexualpartner, weil sie ihre sexuellen Bedürfnisse befriedigen möchten oder sexuelle Dienstleistungen aus wirtschaftlichen Zwängen anbieten (vgl. TACAIDS, 2004, #Determinants of the Epidemic). Des Weiteren kommen weltweit Männer, die gleichgeschlechtlichen sexuellen Kontakt beziehungsweise Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), der intravenöse Drogenkonsum mit verunreinigten Spritzen, Männer, die im Sexmilieu arbeiten, im Allgemeinen Menschen, die häufig ungeschützten Geschlechtsverkehr haben, Prostituierte, Personen mit häufigem Partnerwechsel und Sextouristen als HIV-Transmissionsweg in Betracht (vgl. WHO, 2002, S. 1). Die tansanische Kommission für AIDS (Tanzania Commission for AIDS, TACAIDS) (2004) betont darüber hinaus, dass in Tansania auch die ärmsten Bevölkerungsanteile besonders anfällig für eine HIV-Infektion sind.⁴⁸ Zu dieser Gruppe gehören Analphabeten und arbeitslose Menschen, die durch den Geschlechtsverkehr ihren finanziellen Unterhalt zum Überleben erwirtschaften. Ebenfalls haben Frauen in den ärmsten Bevölkerungsteilen eine höhere Wahrscheinlichkeit als Männer, sich mit HIV/AIDS zu infizieren und daran zu erkranken. Sie haben im Vergleich zu Männern weniger Alternativen, ihr Überleben durch einkommenschaffende Maßnahmen zu sichern (vgl. TACAIDS, 2004, #Population groups most affected).

Zur Verdeutlichung wie vielfältig die Faktoren sind, die eine HIV/AIDS-Ausbreitung begünstigen können, lässt sich ein Beispiel der WHO (2002) anführen. Demnach geht HIV/AIDS in osteuropäischen Ländern mit dem Zerfall des sowjetischen Blocks und der daraus entstandenen Massenarbeitslosigkeit sowie wirtschaftlicher Unsicherheit einher. Mit dem Verschwinden der gesellschaftlichen Kontrolle fehlte Jugendlichen die Orientierung an Werten und Normen. So hatte sich die HIV/AIDS-Epidemie in erster Linie unter Jugendlichen verbreitet, die intravenös Drogen konsumierten.

⁴⁷ In Tansania wurde in einigen ländlichen Regionen bei Bauern und Plantagenarbeitern eine HIV-Prävalenz von über 30 Prozent festgestellt (vgl. TACAIDS, 2004, #Determinants of the Epidemic).

⁴⁸ Dies gilt sicherlich auch für andere afrikanische Länder, allerdings wird hierbei nicht näher darauf eingegangen, da der Fokus auf dem Beispiel Tansania liegt. Wann immer möglich, werden die Ergebnisse so spezifisch wie möglich dargestellt.

mierten, sich mit HIV infizierten und diese an ihre Sexualpartner weitergaben (vgl. WHO, 2002, S. 1).

Kalipeni et al. (2004) zeigen, wie sich die Art der beruflichen Beschäftigung auf die HIV-Ausbreitungsdynamik auswirken kann. Demzufolge sind Arbeitsplatzsituation und die Geschlechterbeziehungen wichtige Faktoren, die das HIV-Übertragungsrisiko erhöhen können (Kalipeni et al., 2004, S. 90). Die Autoren differenzieren in ihrer Risikobestimmung zum einen die Gruppe, in der das HIV-Infektionsrisiko inhärent ist. Hierzu zählt primär der medizinische Sektor. Die betroffenen Menschen sind Ärzte und Pflegepersonal in Krankenhäusern, weil sie an ihrem Arbeitsplatz direkten Kontakt mit Blut und Bluttransfusionen haben. Ebenso werden dazu auch Menschen, die im sexuellen Milieu arbeiten, Anbieter sexueller Dienstleistungen und Prostituierte gerechnet. Zum anderen gibt es die Berufsgruppen, bei denen die HIV-Infektions-Wahrscheinlichkeit erhöht ist. Hierzu gehören Menschen, die bei Unfällen oder gefährlichen Situationen in Kontakt mit Blut kommen, weil sie zum Beispiel beim Militär, im Service oder bei der Polizei arbeiten (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 96).

Darüber hinaus tragen strukturelle Rahmenbedingungen wie sexuelle Belästigung, Körperverletzung und die Nichteinhaltung der Hygienevorschriften dazu bei, dass Frauen einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko am Arbeitsplatz ausgesetzt sind (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 96). Weinreich und Benn (2003) weisen in diesem Zusammenhang auch auf die häufig diskriminierenden Situationen und Voraussetzungen am Arbeitsplatz hin. So kann das HIV-Übertragungsrisiko am Arbeitsplatz nach Meinung der Autoren schon durch die Reduzierung der Diskriminierung und Stigmatisierung von HIV-infizierten Menschen verringert werden. Sie fordern daher, dass HIV/AIDS wie jede andere Erkrankung behandelt werden sollte und daher auch keine HIV-Tests als Einstellungs- oder Weiterbeschäftigungsvoraussetzung verlangt werden dürfen. Darin sehen Weinreich und Benn (2003) auch erste Schritte einer HIV/AIDS-Präventionsstrategie am Arbeitsplatz (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 68).

2.2.3 Weltweite HIV/AIDS-Prävalenz

Tabelle 6: Übersicht der Eckdaten für Afrika südlich der Sahara, Tansania und Deutschland im Jahr 2007 (eigene Darstellung auf Grundlage der Daten von UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4; UNAIDS & WHO, 2008b, S. 3; NACP, 2006, S. 1; CIA, 2011a, #tanzania_people; CIA, 2010b, #germany_people; Grobecker & Krack-Roberg, 2010, S. 319; World Bank, 2008, S. 16 ff.; UN, 2009; World Gazetteer, 2010).

Merkmal	Afrika südlich der Sahara	Tansania	Deutschland
Gesamtbevölkerung	782 Mio.	40,45 Mio.	82,5 Mio.
Verhältnis der Geschlechter	Ungefähr ausgewogen	<i>Ungefähr ausgewogen</i>	Ungefähr ausgewogen
Regierungshauptstadt	Keine Angaben	<i>Dodoma</i>	Berlin
Einwohnerstärkste Stadt	Lagos in Nigeria: 9,2 Mio.	<i>Dar es Salam: 2,7 Mio.</i>	Berlin: 3,4 Mio.
Bevölkerungsstruktur [in Prozent]⁴⁹			
0-14 Jahre	42,3 %	44,7 %	13,4 %
15-24 Jahre	20,3 %	19,8 %	11,2 %
15-64 Jahre	54,5 %	52,1 %	66,2 %
65+ Jahre	3,1 %	3,1 %	20,5 %
80+ Jahre	0,4 %	0,4 %	5,1 %
Bevölkerungsstruktur [in Millionen]			
0-14 Jahre	365 Mio.	20 Mio.	11 Mio.
15-24 Jahre	175 Mio.	8,9 Mio.	9 Mio.
15-64 Jahre	470 Mio.	23 Mio.	54 Mio.
65+ Jahre	27 Mio.	1,4 Mio.	16 Mio.
80+ Jahre	3 Mio.	0,2 Mio.	4 Mio.
Medianalter	18,2 Jahre	18,3 Jahre	44,3 Jahre
Anteil Frauen im Alter von 15 - 49 Jahren			
	47,4 %.	45,5 %	44,7 %
	205 Mio.	10,2 Mio.	18,6 Mio.
Bevölkerungswachstum 2005-2010	2,4 %	1,8 %	-0,061%
Bevölkerungsverteilung			

⁴⁹ Da die Daten aus unterschiedlichen Quellen stammen, die unterschiedliche Altersspannen verwenden, werden nur ungefähre Werte angegeben. Die Zahlen beruhen auf Schätzungen der Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat des Jahres 2010 (vgl. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2009, #World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database).

Merkmal	Afrika südlich der Sahara	Tansania	Deutschland
Stadt	36 %	25 %	75%
Land	64 %	75 %	25 %
Lebenserwartung bei Geburt⁵⁰			
Frauen	53 Jahre	54 Jahre	82,5 Jahre
Männer	50 Jahre	51 Jahre	76,4 Jahre
Müttersterblichkeit bei Geburt ⁵¹	0,9 %	0,95 %	0,004 %
Kindersterblichkeit	8,9 %	7,4 %	0,4 %
Geburtenrate	5,1 Ø pro Frau	5,3 Ø pro Frau	1,4 Ø pro Frau
BNE pro Kopf	829 USD	980 USD	32.680 USD
Gesundheitsausgaben pro Kopf	49 USD	40 USD	3.250 USD
Bevölkerungsanteil unter der nationalen Armutsgrenze ⁵²	Keine Angaben	36 %	11 %

Die Unabhängige Republik Tansania wurde im Jahr 1964 gegründet. Sie ging aus der seit 1961 unabhängigen Republik Tanganyika und dem Inselstaat Sansibar hervor. Tansania zählt zu den Hochprävalenz-Ländern. Das bedeutet, dass in Tansania über drei Prozent der Bevölkerung mit HIV/AIDS leben (vgl. UNAIDS, 2008, S. 34). Tansania ist in 26 Regionen unterteilt, von denen sich 21 auf dem Festland befinden und fünf Regionen durch Inseln gebildet werden. Tansania ist flächenmäßig mit über

⁵⁰ Da die Daten der Gesamtbevölkerung und der Bevölkerungsstruktur aus unterschiedlichen Quellen stammen, die unterschiedliche Altersspannen verwenden, werden nur ungefähre Werte angegeben. Die Zahlen beruhen auf Schätzungen der Central Intelligence Agency im Jahr 2010 (vgl. CIA, 2010, #tanzania_people; CIA, 2010, #tgermany_people;).

⁵¹ Die Sterblichkeitsrate wird berechnet aus der Anzahl der Mütter, die pro 100.000 Neugeborene bei der Geburt sterben. Die Anzahl gebärender Mütter, die bei der Geburt sterben, wird durch die Anzahl 100.000 Neugeborene geteilt (vgl. UNAIDS & WHO, 2008, S. 3).

⁵² Der Anteil der Bevölkerung, der innerhalb der nationalen Armutsgrenze lebt, wird von Land zu Land unterschiedlich berechnet und richtet sich nach dem nationalen Wohlstandsstandard. Reichere Länder setzen großzügigere Maßstäbe zur Berechnung der Armutsgrenze als arme Länder an. Die Weltbank legt die Armutsgrenze auf internationaler Ebene bei 1,25 US-Dollar fest (vgl. CIA, 2010, #Population below poverty line). Die Zahlen beruhen auf Schätzungen der Central Intelligence Agency im Jahr 2010 (vgl. CIA, 2010, #tanzania_people; CIA, 2010, #tgermany_people;).

945.000 Quadratkilometern eines der größten afrikanischen Länder. Es grenzt an acht weitere afrikanische Länder (Kenia, Uganda, Ruanda, Burundi, die Demokratische Republik Kongo, Sambia, Malawi und Mozambique) (vgl. NACP, 2006, S. 1).

Demographisch betrachtet steht die Alterspyramide in Tansania auf einem breiten Fuß, der von nahezu der Hälfte der Bevölkerung im Alter zwischen 0 und 14 Jahren gebildet wird. Ein noch breiterer Pyramidenkörper ergibt sich durch mehr als die Hälfte der Bevölkerung, die im Alter zwischen 15 und 64 Jahren ist. Ein kleiner Anteil von Menschen im Alter über 65 Jahre bildet die Spitze der demographischen Alterspyramide. Hingegen weist der Bevölkerungsaufbau in Deutschland weniger Menschen im Alter zwischen Null und 14 Jahren sowie im Alter zwischen 15 bis 25 Jahren auf. Deutlich mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung ist im Alter zwischen 15 und 65 Jahren.

Im Vergleich zu afrikanischen Ländern ist ein weitaus größerer Anteil der Bevölkerung älter als 65 und 80 Jahre. Dementsprechend zeigt die Alterspyramide in Deutschland im Vergleich zu Tansania und Afrika südlich der Sahara eine schmalere Basis und bei höheren Altersstufen einen breiten Rumpf sowie eine breitere Pyramidenspitze (vgl. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2009, #World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database).

Das Medianalter ist in Deutschland weitaus höher als in Tansania und in Afrika südlich der Sahara. Angesichts dieser Lebenserwartung ist die häufig verbreitete Annahme, die Gesellschaften in Afrika entsprächen einer jungen Bevölkerungsstruktur, als relativierend einzuschätzen. Die Bevölkerungswachstumsrate liegt in den Jahren 2005 bis 2010 bei 1,8 Prozent. Die Tendenz für die nächsten Jahre zeigt ein noch größeres Wachstum von zwei Prozent, womit es sich dem durchschnittlichem Bevölkerungswachstum von Afrika Südlich der Sahara annähert (vgl. CIA, 2011a, #tanzania_people).

Die Welthungerhilfe und terre des hommes (2003) zeigen, wie sich HIV/AIDS auf die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt auswirkt. Zum Beispiel lag die Lebenserwartung zwischen den Jahren 1990 und 1995 in Botswana bei 65 Jahren. Nach Schätzungen der UN sinkt sie im Zeitraum zwischen dem Jahr 2010 bis 2015

auf 31,6 Jahre. Botswana ist ein ressourcenreiches Land, das jedoch im Jahr 2001 eine HIV-Prävalenzrate von 38,8 Prozent bei den Menschen im Alter zwischen 15 bis 29 Jahren aufwies. Madagaskar hingegen ist eines der ärmsten Länder der Welt und hatte eine HIV-Prävalenzrate von nur 0,3 Prozent, so dass für den Zeitraum von 2010 bis 2015 eine Lebenserwartung von 57,6 Jahren prognostiziert wird (vgl. Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 35). Die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt würde in Tansania ohne die HIV/AIDS-Epidemie nach Schätzungen von TACAIDS (2004) bei 56 Jahren liegen. Im Durchschnitt aller Länder in Afrika südlich der Sahara läge die Lebenserwartung ohne HIV/AIDS bei 62 Jahren (vgl. TACAIDS, 2004, #Situation analysis).

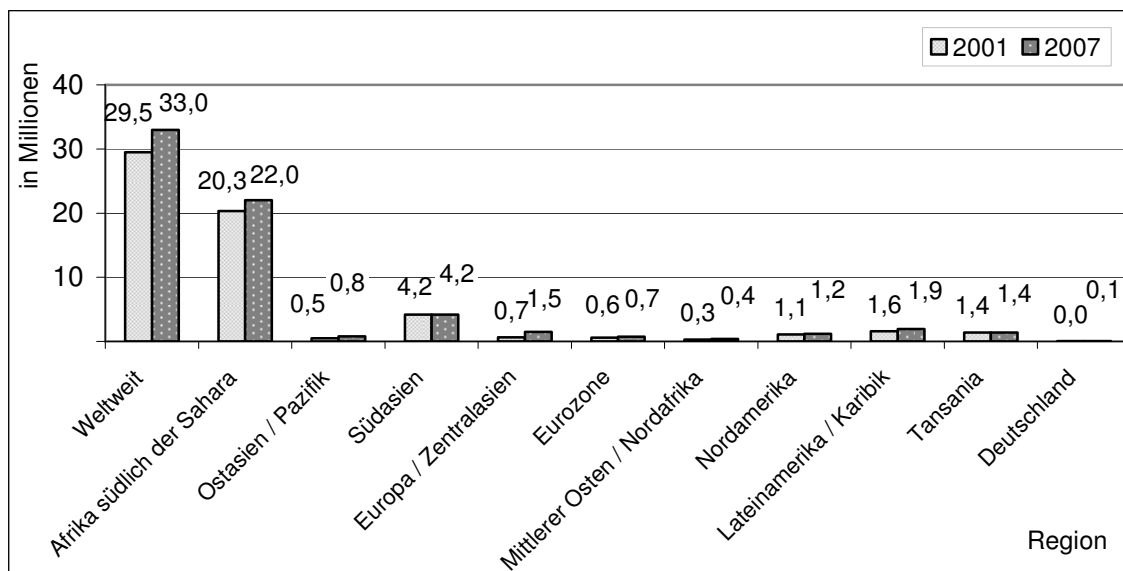


Abbildung 5: Geschätzte Anzahl der Erwachsenen und Kinder, die im Jahr 2001 und 2007 mit HIV leben, unterteilt nach geographischen Regionen (eigene Darstellung aufgrund der Daten der WHO, 2008).⁵³

HIV/AIDS ist in allen Regionen der Welt verbreitet, wobei sich die Ausbreitung sowohl im zeitlichen Verlauf als auch in der Intensität jeweils unterscheidet. Das Robert

⁵³ Zu besseren Vergleichbarkeit werden in den unterschiedlichen geographischen Regionen immer die Daten aus dem Jahr 2001 und 2007 herangezogen, auch wenn teilweise aktuellere Daten zugänglich sind.

Koch-Institut (RKI) (2001) fasst den Stand der Epidemie in anschaulicher Weise wie folgt zusammen:

„Rund zwei Jahrzehnte nach dem ersten klinischen Nachweis von AIDS sind HIV-Infektionen heute bis in die letzten Winkel der Erde verbreitet, sie weisen unverminderte Zuwachsraten auf, rauben Millionen Menschen das Leben, vergrößern die Gegensätze zwischen Arm und Reich und führen in vielen Regionen zu sozialer und wirtschaftlicher Unsicherheit. Jüngste Schätzungen gehen von 39-40 Millionen Menschen aus, die mit einer HIV-Infektion leben“ (RKI, 2001, S. 358).

Wie die Abbildung 5 verdeutlicht, ist die weltweite HIV-Prävalenz in dem Zeitraum zwischen den Jahren 2001 und 2007 gestiegen (vgl. UNAIDS & WHO, 2009a, S. 82). UNAIDS und WHO (2009a) weisen darauf hin, dass sich die HIV-Epidemie nach einem Hochstand vor dem Jahr 2000 erneut weiterverbreitet und dann im Jahr 2007 die größte Prävalenz erreicht hat (vgl. UNAIDS & WHO, 2009a, S. 82). In Tansania leben dabei mehr Menschen mit HIV/AIDS als in der gesamten Eurozone, wo die Anzahl der HIV-infizierten Menschen ebenfalls leicht angestiegen ist (WHO, 2008). Die weltweite höchste HIV-Prävalenz ist in Swasiland mit 26 Prozent gefolgt von Lesotho mit 23,2 Prozent zu verzeichnen (vgl. UNAIDS, 2009b, o. S.).

In Publikationen zur HIV/AIDS-Epidemie wird immer wieder angemerkt, dass HIV/AIDS zwar eine weltweite Verbreitung hat, aber nirgends auf der Welt so gravierend wie in Afrika südlich der Sahara ist (siehe zum Beispiel Hirschmann, 2003, S. 22). Die HIV/AIDS-Epidemie konnte im Jahr 2008 durch folgende Aussagen zusammengefasst werden:

- Insgesamt leben *33,4 Millionen Menschen* mit einer HIV-Infektion.
- Ungefähr *22 Millionen Menschen* beziehungsweise *67 Prozent* aller Menschen, die mit HIV infiziert sind, leben in Afrika südlich der Sahara.
- Ungefähr 2,8 Prozent der gesamten Bevölkerung in Afrika südlich der Sahara sind mit HIV-infiziert (vgl. UNAIDS & WHO, 2009a, S. 82).⁵⁴

⁵⁴ Die Bevölkerung umfasst in Afrika südlich der Sahara im Jahr 2008 rund 800 Millionen Menschen (vgl. UNAIDS & WHO, 2009a, S. 82).

- Seit dem Jahr 1985 ist die Anzahl der HIV-infizierten Menschen von 2,5 Millionen auf *36,1 Millionen Menschen im Jahr 2000* gestiegen (Bpb, 2009, #Global Health Governance).
- Insgesamt haben sich bisher rund *60 Millionen Menschen* mit dem HI-Virus infiziert, von denen bisher ungefähr *20 Millionen an AIDS* gestorben sind (vgl. Darai et al., 2009, S. 407)
- Rund *90 Prozent* aller HIV-infizierten Menschen leben in Entwicklungsländern (vgl. UNAIDS & WHO, 2009a, S. 82).
- In sieben Ländern in Afrika südlich der Sahara liegt die HIV-Prävalenz bei über 20 Prozent (vgl. Bosmans, 2006. S. 2).⁵⁵

Die zukünftige Entwicklung der HIV/AIDS-Epidemie ist schwer abzuschätzen. Dies zeigte sich auch in einer Studie der Welthungerhilfe und terre des hommes (2003) aus dem Jahr 2002. Sie prognostizierte aufgrund steigender Zahlen HIV-infizierter Menschen in Äthiopien, China, Indien, Nigeria und Russland insgesamt einen Anstieg bis zum Ende des Jahres 2010 auf über 50 Millionen Menschen (vgl. Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 29).

Die HIV-Prävalenz im Jahr 2007 zeigte jedoch, dass sich diese Prognosen nicht erfüllt haben. Denn die absolute Anzahl der HIV-infizierten Menschen lag im Jahr 2007 bei 33 Millionen Menschen. Diese Anzahl entspricht einer weltweiten HIV-Prävalenz von 0,6 Prozent. Die Gesamtbevölkerung besteht in diesem Jahr aus ungefähr fünf Milliarden Menschen (vgl. WHO, 2008). So haben sich Vorhersagen der Entwicklung der HIV/AIDS-Epidemie auf weltweit über 50 Millionen Menschen nicht bewahrheitet, sondern es sind weniger Menschen mit HIV infiziert (vgl. UNAIDS, 2009, S. 7).

⁵⁵ Nach Bosmans (2006) liegt die HIV-Prävalenz in Botswana, Lesotho, Namibia, South Africa, Swaziland, Sambia und Simbabwe am höchsten (vgl. Bosmans, 2006, o. S.). Nach Angaben von UNAIDS sind im Jahr 2009 insgesamt neun Länder in Afrika südlich der Sahara überproportional stark

HIV/AIDS in Afrika südlich der Sahara

Tabelle 7: Anzahl der HIV-infizierten Menschen im Alter von 15 bis 49 Jahren weltweit und in Afrika südlich der Sahara im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten von UNAIDS, 2008, S. 215).

Jahr	Weltweit [in Mio.]	Afrika südlich der Sahara [in Mio.]
2001	27,9	19,1
2007	30,8	20,3

Die absoluten Anzahlen in der Tabelle 7 entsprechen einer HIV-Prävalenz bei den 15- bis 49-jährigen Menschen in Afrika südlich der Sahara im Jahr 2007 von fünf Prozent. Damit lag die HIV-Verbreitung in Afrika südlich der Sahara deutlich über der weltweiten HIV-Prävalenz von rund 0,8 Prozent (vgl. UNAIDS, 2008, S. 215). Obwohl die absoluten Anzahlen zwischen dem Jahr 2001 und 2007 angestiegen sind, blieb die weltweite prozentuale Verteilung gleich. UNAIDS (2008) führt den Anstieg absoluter Anzahlen mit gleichzeitig unveränderten prozentualen Werten auf Umverteilungen der HIV-Prävalenzen zurück. So waren prozentual betrachtet weniger Menschen in Afrika südlich der Sahara mit HIV infiziert. Dafür waren prozentual betrachtet mehr Menschen in anderen Regionen mit HIV infiziert. Ebenso ist das weltweite Bevölkerungswachstum zu berücksichtigen (vgl. UNAIDS, 2008, S. 215).

Tabelle 8: Übersicht der HIV-Prävalenz der 15- bis 24-Jährigen nach Geschlecht weltweit und in Afrika südlich der Sahara im Jahr 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten von UNAIDS, 2008, S. 215).⁵⁶

Jahr	Weltweit [in %]	Afrika südlich der Sahara [in %]
Frauen	0,6	3,2
Männer	0,4	1,1

von HIV/AIDS betroffen. Sie decken sich mit den Tendenzen Bosmans (2006) (vgl. UNAIDS, 2009b, o. S.).

⁵⁶ Nach UNAIDS (2004) sind junge Menschen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren von zwei Tatsachen betroffen, denn sie sind „the most threatened – globally accounting for half of all new cases of HIV – and the greatest hope for turning the tide against AIDS“ (UNAIDS, 2004, S. 93).

Die HIV-Prävalenz lag in Afrika südlich der Sahara bei Frauen nahezu dreimal höher als bei den Männern. Doch war die HIV-Prävalenz in dieser Altersgruppe niedriger als die Verbreitung in der gesamten Gruppe der 15- bis 49-Jährigen, die wie eben erwähnt bei fünf Prozent lag (vgl. UNAIDS, 2008, S. 215). Neben der HIV-Prävalenz in der Bevölkerung wird das Verhältnis von Frauen und Männern betrachtet, die mit HIV infiziert sind. Dabei zeigt sich, dass zwar unter den Frauen in der Bevölkerung eine höhere HIV-Prävalenz herrscht, das Verhältnis der Geschlechter innerhalb der HIV-infizierten Menschen weltweit aber ausgeglichen ist und in Afrika südlich der Sahara ungefähr 59 Prozent zu 41 Prozent beträgt (vgl. UNAIDS, 2008, S. 215).

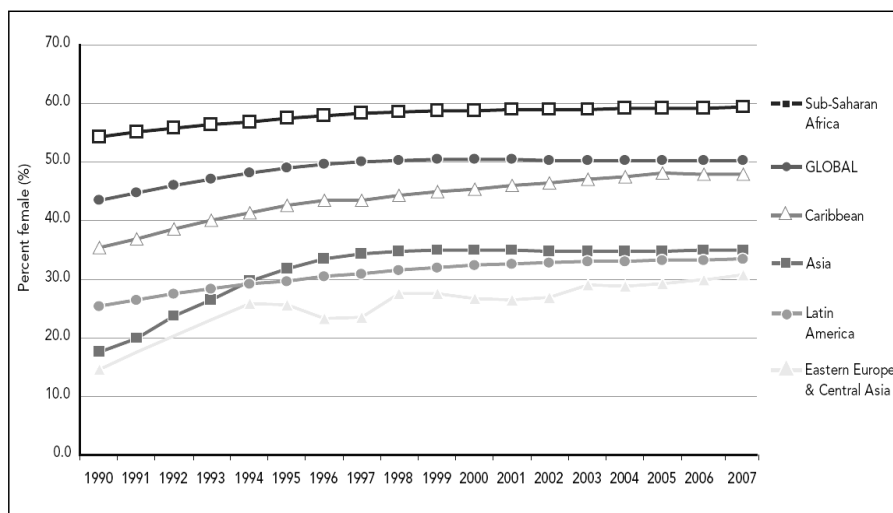


Abbildung 6: Veränderung des prozentualen Anteils der 15- bis 49-jährigen Frauen, die im Zeitraum von 1990 bis 2007 mit HIV/AIDS leben (vgl. UNAIDS, 2008, S.38).

Bei der Betrachtung eines Zeitraum, der über die oben dargestellten Jahre 2001 und 2007 hinausgeht, zeigt sich, dass der prozentuale Anteil der Frauen, die weltweit mit einer HIV-Infektion leben, bereits seit dem Jahr 1996 relativ unverändert ist. In einigen Regionen wie Osteuropa, Zentralasien und Lateinamerika ist die HIV-Prävalenz seit 1990 stärker als in Afrika südlich der Sahara gestiegen. Dabei kommt die bereits erwähnte Umverteilung der HIV-Prävalenz zum Ausdruck (vgl. UNAIDS, 2008, S. 33).

Todesfälle

Tabelle 9: Überblick der AIDS-Todesfälle im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten von UNAIDS, 2008, S. 37 u. S. 215; UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4; RKI, 2007b, S. 1; vgl. RKI, 2008, S. 48).

Jahr	Weltweit [in Mio.]	Afrika südlich der Sahara [in Mio.]	Tansania [in Mio.]	Deutschland [in Mio.]
2001	1,7	1,3	0,11	0,0006
2007	2	1,6	0,09	0,00065 ⁵⁷

Zwischen den Jahren 2001 und 2007 ist ein weltweiter Anstieg um 15 Prozent der durch HIV/AIDS verursachten Todesfälle zu verzeichnen. Dieser ist auf den Anstieg der an AIDS verstorbenen Menschen in Afrika südlich der Sahara zurückzuführen (vgl. UNAIDS, 2008, S. 215). Zugleich sind in Afrika südlich der Sahara rund 90 Prozent aller weltweiten AIDS-Todesfälle zu verzeichnen, bei denen Kinder an AIDS sterben (vgl. UNAIDS, 2008, S. 37).⁵⁸ Die Ursachen dafür liegen in der allgemein hohen HIV-Prävalenz in Afrika südlich der Sahara, in der mangelnden Versorgung durch Medikamente sowie dem unzureichenden Einsatz von Therapien. Zudem ist der Verlauf der HIV-Infektion bei Kindern aggressiver als bei Erwachsenen, wodurch die meisten Kinder bereits in einem frühen Lebensalter sterben. Eine entsprechende Behandlungsmöglichkeit könnte diese Aggressivität senken (vgl. UNAIDS, 2008, S. 37). In Tansania ist ein geringer Rückgang der AIDS-Todesfälle zu verzeichnen.⁵⁹ Die Einwohnerzahl lag in Tansania im Jahr 2007 bei ungefähr 40,4 Millionen Menschen, so dass AIDS in demselben Jahr für nicht einmal ein halbes Prozent der Bevölkerung die Todesursache darstellte (vgl. UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4).

⁵⁷ In Deutschland sind seit Beginn der Verbreitung von HIV/AIDS in den 1980er Jahren insgesamt ungefähr 27.000 Menschen an AIDS gestorben (vgl. RKI, 2007a, S. 1).

⁵⁸ Im Jahr 2007 sind weltweit 0,27 Millionen und in Afrika südlich der Sahara 0,24 Millionen Kinder an AIDS gestorben (vgl. UNAIDS, 2008, S. 37).

Neuinfektionen

Für die HIV/AIDS-Ausbreitungsdynamik ist jedoch auch die *Inzidenzrate* beziehungsweise die Anzahl der Neuinfektionen in einem Jahr bedeutsam. Wenn die HIV-Prävalenz ansteigt, haben sich mehr Menschen neu infiziert. Gleichzeitig können aber auch weniger Menschen an AIDS gestorben sein, weil sich die Behandlungsmöglichkeiten verbessert haben. Weltweit ist die Anzahl der Neuinfektionen zwischen 2001 und 2007 zurückgegangen (vgl. UNAIDS, 2008, S. 32). Die Zahlen von UNAIDS (2008) zeigen, dass sich weltweit betrachtet im Jahr 2007 (vgl. UNAIDS, 2008, S. 32):

- mehr Menschen sich mit HIV infiziert haben, als an AIDS gestorben sind.
- 2,7 Millionen Menschen neu infiziert haben, von denen fast die Hälfte im Alter zwischen *15 und 24 Jahre alt* waren.⁶⁰
- zwei Millionen Menschen an AIDS gestorben sind.
- unter den Neuinfektionen mehr als 300.000 Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren⁶¹ sind.

⁵⁹ Jedoch gab es zwischenzeitlich im Jahr 2004 einen Höchststand von 0,12 Millionen Menschen, die an AIDS gestorben sind. Im Jahr 2007 starben ungefähr 0,2 Prozent an HIV/AIDS, die ungefähr 96.000 Menschen umfassten (vgl. UNAIDS & WHO, 2008, S. 4).

⁶⁰ Die höchste Anzahl der weltweiten Neuinfektionen wurde bisher im Jahr 1996 festgestellt, die bei 3,5 Millionen Menschen lag (UNAIDS, 2008, S. 32). Die Anzahl der Menschen, die sich bei der Betrachtung aller Altersstufen jährlich weltweit neu infizieren, hat sich zwischen dem Jahr 2001 und 2007 von 3 Millionen auf 2,7 Millionen Menschen reduziert (vgl. UNAIDS, 2008, S. 32).

⁶¹ Kinder bedeuten in der vorliegenden Arbeit immer Menschen in einem Alter zwischen 0 und 15 Jahren. Diese Festlegung wird von UNAIDS übernommen, das diese Altersspanne als Kinder bezeichnet (vgl. zum Beispiel UNAIDS, 2008).

Kinder

Tabelle 10: Anzahl der HIV-infizierten Kinder im Alter bis 15 Jahre weltweit und in Afrika südlich der Sahara im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten von UNAIDS, 2008, S. 215).

Jahr	Weltweit [in Mio.]	Afrika südlich der Sahara [in Mio.]
2001	1,6	1,4
2007	2	1,8

Die hohe HIV-Prävalenz in Afrika südlich der Sahara hat Auswirkungen auf die Familienstrukturen und spiegelt sich auch in der HIV-Verbreitung unter den Kindern wider. So leben 90 Prozent der weltweit HIV-infizierten Kinder in Afrika südlich der Sahara. Insgesamt ist zwischen den Jahren 2001 und 2007 ein Anstieg der weltweiten und damit auch der in Afrika zu erfassenden HIV-Prävalenz bei Kindern festzustellen (vgl. UNAIDS, 2008, S. 215). Im Jahr 2007 lebten in Afrika südlich der Sahara zwölf Millionen Kinder, die durch AIDS zu Waisen geworden sind, weil sie mindestens ein Elternteil verloren haben. Weltweit wurde die Anzahl in dem Jahr auf 15 Millionen AIDS-Waisen geschätzt. Die Tendenz der Anzahl der AIDS-Waisenkinder ist steigend (vgl. UNAIDS, 2008, S. 215).⁶²

Oftmals werden die Kinder von Großeltern oder Nachbarn versorgt oder sind schon in jungen Jahren gezwungen, einen eigenen Haushalt zu führen und für ihre jüngeren Geschwister zu sorgen. Aufgrund dieser hohen Belastungen sind diese Kinder anfälliger dafür, mit Drogen in Kontakt zu geraten. Ebenso sind sie sexuellem Missbrauch eher ausgesetzt oder sehen sich gezwungen, sich für finanzielle oder materielle Leistungen eher zu prostituieren als Heranwachsende in gleichem Alter, die in einer intakten Familienstruktur leben. Dieses risikoreiche Verhalten kann zu einer erhöhten Vulnerabilität für eine HIV-Infektion führen (vgl. Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 33).

⁶² Kinder werden als AIDS-Waisen bezeichnet, wenn sie jünger als 17 Jahre sind und mindestens einen Elternteil durch HIV/AIDS verloren haben (vgl. UNAIDS, 2008, S. 215).

Zu der Datenerfassung gibt UNAIDS (2008) an, dass die Daten zur HIV-Prävalenz bei Kindern auf Schätzungen der HIV-Verbreitung bei schwangeren Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren basieren. Die dafür zugrundeliegenden Daten wurden während pränataler Krankenhausaufenthalte zur Geburtsvorbereitung erfasst. Jedoch konnten damit auch nur die schwangeren Frauen einbezogen werden, die sich während ihrer Schwangerschaft in Krankenhäusern versorgt lassen haben. Neben der HIV-Prävalenz der schwangeren Frauen wurden auch die Geburtenhäufigkeit und Ergebnisse aus einzelnen Studien zu HIV-infizierten Kindern hinzugenommen. Mehr als 90 Prozent der Kinder, die mit HIV leben, infizierten sich mit dem Virus während der Schwangerschaft, Geburt oder dem Stillen. Nur ein kleiner Anteil HIV-infizierter Kinder hat sich durch verunreinigte Spritzen, Bluttransfusionen mit kontaminiertem Blut, sonstigen Blutkonserven, durch sexuellen Missbrauch oder Geschlechtsverkehr infiziert (vgl. UNAIDS, 2008, S. 37).

2.2.4 HIV/AIDS in Tansania

Tabelle 11: Überblick der Anzahl der HIV-infizierten Menschen und der HIV-Prävalenz in Tansania im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung auf Grundlage von Daten von UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4).

Jahr	Gesamtbevölkerung	Gesamt		Erwachsene (15+)		Frauen (15+)		Kinder	
		[in Mio.]	[in %]	[in Mio.]	[in %]	[in Mio.]	[in %]	[in Mio.]	[in %]
2001	36,23 Mio.	1,4	3,4	1,2	7,0	0,74	6,4	0,12	0,7
2007	40,45	1,4	3,4	1,3	6,2	0,76	6,6	0,14	0,8

Wenngleich Tansania ein Hochprävalenz-Land ist, lag die HIV-Prävalenz weit unter den höchsten Werten, die beispielsweise in Lesotho zu finden sind. Die HIV-Prävalenz und die absolute Anzahl der HIV-infizierten Menschen sind in Tansania trotz eines leichten Bevölkerungswachstums zwischen den Jahren 2001 und 2007 *konstant* geblieben (vgl. UNAIDS, 2008a, S. 4). Sie decken sich darin mit den Daten von TACAIDS (2008), die seit 2001 eine gleichbleibende HIV-Prävalenzrate feststellten (TACAIDS, 2008, S. 11). Nach Angaben von UNAIDS (2009b) war zudem ein leichter Rückgang der HIV-Neuinfektionen in diesem Zeitraum festzustellen (vgl. UNAIDS, 2009b, o. S.).

Hingegen wurde bei *Erwachsenen im Alter ab 15 Jahren* eine Zunahme der absoluten Anzahl der HIV-infizierten Menschen und gleichzeitig eine Abnahme der HIV-

Prävalenz verzeichnet.⁶³ Ebenso hat die HIV-Prävalenz unter Frauen und Kindern zugenommen (vgl. UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4). Diese Umstände könnten zum einen durch das Wachstum der Bevölkerung und zum anderen durch Verschiebungen der betroffenen Gruppen erklärt werden. Ebenso kann die gestiegene HIV-Prävalenz unter erwachsenen Frauen vor dem Hintergrund der tendenziell steigenden Lebenserwartung insbesondere von Frauen interpretiert werden.⁶⁴ Darüber hinaus zeigen die Daten von UNAIDS und WHO (2008), dass die HIV-Prävalenz bei Menschen im *Alter von 15–24 Jahre* im Jahr 2007 bei den *Frauen* mit *neun Prozent* sehr hoch ist. Sie lag damit über dem Durchschnitt aller erwachsenen Frauen in Tansania (6,6 Prozent) und dem afrikanischen Durchschnitt (Afrika südlich der Sahara) der Frauen im Alter von 15–24 Jahren (3,2 Prozent). Bei Männern wurde eine HIV-Prävalenz von fünf Prozent erfasst. Dieser Wert lag unter dem Bevölkerungsdurchschnitt aller Erwachsenen in Tansania (6,2 Prozent) und über dem afrikanischen Durchschnitt aller 15- bis 24-jährigen Männer (1,1 Prozent) (vgl. UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4).

Zusammengefasst erscheinen die Daten von UNAIDS und WHO noch keinen ausreichend spezifischen Einblick in das HIV/AIDS-Geschehen in Tansania wiederzugeben. Aus diesem Grund wird das Bild im Folgenden mit den Ergebnissen der *Studie des National AIDS Control Program (NACP)* (2006) ergänzt. Die Studie hatte das Ziel, Aussagen über die HIV/AIDS-Epidemiologie in Tansania zu treffen und Informationen über die Übertragungsmuster zu generieren. Ebenso sollten Bevölkerungsgruppen identifiziert werden, die einem höheren Risiko für eine HIV-Infektion als andere gesellschaftliche Gruppen ausgesetzt sind. Darüber hinaus wurde davon ausgegangen, dass die Studie geeignet ist, die HIV/AIDS-Epidemie hinsichtlich der Gestaltung von Interventionen sowie der Wirkung und Evaluation von Präventionsprogrammen erfassen und analysieren zu können (vgl. NACP, 2006, S. 1). Ebenso

⁶³ Dieser prozentuale Rückgang ist bereits seit dem Jahr 1996 zu verzeichnen, wo die HIV-Prävalenz mit rund 7,8 Prozent den Höchststand erreicht hatte (vgl. UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4).

⁶⁴ Die Lebenserwartung betrug schätzungsweise im Jahr 2010 für Männer 50 Jahre und für Frauen 54 Jahre. Damit lag sie bei Männern ein Jahr höher und bei Frauen drei Jahre höher als im Jahr 2007 (vgl. CIA, 2010, #tanzania_people).

sollte die Studie dem Zweck dienen, Vorhersagen über zukünftige Trends der HIV/AIDS-Verbreitung in Tansania treffen zu können. Diese sollten sich durch Beobachtung der Entwicklung der HIV-Prävalenz über mehrere Jahre hinweg ableiten lassen. Die erste Untersuchung fand in den Jahren 2001/2002 statt. Weitere Untersuchungsrunden folgten in den Jahren 2003/2004 und 2005/2006.

Das NACP (2006) entwickelte einen Untersuchungsaufbau, um die HIV-Prävalenz in 15 der 21 Regionen auf dem Festland über drei Erhebungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten zu erfassen. Dafür wurden 92 Erhebungsorte in den 15 Regionen ausgewählt. Sie schlossen die Regionen Arusha, Dar es Salaam, Dodoma, Iringa, Kagera, Kilimanjaro, Kigoma, Lindi, Mara, Mbeya, Morogoro, Mtwara, Shinyanga, Tabora und Tanga ein (vgl. NACP, 2006, S. 7).

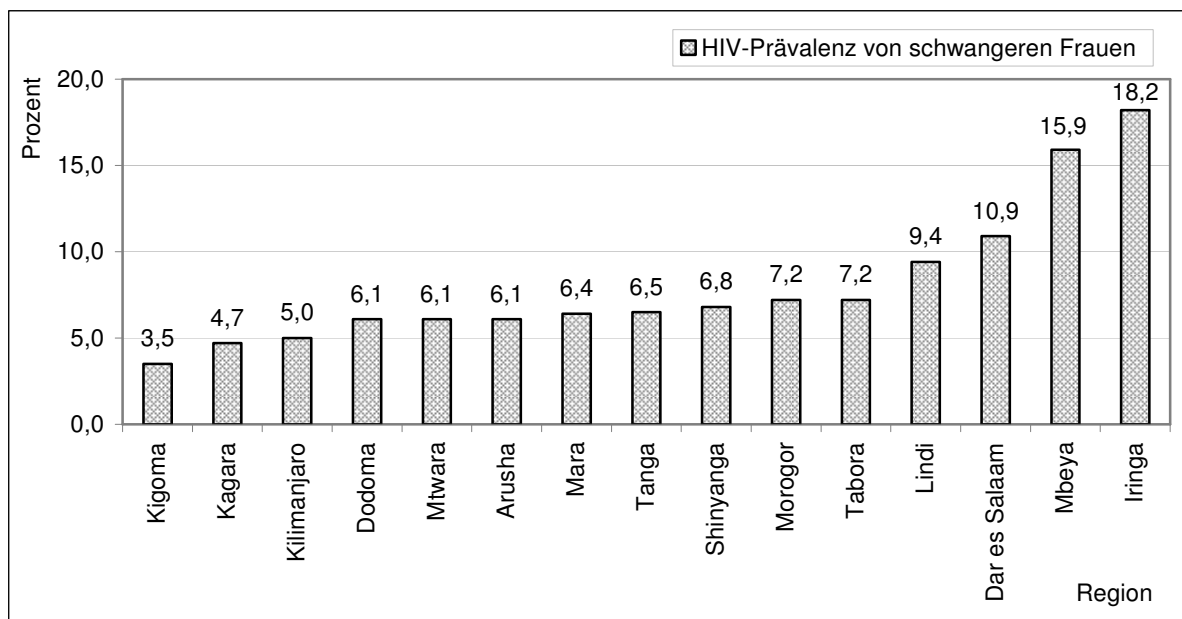


Abbildung 7: Prävalenz der HIV-Infektion bei vorgeburtlichen Klinikaufenthalten von schwangeren Frauen nach Regionen in Tansania im Jahr 2005/2006 (vgl. NACP, 2006, S. 7).

Die Annahme war, dass die HIV-Prävalenz bei schwangeren Frauen als repräsentativ für die gesamte sexuell aktive Bevölkerung angesehen werden kann (vgl. NACP, 2006, S. 4). Um die HIV-Prävalenz erfassen zu können, wurde ein HIV-Antikörpertest bei Frauen während ihres vorgeburtlichen Klinikaufenthaltes durchgeführt (vgl.

NACP, 2006, S. 4). Die Studienteilnehmer waren insgesamt 31.224 Frauen, von denen 2.546 Frauen als HIV-positiv getestet wurden (vgl. NACP, 2006, S. 7). Die HIV-Prävalenz unter den teilnehmenden Frauen lag folglich bei 8,2 Prozent. Sie lag damit höher als bei den Erkenntnissen von UNAIDS und WHO, die bei 6,6 Prozent lagen (vgl. UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4).⁶⁵ Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass es regionale Variationen der HIV-Prävalenz gibt, die zwischen Kigoma und Iringa stark differieren. In 27 Erhebungsorten wurde eine HIV-Prävalenz von mehr als zehn Prozent festgestellt (vgl. NACP, 2006, S. 7).⁶⁶

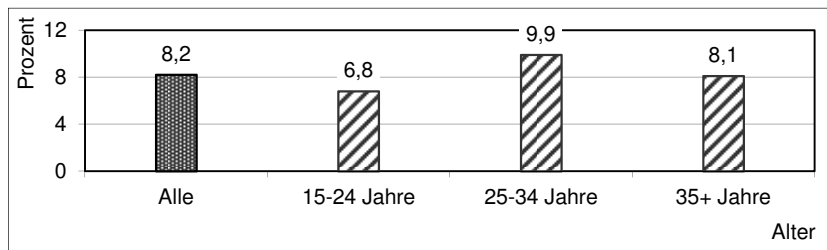


Abbildung 8: HIV-Prävalenz in verschiedenen Altersgruppen (vgl. NACP, 2006, S. 11).

Die Betrachtung der soziodemographischen Merkmale zeigte, dass die HIV-Prävalenz bei Frauen im Alter von 25 bis 34 Jahren am höchsten war (vgl. NACP, 2006, S. 11).⁶⁷

⁶⁵ Generell war in den Jahren zwischen 2001 und 2006 ein statistisch signifikanter Rückgang der HIV-Prävalenz von 9,6 Prozent auf 8,2 Prozent zu verzeichnen. Die Studie deckt nicht alle Regionen von Tansania ab, so dass es einige Regionen geben kann, in denen die HIV-Prävalenz noch höher ist. Insgesamt kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die auf schwangeren Frauen während pränataler Klinikaufenthalte basierenden Daten als repräsentativ für die gesamte Bevölkerung angesehen werden können (vgl. NACP, 2006, S. 13 und 29).

⁶⁶ Darunter waren fünf städtische Krankenhäuser in Dar es Salam, zwei städtische, ein ländliches Krankenhaus in Mbeya, fünf in Iringa, vier in Lindi, zwei in Mara, zwei in Shinyanga, eins in Morogoro, eins in Tanga und zwei Krankenhäuser in Tabora (vgl. NACP, 2006, S. 7).

⁶⁷ Dabei konnte kein statistischer Zusammenhang zwischen der HIV-Prävalenz und dem ehelichen Status nachgewiesen werden (vgl. NACP, 2006, S. 11).

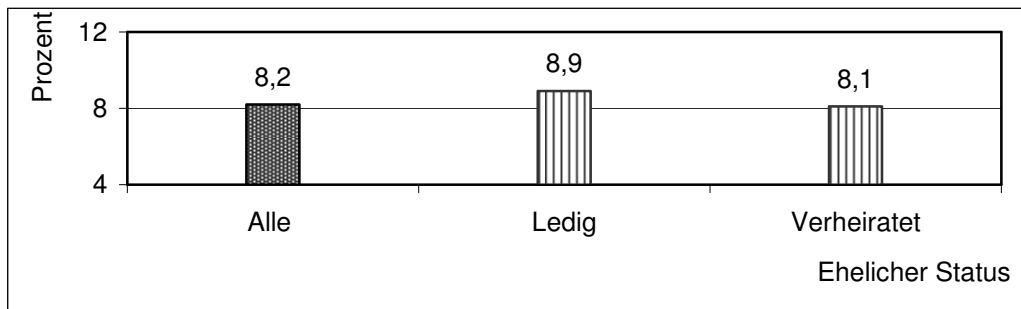


Abbildung 9: HIV-Prävalenz nach dem Familienstatus (vgl. NACP, 2006, S. 11).

Die HIV-Prävalenz war bei den alleinlebenden Frauen am höchsten, was auch den Erkenntnissen von TACAIDS (2008) entspricht (vgl. NACP, 2006, S. 11; TACAIDS, 2008, S. 12).

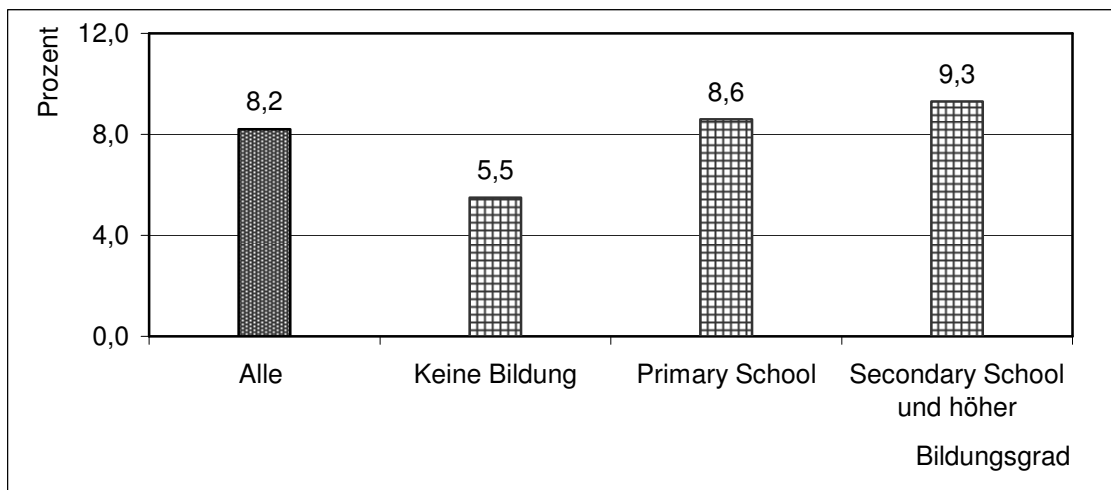


Abbildung 10: HIV-Prävalenz nach dem Bildungsgrad (vgl. NACP, 2006, S. 12–13).

Es zeigt sich eine positive Korrelation zwischen der Schulbildung und der Höhe der HIV-Prävalenz. Die höchste HIV-Prävalenz war demnach bei Frauen mit Abschluss der Secondary School oder einer höheren Bildung festzustellen (vgl. NACP, 2006, S. 12).⁶⁸ Für dieses Phänomen erscheint die Begründung von Weinreich und Benn (2003) plausibel. Das Risiko, mehrere Sexualpartner zu haben und sich mit HIV zu infizieren, nimmt demnach mit dem Bildungsgrad zu. Dieser Zusammenhang ist auf

⁶⁸ Die Differenz zwischen der HIV-Prävalenz bei Frauen ohne Bildung und höher gebildeten Frauen konnte als statistisch signifikant angesehen werden (vgl. NACP, 2006, S. 12).

eine größere Mobilität der Menschen zurückzuführen, die in besseren sozialen und ökonomischen Verhältnissen als die ärmsten Bevölkerungsanteile leben. Ebenfalls vermittelt Bildung liberale Werte, die das Freiheitsstreben fördern können. Die Autoren weisen darauf hin, dass in vielen Regionen in Afrika südlich der Sahara in den letzten Jahren wieder ein gegenläufiger Trend festgestellt wurde. So fällt die HIV-Prävalenz bei Jugendlichen mit mittlerem und höherem Einkommen wieder und steigt bei unteren Einkommensklassen und niedrigem Bildungsgrad an. Demzufolge geht dabei eine mangelnde Bildung, die häufig mit Armut korreliert, wieder mit einer erhöhten Anfälligkeit für eine HIV-Infektion einher (vgl. hierzu auch die Erkenntnisse aus Kapitel 2.1.4 sowie Weinreich & Benn, 2003, S. 64).

Diese Erkenntnisse können auch mit den Ausführungen von Bosmans (2006) verglichen werden, die der Autor für ganz Afrika südlich der Sahara skizzierte. Zunächst waren die wohlhabenden und besser gebildeten Bevölkerungsschichten von HIV/AIDS betroffen, weil sie eine höhere Mobilität aufwiesen und über die Ressourcen verfügten, Geld für sexuelle Dienste zu bezahlen. Mit steigendem Informationsgrad und Wissen über die Krankheit haben diese Gruppen begonnen, ihr Verhalten zu ändern und sich besser vor Infektionen zu schützen. Gleichzeitig stieg das Risiko einer HIV-Infektion bei den armen und wenig formal gebildeten Bevölkerungsschichten. Bei ihnen ist das erhöhte Risiko nicht nur auf mangelnde Information und Bildung zurückzuführen, sondern auch auf die Armut und fehlende Ressourcen, ihr sexuelles Verhalten und risikoreiche Praktiken zu verändern (vgl. Bosmans, 2006, S. 2–3).

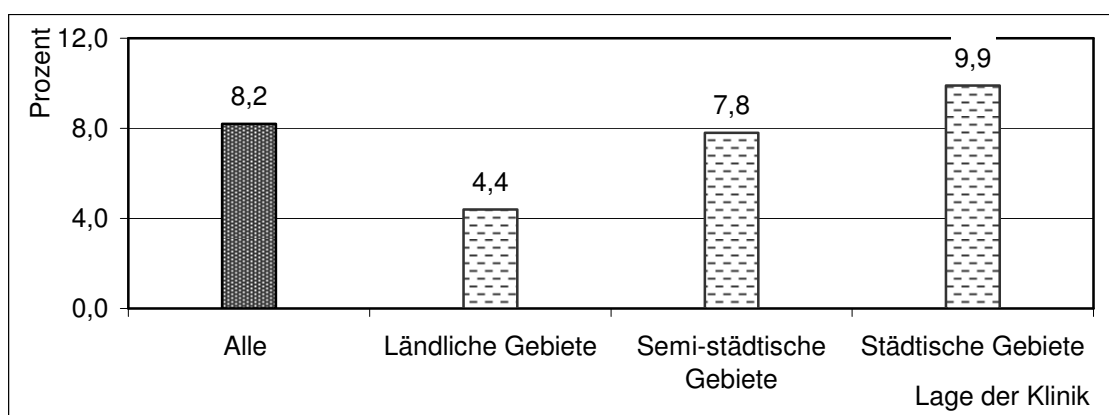


Abbildung 11: HIV-Prävalenz nach der Lage der Klinik (vgl. NACP, 2006, S. 12–13).

Die HIV-Prävalenz variierte des Weiteren nach der Lage der Klinik, die von den Frauen aufgesucht wurde. Sie war in städtischen höher als in ländlichen Gebieten, wohingegen sich die Länge des Klinikaufenthaltes nicht auswirkte (vgl. NACP, 2006, S. 13). TACAIDS (2008) weist in diesem Kontext darauf hin, dass gebildete Frauen eher in städtischen Gebieten wohnen, in denen die HIV-Prävalenz im Allgemeinen höher als in ländlichen Regionen ist (TACAIDS, 2008, S. 12). So begann auch die Ausbreitung von HIV/AIDS in den Städten und dehnte sich über an Autoverkehrsstrassen naheliegende Gemeinden auf die ländlichen Gebiete aus (vgl. TACAIDS, 2004, #Epidemiological Situation of HIV/AIDS/STDs in Tanzania).

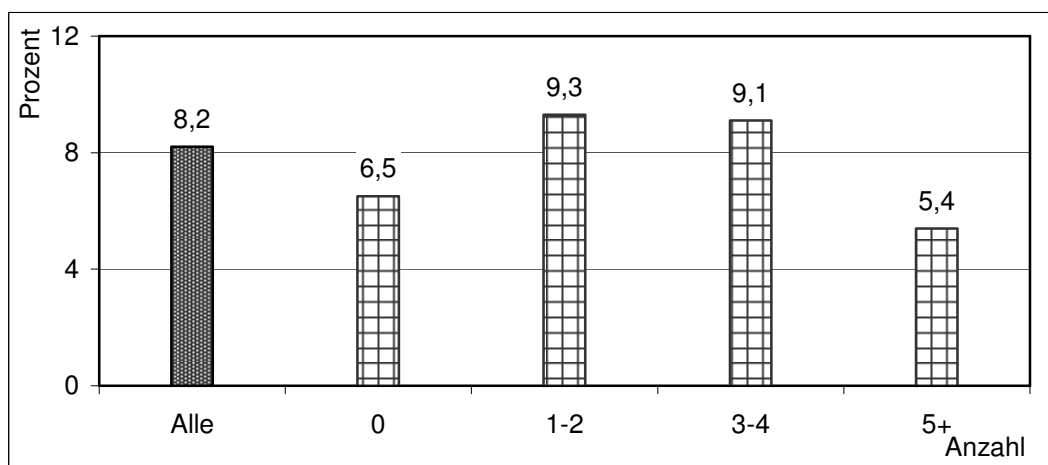


Abbildung 12: HIV-Prävalenz nach der Anzahl der vorausgegangenen Schwangerschaften in Prozent (vgl. NACP, 2006, S. 13).

Weiterhin zeigte die Untersuchung, dass Frauen mit ein bis zwei vorausgegangenen Schwangerschaften die höchste HIV-Prävalenz aufwiesen (vgl. NACP, 2006, S. 13). Darüber hinaus wurden die HIV-Neuinfektionen anhand der HIV-Prävalenz bei der 15- bis 24-Jährigen erfasst. In dieser Gruppe wurde die höchste Neuinfektionsrate vermutet, weil Menschen in dieser Altersspanne häufig erstmals sexuell aktiv werden und sich dadurch mit HIV infizieren könnten. Bevor sie in diese Altersgruppe kommen, sind sie nahezu frei von HIV-Infektionen. Der Trend der Neuinfektionen zeigte sich in dieser Altergruppe bis auf einige Regionen stabil oder absteigend (vgl. NACP, 2006, S. 29). Ebenso kam die Trendanalyse der Studie zu der Vorhersage, dass die HIV-Prävalenz in Tansania bis zum Jahr 2010 auf 7,5 Prozent zurückgegangen ist

(vgl. NACP, 2006, S. 31).⁶⁹ Die Gründe hierfür werden von NACP (2006) im Anstieg des Kondomgebrauchs⁷⁰, im Rückgang von häufig wechselnden Sexualpartnern und in einem kleiner werdenden Anteil der 15- bis 19-Jährigen, die vor dem 15. Lebensjahr sexuellen Geschlechtskontakt haben, gesehen (vgl. NACP, 2006, S. 1).

Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass die HIV-Prävalenz bei den 15- bis 24-Jährigen in städtischen Gebieten gleich bleiben und in ländlichen Gebieten eher abnehmen wird. Diese Tendenz kann nach Karlsson (2008) anhand der zunehmenden Migration der Menschen in die Städte erklärt werden, die dort nach der Schule oder Ausbildung eine Arbeitsstelle suchen (vgl. Karlsson, 2008, S. 5). Dass die HIV-Prävalenz in den Städten dann dennoch nicht ansteigt, ist mit der abnehmenden Prävalenz bei Betrachtung der gesamten Altersgruppe der 15- bis 49-Jährigen zu erklären (vgl. UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4). Die Abweichungen der Studie von NACP (2006) im Vergleich zu den Ergebnissen von UNAIDS und WHO (2008) (Frauen aller Altersgruppen 8,2 Prozent und 6,6 Prozent; 15- bis 24-jährige Frauen 9 Prozent) kann durch folgende Annahmen interpretiert werden. Zum einen kann es an den unterschiedlichen Erfassungszeiträumen liegen, die sich bei der Studie über mehrere Jahre (2001–2006) erstrecken und sich bei den Daten von UNAIDS und WHO (2008) auf das Jahr 2007 beziehen. Zum anderen könnte dies auf die Datenqualität der internationalen Organisation zurückzuführen sein, die häufig auf aggregierten Werten beruht (vgl. Hinweise dazu in Kapitel 1.5).

Die Studie des NACPs (2006) trifft jedoch keine Aussagen bezüglich der Einkommens- und Arbeitssituation der erfassten Stichprobenteilnehmer. Die Daten von TACAIDS, ZAC, NBS, OCGS & Macro International Inc. (2008) weisen darauf hin, dass die HIV-Prävalenz mit zunehmendem Wohlstand ansteigt, während sie bei den ärmsten Bevölkerungsschichten im Vergleich geringer ist. Ebenso ist auch der Anteil HIV-positiver Menschen, die Arbeit haben, deutlich höher als der Anteil arbeitsloser Menschen (vgl. TACAIDS, ZAC, NBS, OCGS & Macro International Inc., 2008, S.

⁶⁹ In dem Zeitraum von 1996 bis 2006 lag die HIV-Prävalenz in Tansania aufgrund der Daten des National AIDS Control Program durchschnittlich bei 8,7 Prozent (vgl. NACP, 2006, S. 31).

⁷⁰ Dieser wird daran gemessen, wie häufig Kondome beim Geschlechtsverkehr mit wechselnden Sexualpartnern in den letzten Monaten verwendet wurden (vgl. UNAIDS, 2008, S. 34).

115).⁷¹ Eine Erklärung hierzu bietet die umfangreiche Arbeit von Kalipeni, Craddock, Oppong und Ghosh (2004), die zeigt, dass HIV/AIDS in Afrika südlich der Sahara ein Problem aller sozialen Schichten ist und sich durch *Schichtenpermeabilität* auszeichnet (vgl. Kalipeni, Craddock, Oppong & Ghosh, 2004, S. 96). Jedoch gibt es kaum Erkenntnisse der Auswirkungen der HIV/AIDS-Epidemie auf soziale Schichten, die durch einen höheren sozioökonomischen Status geprägt sind. Eine Annäherung an die Bestimmung der HIV-Risikogruppen kann aus dem Beruf eines Menschen und den Bedingungen am Arbeitsplatz abgeleitet werden (vgl. Kapitel 2.2.2). Zusammenfassend sind in Tansania jedoch Frauen und 15- bis 24-jährige Menschen von HIV/AIDS betroffenen. Es gibt verschiedene Faktoren, die zu einer höheren HIV/AIDS-Anfälligkeit bei Frauen im Vergleich zu Männern führen, die in Kapitel 2.3 näher beleuchtet werden (vgl. TACAIDS, 2004, #Population groups most affected).

2.2.5 HIV/AIDS in Deutschland

Tabelle 12: Überblick der Anzahl der Menschen in Deutschland, die mit HIV leben, im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten von UNAIDS & WHO, 2008a, S. 4; Grobecker & Krack-Rober, 2010, S. 327; RKI, 2001, S. 359; vgl. RKI, 2007b, S. 431).⁷²

Jahr	Gesamtbevölkerung [in Mio.]	Gesamt [in Tsd.]	Frauen (15+) [in Tsd.]	Männer (15+) [in Tsd.]	Kinder [in Tsd.]
2001	82,3	38 - 44	8,3 - 12	29,5	<0,4
2007	82,2	53 - 59	10 - 15	49	<0,35

⁷¹ Diese Ergebnisse machen deutlich, dass HIV/AIDS nicht nur die armen Bevölkerungsanteile betrifft.

⁷² Die Daten des Robert Koch-Instituts zeigen ungefähr eine Differenz um 15 Prozent zu den Schätzungen der UN, so dass soweit vorhanden jeweils beide Daten als Bereich angegeben sind (vgl. RKI, 2001, S. 359; RKI, 2007a, S. 1). Um die Daten in Deutschland entsprechend der Darstellung der tansanischen Werte der HIV/AIDS-Epidemiologie zu präsentieren, wäre auf die Daten der UN zurückzugreifen, die jedoch für Deutschland kaum erfasst werden. Im Weiteren werden die Zahlen des RKI aufgeführt, die allerdings von UN-Daten aus obengenannten Argumenten abweichen. Grundsätzlich hat jedoch die Exaktheit der statistischen Daten keinen Einfluss auf die Beantwortung der Untersuchungsfrage der vorliegenden Arbeit. Vielmehr geht es darum, eine Einschätzung der Dimension des HIV/AIDS-Problems sowie seiner gesellschaftlichen Verortung zu erhalten.

Bei Betrachtung der Anfänge der HIV/AIDS-Epidemie in den 1980er Jahren in Deutschland zeigte sich, dass die sofortigen Maßnahmen der Bundesregierung beziehungsweise der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Verhinderung der Ausbreitung ihre Wirkung erzielten. Demzufolge hat die Krankheit in Deutschland trotz eines anfänglich raschen Anstiegs der Anzahl der HIV-infizierten Menschen eine weitaus geringere Dimension als in Tansania angenommen (vgl. Kapitel 2.2.4; RKI, 2007b, S. 431). Denn die BZgA reagierte mit einer bundesweiten Verteilung von Informations- und Aufklärungsmaterialien, um möglichst schnell alle Menschen in der Bundesrepublik Deutschland über die HIV/AIDS-Krankheit zu informieren und aufzuklären. Die Maßnahmen verfolgten das Ziel, eine Verhaltensänderung in der Bevölkerung herbeizuführen.

Es folgten das Sofortprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung von AIDS und die nationale Kampagne Gib AIDS keine Chance (vgl. BZgA, 2007, S. 2).⁷³ So konnte bis zum Ende der 1990er Jahre ein Rückgang der HIV-Neuinfektionen und der AIDS-Todesfälle verzeichnet werden, der auf die guten Kommunikationsmöglichkeiten zur HIV/AIDS-Prävention zurückgeführt wurde. Weil die damals als modern angesehene Medizin gute Kenntnisse über die Ätiopathogenese⁷⁴ hatte, war es möglich, die medizinischen Zusammenhänge zwischen der Ansteckung und der tödlichen Folgekrankheit für jeden verständlich darzustellen. Außerdem stellten die medizinischen Vorkehrungen wie zum Beispiel der sichere Umgang mit Blutprodukten eine wirksame Verhinderung der HIV-Transmission dar (vgl. BZgA, 2007, S. 10).⁷⁵

Das Robert Koch-Institut (RKI) (2001) weist darauf hin, dass die HIV/AIDS-Epidemie in den Industrieländern zwar kontrolliert, aber nicht gestoppt werden kann (vgl. RKI,

⁷³ Die Maßnahmen wiesen darauf hin, dass HIV/AIDS als eine gravierende Bedrohung für Deutschland und die Prognose für die darauffolgenden Jahre als besorgniserregend eingeschätzt wurden (vgl. BZgA, 2007, S. 2).

⁷⁴ Ätiopathogenese bedeutet die Gesamtheit aller Faktoren, die zur Ursache, Entstehung und Entwicklung einer Krankheit bzw. Störung beitragen. Der Begriff ist aus dem griechischen Wort Ätiologie [griech. αιτία >Ursache<] abgeleitet. Er ist die Lehre von den Ursachen, insbesondere von den Krankheitsursachen (vgl. Brockhaus, 2005, S. 618).

⁷⁵ Ferner wurde in gesellschaftlichen Teilgruppen, in denen die Wahrscheinlichkeit für eine HIV-Infektion erhöht war, ein gewisser Sättigungseffekt beobachtet (vgl. BZgA, 2007, S. 10).

2001, S. 359). Deutschland ist kein Hochprävalenz-Land und weist eine weitaus geringere HIV-Prävalenz als Tansania auf (vgl. RKI, 2007a, S. 1). Im Vergleich der Jahre 2001 und 2007 ist dennoch eine Zunahme der absoluten Anzahl der mit HIV lebenden Menschen zu verzeichnen (vgl. RKI, 2001, S. 359; RKI, 2007b, S. 431).

Tabelle 13: Überblick der HIV-Prävalenz der Kinder und Erwachsenen (15+) in Deutschland im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten des RKI, 2001, S. 359; RKI, 2007a, S. 1).

Jahr	Erwachsene (15+) und Kinder [in %.]	Frauen (15+) [in %]	Männern (15+) [in %]
2001	0,05	0,01	0,036
2007	0,07	0,012	0,059

In Deutschland sind im Gegensatz zu Tansania die Männer von HIV/AIDS betroffen. Die HIV-Prävalenz ist demnach insbesondere bei Männern zwischen den Jahren 2001 und 2007 angestiegen (vgl. RKI, 2001, S. 359; RKI, 2007b, S. 431). Ferner steigt die Zahl der HIV-infizierten Menschen bereits seit 1996 wieder an, nachdem die Werte bis Mitte der 1990er Jahre relativ stabil waren.

Tabelle 14: Anzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Jahr 2001 und 2007 (eigene Darstellung aufgrund der Daten RKI, 2001, S. 359; RKI, 2007b, S. 431).

Jahr	HIV-infizierte Menschen gesamt	Gesamt	Frauen	Männer	Kinder
2001	38.000	2.000	500	1.500	<20
2007	59.000	3.000	600	2.400	25

Darüber hinaus zeigten die Daten des RKIs, dass sich trotz einer steigenden HIV-Prävalenz die Anzahl der jährlichen Neuinfektionen bis zum Jahr 2001 nicht bedeutend verändert hat.⁷⁶ Da dann eigentlich auch die HIV-Prävalenz gleich bleiben

⁷⁶ Die Zahl der jährlichen HIV-Neuinfektionen pro Jahr in Deutschland schwankte in den 1990er Jahren um den Wert von etwa 2.000 Personen und erreichte vorerst ihren höchsten Wert im Jahr 1994 mit 2.100 neu diagnostizierten Fällen pro Jahr. Danach sank die Anzahl bis zum Jahr 2001 wieder auf

müsste, führte das RKI (2002) diesen Umstand auf eine steigende Lebenserwartung HIV-infizierter Menschen in Deutschland zurück (vgl. RKI, 2002, S. 2). Zu Beginn des neuen Jahrtausends stieg die HIV-Inzidenz im Zeitraum von 2001 bis 2007 langsam wieder an. Von den HIV-Neuinfektionen waren ebenfalls primär Männer betroffen (vgl. RKI, 2007a, S. 1). Hingegen konnte seit den 1990er Jahren die Anzahl der HIV-infizierten Kinder deutlich gesenkt werden. So sorgten die Beratung, freiwillige Tests und Behandlung insbesondere schwangerer Frauen für eine Reduktion der Mutter-Kind-Transmission⁷⁷ (vgl. RKI, 2001, S. 359). Die geographische Verteilung der im Jahr 2007 gemeldeten HIV-Neuinfektionen zeigt, dass die HIV-Inzidenz besonders in den Ballungszentren rund um die Großstädte mit über 250.000 Einwohnern wie Berlin, München, Hamburg, Köln, Frankfurt und Stuttgart hoch ist (vgl. RKI, 2010, S. 10).

Risikogruppen

Tabelle 15: Prozentuale Verteilung der HIV-Transmissionswege aller HIV-Neuinfektionen im Jahr 2001 und 2007 in Deutschland (eigene Darstellung aufgrund der Daten des RKI, 2008, S. 7; k. A. = keine Angaben).

Übertragungsweg	2001 [in %]	2007 [in %]
Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)	37	56
Migranten aus Hochprävalenz-Ländern (HPL)	19	10
Heterosexuelle Kontakte (ohne HPL)	16	15
Intravenöser Drogengebrauch	8	6
Hämophilie und Bluttransfusionsempfänger ⁷⁸	<1	<1
Mutter-Kind-Transmission	<1	<1
Keine Angabe des Infektionsweges	19	13

2.000 HIV-Neuinfektionen und stieg seitdem bis zum Jahr 2007 auf 3.000 Fälle an (vgl. RKI, 2009, S. 491).

⁷⁷ Kinder, die vor, während oder nach ihrer Geburt die HIV-Infektion über ihre Mutter erworben haben (vgl. RKI, 2007a, S. 1).

⁷⁸ Infektion erfolgte über kontaminierte Blutkonserven und Gerinnungsfaktorenkonzentrate überwiegend in der Zeit vor 1986 in der Bundesrepublik (vgl. RKI, 2007a, S. 1).

Ebenso wie sich in Tansania bestimmte Bevölkerungsgruppen abgezeichnet haben, die eine höhere Vulnerabilität für eine HIV-Infektion aufweisen, determiniert das RKI auch für Deutschland Risikogruppen (vgl. RKI, 2007a, S. 1). Sie werden gemäß den HIV-Transmissionswegen identifiziert. Demzufolge ist der Anteil der Menschen, der sich über homosexuelle Kontakte infiziert hat, in den Jahren zwischen 2001 und 2007 angestiegen. Zwar ist der prozentuale Anteil der Migranten aus Hochprävalenz-Ländern (HPL)⁷⁹ zurückgegangen, dennoch ist die absolute Anzahl angesichts einer allgemeinen Zunahme der Anzahl aller HIV-infizierten Menschen gestiegen (vgl. RKI, 2009, S. 491). So hat sich die Verteilung der Infektionswege etwas verschoben, wengleich Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, nach wie vor das höchste HIV-Infektionsrisiko aufwiesen (vgl. RKI, 2001, S. 359; RKI, 2007a, S. 1).

Die Zunahme der Anzahl neudiagnostizierter HIV-Infektionen bei MSM kann sich nach den Ausführungen des RKIs (2008) in zwei Faktoren begründen. Zum einen können durch vermehrte Tests bereits länger bestehende oder neuerworbene Infektionen früher als bisher entdeckt werden. Dann wird ein Anstieg der HIV-Diagnosen sogar als ein Erfolg der Prävention bewertet. Dabei kann sich ein faktischer Anstieg der HIV-Neu-Infektionen durch eine steigende Anzahl ungeschützter sexueller Kontakte zwischen HIV-infizierten und Nicht-Infizierten ergeben, weil das Übertragungsrisiko pro ungeschützten Sexualkontakt wächst. Zum anderen kann eine deutliche Zunahme anderer sexuell übertragbarer Infektionen wie Syphilis⁸⁰ der Grund für ein erhöhte Übertragungswahrscheinlichkeit bei ungeschützten Sexualkontakten sein und begründete in diesem Fall den Anstieg (vgl. RKI, 2008, S. 2). Ebenfalls waren

⁷⁹ Menschen, die aus Hochprävalenz-Regionen stammen, haben sich überwiegend in ihren Herkunftsländern und dort über heterosexuelle Kontakte mit HIV infiziert und es erfolgte in Deutschland eine HIV-Diagnose. In HIV-Hochprävalenz-Regionen ist HIV/AIDS endemisch verbreitet. Die Abschätzung der Größe dieser Personengruppe und ihre Aufteilung auf die Bundesländer ist unsicher, da zu wenige Angaben darüber verfügbar sind, wie hoch der Anteil der Personen aus dieser Gruppe ist, die nach ihrer HIV-Diagnose dauerhaft in Deutschland bleiben werden (vgl. RKI, 2007a, S. 1).

⁸⁰ Syphilis hatte die niedrigste Prävalenz in Deutschland in den 1990er Jahren und hat sich seitdem wieder vermehrt verbreitet. Ein Anstieg der HIV-Neuinfektionen wird auf eine zunehmende Verbreitung sexuell übertragbarer Infektionen wie Syphilis zurückgeführt, da schon vorhandene Geschlechtskrankheiten die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit erhöhen (vgl. RKI, 2009, S. 492).

Tendenzen einer zunehmenden Verwendung von bestimmten Schutzstrategien wie dem HIV-Serosorting⁸¹ für den Anstieg verantwortlich (vgl. RKI, 2009, S. 492).

Die zweitgrößte Gruppe der neuinfizierten Menschen stellten gemäß ihrem Infektionsweg im Jahr 2001 die Migranten aus Hochprävalenz-Ländern dar. Diese Angaben sind nach Meinung des RKIs (2002) vor dem Hintergrund eines gleichzeitigen Rückgangs von Meldungen ohne Angabe des Infektionswegs zurückhaltend zu interpretieren. Denn weil nicht eindeutig geklärt werden konnte, wo sich die Menschen mit HIV infiziert hatten, wurde wohl einfach vermehrt der Infektionsweg der HPL angegeben (vgl. RKI, 2002, S.1). Der darauffolgende Rückgang bis zum Jahr 2007 lässt die Annahme zu, dass dann eher nur eindeutig geklärte Fälle mit HIV-Infektion aus einem HPL beziehungsweise dem Herkunftsland⁸² erfasst wurden.

Die Beleuchtung von HIV/AIDS und Migration gibt einen tiefer gehenden Einblick in das Ausbreitungsgeschehen der Epidemie in Deutschland und soll daher im Folgenden mittels der Ausführungen des RKIs (2010) kurz skizziert werden. HIV/AIDS und Migration werden primär mit Einwanderern aus HPL assoziiert, die aus Ländern in Afrika südlich der Sahara oder der Karibik emigrieren. Da die hauptsächlichen Kolonialmächte dieser Regionen eher Frankreich oder Großbritannien waren, ist Deutschland auch weniger von diesen Migranten betroffen. So stellen in Deutschland Menschen aus Ost- und Südeuropa einen höheren Anteil an Personen mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung als die vergleichsweise kleine Gruppe von Menschen aus Afrika südlich der Sahara (vgl. RKI, 2010, S. 39).

Bringen Migranten eine HIV-Infektionen aus dem Herkunftsland mit, repräsentieren die Menschen dann auch hinsichtlich der HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit und der Risikogruppen weitgehend die Situation in ihrem Herkunftsland. Dabei ist jedoch

⁸¹ HIV-Serosorting bezeichnet die Verwendung von bestimmten Schutzstrategien, die beim sexuellen Kontakt unter Männern zunehmend genutzt wird. Dabei wird der Kenntnis des HIV-Status ein größeres Gewicht beigemessen und daraufhin entschieden, ob ein Kondome benutzt wird (vgl. RKI, 2009, S. 492).

⁸² Das Herkunftsland bedeutet definitorisch das Land, in dem Menschen den größten Teil ihres bisherigen Lebens verbracht haben und ist weder mit der Staatsangehörigkeit noch mit dem Geburtsland gleichzusetzen (vgl. RKI, 2010, S. 40).

auch zu berücksichtigen, dass es Veränderungen geben kann, weil internationale Migranten vielfach eine höhere Mobilität als andere Teile der Bevölkerung aufweisen. Ebenso gibt es bestimmte strukturelle Risikofaktoren, die in den Herkunftsländern eine wichtige Rolle für die HIV-Ausbreitungsdynamik gespielt haben und nun in den neuen Aufenthaltsländern wegfallen oder durch andere Risikofaktoren ersetzt werden (vgl. RKI, 2010, S. 39). Insbesondere Migranten, die aus wirtschaftlichen oder unfreiwilligen Motiven emigrieren, nehmen häufig schwierige oder gefährliche Reisewege und -mittel auf sich. So können sie während der Reise einer erhöhten Vulnerabilität für eine HIV-Infektion ausgesetzt sein, wenngleich sie in ihrem Herkunftsland vielleicht ein geringes HIV-Infektionsrisiko hatten. Ebenfalls können sie sich zum Beispiel mit HIV infizieren, wenn sie sich aus finanziellen Gründen oder zur Befriedigung sexueller Bedürfnisse gezwungen sehen, sexuelle Dienstleistungen anzubieten. Des Weiteren können kulturelle Unterschiede und Differenzen im sozioökonomischen Status zwischen dem Herkunftsland und dem neuen Aufenthaltsland dazu beitragen, dass sich die HIV-Vulnerabilität in eine negative Richtung verändert. Ebenso wird häufig in den Herkunftsländern über HIV-Infektionsrisiken weniger offen kommuniziert, weil HIV-infizierte Menschen gesellschaftlich stigmatisiert werden (vgl. RKI, 2010, S. 40).

Besonderheiten sind auch bei Migranten aus Ost- und Zentraleuropa in der Gestaltung von Präventionsmaßnahmen zu bedenken. Denn sie infizieren sich häufig über gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte unter Männern sowie durch intravenösen Drogenkonsum. Allerdings sind homosexuelle Kontakte insbesondere für Männer aus Ost- und Zentraleuropa tabubehaftet. Folglich werden Präventionskampagnen, die MSM ansprechen, vermutlich weniger erfolgreich rezipiert (vgl. RKI, 2010, S. 40). Anders sieht es bei Migranten aus HIV-Hochprävalenz-Regionen⁸³ aus, bei denen bei Einwanderern aus Afrika südlich der Sahara die Frauen gegenüber den Männern überwiegen (vgl. RKI, 2010, S. 41; vgl. Kapitel 2.2.2).

⁸³ Hierzu zählen im Wesentlichen Afrika südlich der Sahara, einige Länder in der Karibik und einige Länder in Südostasien, besonders Thailand (vgl. RKI, 2010, S. 41).

2.2.6 Zusammenfassung

- Die HIV/AIDS-Prävalenz liegt in Afrika südlich der Sahara und in Tansania bei den Frauen in der Altersspanne zwischen 15 und 24 Jahren deutlich höher als bei den Männern.
- Vor allem 15- bis 24-jährige Frauen und aber auch Männer infizieren sich mit HIV/AIDS. Demzufolge sind HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen früh anzusetzen, um diese Zielgruppen zu erreichen, bevor sie sich infizieren (vgl. UNAIDS, 2008, S. 33).
- Verschiedene HIV-Übertragungswege könnten durch einfache Präventionsmaßnahmen umgangen werden. Zum Beispiel infiziert sich ein Großteil der Kinder, die mit HIV leben, mit dem HI-Virus während der Schwangerschaft, Geburt oder dem Stillen. Das HIV-Infektionsrisiko der Mutter-Kinder-Transmission ist in Deutschland sehr viel geringer als in Tansania.
- In Tansania ist weit mehr als die Hälfte der Bevölkerung jünger als 24 Jahre. HIV/AIDS wird in Tansania über heterosexuelle Kontakte bei Menschen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren übertragen. Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass der erste sexuelle Kontakt vor dem Erreichen dieser Altersgrenze erlebt wird, so dass präventive Maßnahmen in Tansania in erster Linie für diese Altersgruppe sinnvoll erscheinen.
- Während sich das HIV-Infektionsrisiko in Deutschland eher auf bestimmte Risikogruppen bezieht, determinieren in Tansania demographische und soziaökonomische Merkmale wie zum Beispiel das Alter, die Bildung, der Wohnort oder vorausgegangene Schwangerschaften die HIV-Prävalenz.
- In Deutschland weisen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), die höchste HIV-Infektionswahrscheinlichkeit auf. Ebenso stellen Migranten einen wichtigen Übertragungsweg dar.

2.3 HIV/AIDS als gesellschaftliches Phänomen

Wenngleich HIV/AIDS in den Industrieländern zunächst nur mit Homosexualität und Drogen assoziiert wurde, machte die steigende HIV-Prävalenz in den Entwicklungsländern deutlich, dass die Krankheit ein Problem ganzer Gesellschaften geworden war. So betonen auch Wolf und Herbst (2003), dass sich HIV/AIDS durch die welt-

weite Ausbreitung, die die Autoren zum Beispiel mit dem internationalen Handel mit Blutprodukten begründen, eine „Bedrohung mit globalen Ausmaßen angenommen“ hat (Wolf & Hörbst, 2003, S. 203). In diesem Kontext deuten Wolf und Hörbst (2003) auf die Bemühungen der WHO hin, die als „globaler Wächter zur Wiederherstellung der Weltordnung“ beauftragt wurde, der Epidemie auf internationaler Ebene zu begegnen (Wolf & Hörbst, 2003, S. 204). Sie zitieren ebenfalls die Kritik der WHO, die moniert, dass die Länder die Empfehlungen der WHO auf nationaler Ebene kaum umsetzen. Die Autoren sind darüber hinaus der Meinung, dass HIV/AIDS in Anbetracht des existentiellen Einflusses von HIV/AIDS auf die Gesellschaft mehr als andere Epidemien eine interdisziplinäre Unterstützung aus den Sozialwissenschaften benötigt (vgl. Wolf & Hörbst, 2003, S. 204). Auch Kalipeni et al. (2004) argumentieren, dass HIV/AIDS mit Sexualität, Blut, Moral, Krankheit und Tod, Gewalt, Stigmatisierung, Zurückweisung, Verzweiflung, Mitleid, Hoffnung und Mut in Verbindung gebracht wird und diese Assoziationen über ein Krankheitsbild hinausgehen. Vielmehr sind die intimsten Bereiche des Lebens betroffen (vgl. Kalipeni, et al., 2004, S. 89). Entsprechend wird das HI-Virus auch als ein „Virus sociologicus“ bezeichnet (Wolf & Hörbst, 2003, S. 204). Dieser Ausdruck verdeutlicht die gesellschaftliche Verankerung von HIV/AIDS, zu deren Bekämpfung medizinische und medikamentöse Therapien nicht genügen (vgl. Wolf & Hörbst, 2003, S. 204). Köhl und Schürhoff (2001) weisen in ihrer Arbeit darauf hin, dass die sozialwissenschaftliche und sozialpsychologische Auseinandersetzung wesentliche Aspekte der Bekämpfung von HIV/AIDS darstellen. Die Krankheit und die Art ihrer Verbreitungsdynamik sind Ursachen für vielfältige Ängste, die Diskriminierung und Stigmatisierung in der Gesellschaft hervorrufen. „Aufgrund ihrer spezifischen Eigenarten [führt die Krankheit] in besonderer Weise zu irrationalen und vorurteilsgesteuerten gesellschaftlichen Reaktionsformen“ (Köhl & Schürhoff, 2001, S. 16–17).

Um Antworten auf die Herausforderung der Bekämpfung von HIV/AIDS in Afrika südlich der Sahara zu finden, sind die Ursachen der Epidemie bedeutsam. Dabei spielen Fragen nach dem kulturellen, sozioökonomischen und politischen Kontext, dem Krankheitsgeschehen, dem Verhalten der Bevölkerung, dem Umgang mit Tabus, der Rolle des Glaubens, den Geschlechterbeziehungen und auch des individuellen Verhaltens eine bedeutsame Rolle (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 89). Die HIV/AIDS-Epidemie in Afrika wird von Kalipeni et al. (2004, S. 202) als ein Produkt sozialer,

ökonomischer und politischer Faktoren bewertet, die zur weiteren Ausbreitung⁸⁴ von HIV/AIDS beitragen. Die Auswirkungen von HIV/AIDS betreffen sowohl in Industrieländern als auch in Entwicklungsländern alle Ebenen der Gesellschaft und stellen eine globale Herausforderung für ihre Bekämpfung dar (Kalipeni et al., 2004, S. 202).

Angesichts dieser Einschätzung werden im Folgenden die beeinflussenden Faktoren der HIV/AIDS-Ausbreitungsdynamik in Afrika südlich der Sahara und insbesondere in Tansania untersucht. Angemessen erscheint es, dabei die von Kalipeni et al. (2004) herausgearbeiteten Faktoren zu betrachten. So sieht der Autor insbesondere den kulturellen Kontext von Verhaltensweisen, den Glauben, die Traditionen, die Geschlechterverhältnisse, die individuellen und gesellschaftlichen Interessen, die Menschenrechte, die individuellen Motive, die politischen Zusammenhänge sowie die sozioökonomischen Bedingungen als grundlegende Faktoren, die sich auf HIV/AIDS auswirken, gleichzeitig aber auch von der Epidemie selber beeinflusst werden (vgl. Kalipeni, Craddock, Oppong, & Ghosh, 2004, S. 89). Um diese Faktoren herauszuarbeiten, wird eine in den Sozialwissenschaften weitverbreitete Dreiteilung der gesellschaftlichen Ebenen gewählt, die zum Beispiel von Dollinger und Raithel (2006) zur Erklärung der Theorien abweichenden Verhaltens verwendet wird (vgl. Dollinger & Raithel, 2006).⁸⁵ Entsprechend werden im folgenden Abschnitt die gesellschaftliche Makroebene, die individuelle Mikroebene sowie die geschlechtsbezogenen Verhältnisse betrachtet (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 10).

Auf der gesellschaftlichen Makroebene werden die ökonomischen, politischen und sozialen Bedingungen analysiert, innerhalb deren auch der kulturelle Kontext, die Religion, der Glaube und die Traditionen bedeutsam sind. Dabei werden die Einflüsse von Naturreligionen und des traditionellen Glaubens einbezogen. Demgegenüber

⁸⁴ Die Dynamik der HIV/AIDS-Epidemie lässt sich an der Anzahl der Menschen ablesen, die sich pro Jahr neu mit dem HI-Virus infizieren, sie wird als HIV-Inzidenz bezeichnet (vgl. BZgA, 2007, S. 3).

⁸⁵ Die übliche Einteilung der Sozialwissenschaften der gesellschaftlichen Ebenen sieht auf der makroökonomischen Ebene die gesellschaftliche Ebene vor. Die Mesoebene beschreibt die Beziehungen verschiedener gesellschaftlicher Gruppen zueinander. Auf der mikroökonomischen Ebene wird das individuelle Verhalten im Kontext der sozialen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen erörtert (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 10).

legt die Mikroebene das individuelle Verhalten offen. Dazwischen liegt die Mesoebene, die sich auf zwischengelagerte Bereiche wie Organisationen, Institutionen und Teilsysteme bezieht. Sie findet in der vorliegenden Arbeit jedoch keine weitere Berücksichtigung. Darüber hinaus werden die geschlechtsbezogenen Verhältnisse zwischen Frauen und Männern untersucht, die nach den Ausführungen von Dollinger und Raithel (2006) auch als transdimensionale Aspekte bezeichnet werden (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 10). Entsprechend wird der Frage der begründenden Faktoren für die im Vergleich zu Männern hohe HIV-Prävalenz in Afrika südlich der Sahara und in Tansania bei Frauen nachgegangen (vgl. Kapitel 2.2.3 sowie 2.2.4).

2.3.1 Ökonomische, politische und soziale Faktoren auf der gesellschaftlichen Ebene

Die Ursachen für die HIV/AIDS-Ausbreitung in Afrika südlich der Sahara werden von Kalipeni et al. (2004) in ökonomischen, politischen, sozialen Bedingungen sowie in kulturellen Hintergründen gesehen. So begünstigen die sozioökonomischen Ungleichheiten die HIV-Prävalenz. Sie spiegeln sich sowohl in den verschiedenen gesellschaftlichen Schichten als auch zunehmend in vertikaler Hinsicht in sozialen Milieus wieder. Gleichfalls ist die ungleiche soziale Stellung von Frauen und Männern in der Gesellschaft eine grundlegende Ursache für die Verfehlung der in der Millenniums-Entwicklungs Erklärung geforderten Umkehr der HIV/AIDS-Ausbreitung (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 131).

Auf ökonomischer Seite bewirkt wie bereits erwähnt die wachsende Anzahl an der in Armut lebenden Menschen eine Zunahme der HIV-Prävalenz (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 131; vgl. Kapitel 2.1.4). Des Weiteren korreliert die bereits beschriebene Urbanisierung in Afrika südlich der Sahara in von Kalipeni et al. (2004) analysierten Studien mit einer sinkenden sozialen und gesundheitlichen Versorgung. Sie hat Konsequenzen für die reproduktive Gesundheit⁸⁶. Diese ist insbesondere in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen wichtig, in der Menschen sich in Afrika südlich der Sahara fortpflanzen und in der aber auch die HIV-Prävalenz in dieser Region am

⁸⁶ Die reproduktive Gesundheit ist grundlegend für den Gesundheitsstand einer Gesellschaft (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 174; sowie Kapitel 2.1.4)

höchsten ist (vgl. Kapitel 0 und 2.2.4). Auch beschränkt eine mangelnde reproduktive Gesundheitsversorgung die Menschen in der Zugänglichkeit zu Prävention, Aufklärung und Versorgung. Dadurch wird die Erziehung und Aneignung salutogener sexueller Verhaltensmuster und die Veränderung gesundheitsgefährdender sexueller Verhaltensweisen erschwert (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 174).

Neben den dargestellten Konsequenzen der hohen HIV/AIDS-Prävalenz unter jungen Menschen, der Urbanisierung und der mangelnden gesundheitlichen Versorgung für die reproduktive Gesundheit, die sich letztendlich auf das Individuum auswirkt, entstehen gemäß den Ausführungen von Kalipeni et al. (2004) auch negative Effekte für die Volkswirtschaft. Da die höchsten HIV-Prävalenzraten im produktivsten und arbeitsfähigen Alter eines Menschen zu verzeichnen sind, hat die HIV/AIDS-Epidemie für viele Unternehmen und Betriebe in Afrika südlich der Sahara produktivitätsmindernde und kostensteigernde Auswirkungen. Die betriebswirtschaftliche Leistung wird nicht nur durch die Abwesenheit an AIDS erkrankter Mitarbeiter gesenkt. Auch machen die Autoren darauf aufmerksam, dass durch die Teilnahme an Beerdigungen bedingte Arbeitsausfälle nicht zu unterschätzen sind. Demzufolge entstehen Unternehmen und Betrieben erhöhte Kosten durch Personalfluktuations, durch die Ausbildung neuer Arbeitskräfte und die Gesundheitsfürsorge für Arbeitskräfte. Ebenfalls fällt durch an AIDS erkrankte Arbeitskräfte produktionspezifisches Wissen weg. Auch wenn HIV/AIDS-bedingte Erkrankungen nicht gleich zum Ausfall führen, können bereits körperliche Schwächen der Arbeitskräfte eine verringerte Produktivitätskraft der gesamten Volkswirtschaft nach sich ziehen (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 174)

Zwar wirken sich krankheitsbedingten Abwesenheiten aufgrund von HIV/AIDS in allen wirtschaftlichen Sektoren und Bereichen aus, doch sind nach Kalipeni et al. (2004) in Afrika südlich der Sahara wirtschaftliche Bereiche betroffen, in denen eine hohe Anzahl junger Menschen sowie auch die oben gekennzeichneten Risikogruppen wie Wanderarbeiter oder Truckfahrer beschäftigt sind (vgl. 2.2.2). Folglich sind zum Beispiel der Bergbau, das Transportwesen und die Landwirtschaft durch die HIV/AIDS-Verbreitung beeinträchtigt (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 174). Die Welthungerhilfe und terre des hommes (2003) merken an, dass durch Einbrüche der landwirtschaftlichen Produktionsleistung die Preise für regionale Nahrungsmittel ansteigen können. Kompensiert wird die verringerte Leistungsfähigkeit dann durch den

Anbau von weniger arbeitsintensiven und damit häufig einhergehend nährstoffärmeren Produkten. Dieser kann zu einer Verschlechterung der Gesundheit der Menschen führen und dadurch die HIV/AIDS-Vulnerabilität erhöhen (vgl. Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 34).

Viele Länder und fragile Staaten sind in Afrika südlich der Sahara durch korrupte Regierungen und politische Instabilitäten gekennzeichnet. Diese fördern im negativen Sinn wirtschaftliche Krisen und Verschuldungen von Staaten. Gleichfalls sind fragile Staaten häufiger als andere Staaten von Kriegen, Konflikten und Hungersnöten betroffen. Diese tragen in einem besonderen Maße zur Verbreitung der HIV/AIDS-Epidemie bei. Im Wesentlichen sind dafür nach Kalipeni et al. (2004) zwei Faktoren bedeutsam. Zum einen gibt es durch Kriege und Katastrophen eine hohe Anzahl an Migranten und Flüchtlingen, die durch die schlechten Lebensbedingungen im Migrationsprozess ein erhöhtes HIV-Infektions- und Übertragungsrisiko aufweisen. Durch ihre hohe Mobilität tragen sie zur Prävalenz von HIV/AIDS bei (vgl. Kapitel 2.2.2). Zum anderen ist die Gewaltbereitschaft in Kriegsgebieten hoch und Vergewaltigungen von Frauen und Mädchen sind verbreitet. Folglich wird die HIV/AIDS-Epidemie in Afrika südlich der Sahara von den Autoren auch als ein „Verbund mehrerer Mikroepidemien“ betrachtet, die durch die mobile Bevölkerung weitergetragen wird (Kalipeni et al., 2004, S. 190).

Auf internationaler Ebene wird von den UN auf den Zusammenhang zwischen der Verletzung der Menschenrechte und einer höheren HIV/AIDS-Vulnerabilität hingewiesen (zum Beispiel UN, 1997, #conclusions of the consultation). Denn die Menschen, deren Zugang zu fundamentalen sozialen und ökonomischen Rechten beschränkt ist, haben auch nur begrenzte Möglichkeiten, ihre Selbständigkeit zu verteidigen, ihren Lebensunterhalt zu bestreiten und sich selber vor HIV/AIDS zu schützen (Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 36). Sie besitzen daher ein höheres HIV-Infektionsrisiko. So zählen Menschenrechtsverletzungen oftmals auch als Ursache für eine zunehmende HIV-Prävalenz in einem Land. Das Recht auf Gesundheit und das Recht auf Leben wird gemäß der Welthungerhilfe und terre des hommes im Kontext von HIV/AIDS (2003) dann verletzt, wenn ein mangelnder Zugang zu Präventionsprogrammen und Therapien besteht (vgl. Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 36). Die Menschenrechtskommission der UN hat das Recht

auf eine adäquate Therapie bei HIV/AIDS als einen Teil des „Rechts auf Gesundheit“ definiert⁸⁷ (vgl. UN, 1997, #conclusions of the consultation). Im Zusammenhang mit HIV/AIDS wird zudem häufig das Recht auf Privatsphäre verletzt (Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 3.). Als eine Verletzung dieses Rechts gelten der HIV-Antikörpertest als Einstellungsvoraussetzung in Unternehmen oder als Bedingung zur Einreise in ein Land sowie die Weitergabe von Ergebnissen an Dritte ohne Wissen der HIV/AIDS-Betroffenen (vgl. Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 36).

Weinreich und Benn (2003) verdeutlichen, wie soziale Faktoren zur Verbreitung von HIV/AIDS beitragen. Hierbei sind die gesellschaftliche Stigmatisierung, Diskriminierung und Tabuisierung zu nennen, die unterschiedlich in Erscheinung treten. Sie beruhen häufig auf Vorurteilen gegenüber Frauen, der Tabuisierung von Sexualität oder der Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV/AIDS-betroffenen Menschen sowie der ärmsten Bevölkerungsanteile beziehungsweise der in Armut lebenden Menschen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 67). Während bei Männern eine HIV-Infektion als Folge ihrer Promiskuität⁸⁸ betrachtet wird, stehen HIV-positive Frauen im Verdacht des außerehelichen Sexualverkehrs. Die soziale Umwelt bildet schnell Vorurteile über die Frauen, nach denen sie sich durch wechselnde Partner oder durch Prostitution infiziert haben. Auch werden Frauen für die Ausbreitung von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten verantwortlich gemacht. Die für die Bekämpfung von HIV/AIDS notwendige offene Auseinandersetzung mit der Krankheit wird durch Stigmatisierung und Ablehnung der betroffenen Menschen verhindert (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 67). Des Weiteren führen die Autoren die vielschichtigen, sozial bedingten Probleme von Waisen und Witwen an, die durch HIV/AIDS hervorgerufen werden. Demnach zeigen sich Stigmatisierung und Formen der Ablehnung und Ausgrenzung von HIV-positiven Menschen durch Verweigerung von Pflege, Verlust des Wohnraums oder physische Gewalt. Sie begründen sich häufig in der Angst

⁸⁷ Das Recht auf eine adäquate Therapie insbesondere in den Entwicklungsländern wird in der Zweiten Internationalen Konsultation über HIV/AIDS und Menschenrechte (E/CN.4/1997/37) festgehalten (vgl. UN, 1997, #conclusions of the consultation).

⁸⁸ Promiskuität bedeutet, dass Männer mehrere Geschlechtspartner gleichzeitig haben.

vor Ansteckung mit dem HI-Virus oder in finanziellen Mängeln. In Tansania wurden bestimmte Gruppen beschuldigt, für die Verbreitung der HIV/AIDS-Epidemie verantwortlich zu sein. Dabei wurde unter anderem den Commercial Sex Workers (CWS) die Schuld für die Übertragung von HIV/AIDS zugewiesen. Hingegen möchten die Beschuldiger keine Verantwortung für HIV/AIDS übernehmen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 67).

Bei der Betrachtung des kulturellen Kontextes, in dem sich Stigmatisierung und Diskriminierung bewegen, sind die Überlegungen von Hirschmann (2003) weiterführend. Denn seiner Ansicht nach ist die von westlich geprägten Wissenschaftlern vielfach vorgenommene Unterteilung in die eine oder andere Kultur in Afrika südlich der Sahara in derartiger Form nicht vorzufinden. Das Konzept afrikanischer Kulturen nimmt häufig keine strikte Kategorisierung zwischen wissenschaftlich-kausalen Paradigmen und traditionellen Weltbildern vor. Das Beispiel der medizinischen Terminologie verdeutet die begriffliche Voreingenommenheit wissenschaftlich-rationaler Weltbilder. Denn die afrikanische Perspektive unterscheidet nicht zwischen dem magisch-religiösen und dem westlichen wissenschaftlich-kausalen Paradigma der Medizin. Sondern der Begriff Medicine bedeutet für Afrikaner sowohl die traditionelle Heilkunst eines *Witchdoctors*, um die Abwehr gegen magische Einflüsse zu stärken, als auch die ärztliche Behandlung in einem Krankenhaus. Entsprechend lenkt hier der Ausdruck „Wer heilt, hat Recht“ das Erklärungsmuster für Ursachen von Krankheit und die Wahl der Behandlung (Hirschmann, 2003, S. 78).

Die Äthiologie von Erkrankungen geht in der afrikanischen Kultur über die naturwissenschaftlich-biomedizinischen Ansätze hinaus. Für diese Erklärung ist die westliche Medizin nicht geeignet, wenngleich sie sogar häufig die kostengünstigere Alternative zu den aufwendigen Behandlungen traditioneller Medizin darstellt (vgl. Hirschmann, 2003, S. 78). Mit zunehmenden naturwissenschaftlich-biomedizinischen Einflüssen auf die Gesellschaft nehmen jedoch auch die Erklärungsansätze für die HIV/AIDS-Epidemie zu. Sie lösen die indigenen Ansätze über die Funktionsweise des Körpers und die damit verbundene Krankheitsäthiologie ab. Trotzdem hat HIV/AIDS für die meisten Menschen in ländlichen Gegenden, wenngleich sie einige medizinische oder biologische Fakten kennen, einen religiösen oder magischen Ursprung und wird als

die Folge des Einflusses höherer Mächte verstanden (vgl. Hirschmann, 2003, S. 77–78).

Weinreich und Benn (2003) verweisen auf Studienergebnisse, bei denen verschiedene soziale und individuelle Faktoren in afrikanischen Städten untersucht wurden und eine Korrelation mit der HIV-Prävalenz festgestellt wurde. Die dafür betrachteten Faktoren waren ein niedriges Alter von Frauen beim ersten sexuellen Verkehr, eine Altersdifferenz der Ehepartner, die Verbreitung weiterer sexuell übertragbarer Krankheit und die Zirkumzision (Beschneidung) bei Männern. Ebenso tragen das im Vergleich zu westlich-europäischen Bevölkerungen junge Durchschnittsalter afrikanischer Gesellschaften und damit die Wahrscheinlichkeit, noch eher sexuell aktiv als ältere Menschen zu sein, zu einer höheren HIV-Inzidenzrate bei (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 79).

2.3.2 Kultur, Glaube, Religion und HIV/AIDS

Hirschmanns (2003) Recherchen zur Kultur und Kirche in Afrika südlich der Sahara geben einen bildlichen Einblick in die Verflechtungen von Glaube, Religion und HIV/AIDS. Sie berücksichtigen die kulturellen Besonderheiten und erscheinen somit als geeignete Grundlage der nachfolgenden Analyse. Der Autor baut seine Ausführungen vor dem Hintergrund des bereits in der Einleitung dieses Kapitels angedeuteten kulturellen und ethnischen Rahmens auf. Demnach ist der Subkontinent durch vielfältige ethnische Gruppen, Religionen und Glaubensgemeinschaften geprägt. Aufgrund ihres Ursprungs, der auf die Bantustämme zurückgeht, die auf Sansibar und in den Küstenregionen von Tansania gelebt hatten, ist bei den Menschen im religiösen Leben der Glaube an eine transzendente, übermächtige Macht mit der Bedeutung der Ahnen verknüpft. Vorkoloniale afrikanische Gesellschaftsformen waren über soziale Beziehungen, Familien und Clans organisiert. Sie wurden von einem König regiert, der gleichzeitig die religiöse Autorität darstellte und somit der spirituelle Führer war. Ein wichtiges Merkmal für die kulturelle Prägung der Gesellschaften in Afrika südlich der Sahara war, dass der Bestand an Frauen ein Ausdruck für den

Reichtum eines Clans war und die Möglichkeit für Wachstum bot. Polygynie⁸⁹ war somit eine grundlegende Institution, wodurch die Macht und der Einfluss des Stammes vergrößert werden konnte (vgl. Hirschmann, 2003, S. 23–24).

In Tansania leben im Jahr 2011 ungefähr 99 Prozent Afrikaner, von denen 95 Prozent auf das Volk der Bantu zurückzuführen sind. Sie bestehen aus mehr als 130 verschiedenen Stämmen. So ist die offizielle Sprache auch Kiswahili (auch als Swahili bezeichnet), die eine Muttersprache der Bantustämme ist.⁹⁰ Das restliche Prozent der Einwohner Tansanias setzt sich aus Asiaten, Europäern und Arabern zusammen. Vor allem auf der Insel Sansibar leben hauptsächlich Araber, so dass dort fast alle Menschen Muslime sind. In Tansania sind *30 Prozent der Einwohner Christen* und die meisten davon sind katholische Christen. Des Weiteren sind *35 Prozent Muslime* und *ebenso viele Menschen sind Anhänger indigener, traditioneller Naturreligionen*, deren Riten auch oft von Christen und Muslimen mitbeachtet werden. Darüber hinaus sind in Tansania auch sämtliche weitere Kirchen vertreten und in jüngerer Zeit gewinnen immer mehr charismatische und pfingstlerische Gruppen an Popularität (vgl. CIA, 2011a, #people).

Die Religionen und Glaubensgemeinschaften sind sich in ihren religiösen Normen in Bezug auf Sexualität ähnlich. Allerdings ist der indigene Glaube freizügiger als das Christentum.⁹¹ Eher unterscheiden sie sich in der Beurteilung bei der Verletzung von Regeln. Aber alle verschiedensten Religionen wie Juden, Muslime und Christen favorisieren das Ideal einer lebenslangen ehelichen Partnerschaft (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 129). Die strikte Sexualmoral christlicher Kirchen spielt bei der Erziehung eine bedeutsame Rolle. Ihr Einfluss spiegelt sich bis hin zu den Lehrpläne in

⁸⁹ Polygynie (Vielweiberei) bezeichnet eine Ehe, in der es dem Mann erlaubt ist, mehr als eine Frau zu heiraten. Sie ist eine Form der Polygamie.

⁹⁰ Kiswaheli ist zwar die offizielle Sprache, die auch häufig in der Schule gesprochen wird. Jedoch ist die erste Amtssprache in Wirtschaft, Verwaltung und in der höheren Bildung Englisch. Auf Sansibar wird vornehmlich Arabisch gesprochen (vgl. CIA, 2011, #people).

⁹¹ Diese Gemeinsamkeiten der Religionen führten zu einer gemeinsam abgegebenen Erklärung der Religionsgemeinschaften zu HIV/AIDS vor den Vereinten Nationen (World Council of Churches im Jahr 2001) (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 129).

Schulen wieder (vgl. Hirschmann, 2003, S. 83). Die Bindungen an die Kirche sind in Afrika südlich der Sahara im Allgemeinen weniger fest, so dass Konversionen zu anderen Glaubengemeinschaften häufiger stattfinden. Menschen in afrikanischen Kirchen und indigenen Gemeinschaften stehen den göttlichen Mächten weniger selbstbewusst gegenüber als in westlichen Glaubenspraktiken. Hirschmann (2003) schlussfolgert daraus, dass die höheren Mächte einen wesentlichen Einfluss auf das Schicksal nehmen und somit auch das Verständnis von Gesundheit und Krankheit bestimmen (vgl. Hirschmann, 2003, S. 83).

Weinreich und Benn (2003) verdeutlichen die Unterschiede und Ursachen kultureller und religiöser Wahrnehmung von Krankheit und Sexualität anhand von drei unterschiedlich vorherrschenden weltanschaulichen Orientierungen beziehungsweise Paradigmen einer Gesellschaft.⁹² Wenngleich es keine kulturellen Interpretationsmuster wie europäische oder asiatische Kultur geben kann, scheint es einige typische Prägungen zu geben.⁹³ Die divergierenden Reaktionen auf HIV/AIDS sind demnach in *wissenschaftlichen, religiösen und traditionellen Paradigmen* mit ihren jeweiligen Erklärungsansätzen zu verorten. Während sich das wissenschaftliche Paradigma auf naturwissenschaftliche Gesetze und empirisch prüfbare Wahrscheinlichkeiten beruft, stützt sich das religiöse Paradigma auf Weltanschauungen, die sich über eine lange Zeit hinweg in den Weltreligionen ausgeprägt haben. So haben die christlichen Kirchen im Zuge der Missionarsbewegung in ihrer Auseinandersetzung mit Religion und Tradition auch neue Aspekte in das Verständnis von Krankheit und Heilung gebracht (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 128–129).

In Afrika südlich der Sahara hat in erster Linie das traditionelle Paradigma Einfluss auf die Interpretation von HIV/AIDS. Das Individuum ist dabei in ein kulturelles System eingebunden, das von traditionellen, magischen und religiösen Vorstellungen

⁹² Sie geben nach Meinung der Autoren auch eine Erklärung für die Frage nach den national unterschiedlichen Reaktionen und politischen Strategien auf das HIV/AIDS-Problem einzelner Länder (vgl. hierzu Weinreich & Benn, 2003, S. 128–129).

⁹³ Es kann nicht von der afrikanischen, asiatischen oder lateinamerikanischen Kultur gesprochen werden, sondern die kulturellen Traditionen sind gemäß den historischen, ethnischen oder geographischen Regionen zu verorten (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 128).

umrahmt wird. Dementsprechend orientiert sich das Leben nicht an „Viren und rationalen Kausalitäten, sondern [wird] von transzendenten Mächten und einem unabänderlichen Schicksal bestimmt“ (Hirschmann, 2003, S. 9). Neben den traditionellen Weltanschauungen existiert aber auch das wissenschaftliche Paradigma, das von westlichen Vorstellungen der Industrieländer geprägt ist. Diese Koexistenz ruft bei Wissenschaftlern mitunter Konflikte zwischen den divergierenden Haltungen hervor. Des Weiteren liegt traditionellen Weltanschauungen ein anderes Verständnis zugrunde als religiösen Paradigmen. Sie sind weniger historisch gewachsen, sondern beruhen auf lokalen Entwicklungen. Demnach werden Krankheiten als ein negatives Ereignis betrachtet, dass mit Unglück in Verbindung gebracht wird. Das Unglück wiederum hängt mit dem Handeln eines anderen Menschen zusammen. Auf dieses Verständnis ist auch der Glaube zurückzuführen, dass HIV/AIDS durch die Zauberei (*Witchcraft*) entstanden ist. Zauberei wird jedoch nicht wie in westlichen Gesellschaften mit negativen Assoziationen verbunden. Vielmehr stellen sie ein relevantes Erklärungsmuster für Krankheiten dar, weil viele Menschen auch gar nicht wahrnehmen möchten, dass ihre Krankheitssymptome durch AIDS hervorgerufen wurden (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 130).

Dieser Glaube führt auch dazu, dass gemäß den Erbschaftstraditionen keine Frauen geheiratet werden, die mit einem Mann verheiratet waren, der an AIDS gestorben ist (vgl. TACAIDS, 2004, #Determinants of the Epidemic). Ebenfalls kann der Glaube an die Kraft der Witchdoktoren eine Form der „Verdrängungsstrategie [sein] ..., um der Auseinandersetzung mit individuellem Verhalten als Ursache von Aids ausweichen zu können“ (Weinreich & Benn, 2003, S. 130). Magische Kräfte scheinen dabei als Erklärung einer Krankheit, an der unverständlicherweise viele junge Menschen sterben, für Menschen mit traditionellen Vorstellungen angebrachter als wissenschaftliche Begründungen für eine Krankheit zu sein (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 130).

Afrikanische Glaubensgemeinschaften treten somit für ein Weltbild ein, das die HIV-Übertragung nicht in die Verantwortung des einzelnen Menschen legt, sondern als den unvermeidbaren Willen Gottes ansieht. So tabuisiert die traditionelle Kultur zwar die Sexualität, verfolgt aber keine so strikten Moralvorstellungen wie im Christentum. In der christlichen Kirche wird eher das Bild der göttlichen Strafe verwendet. Auch die muslimischen Glaubensrichtungen erlauben anders als die christliche Glaubenslehre

den Kondomgebrauch. Dennoch lehnen auch sie eine sexuelle Freizügigkeit ab. So ignorieren Menschen, die afrikanischen Glaubensrichtungen angehören, auch weitgehend die westlichen Elemente des christlichen Glaubens. Besonders die Eheschließung wird nicht in dem Sinn eines Sakramentes aufgefasst, das vom Menschen nicht gelöst werden darf. Vielmehr gibt es in afrikanischen Ländern eine hohe Scheidungsrate. Eine christliche Eheschließung kommt dabei aus Angst vor den Folgen der Versündigung eher nicht vor (vgl. Hirschmann, 2003, S. 83–84). Zusammengefasst speisen sich religiöse Glaubensrichtungen in Afrika südlich der Sahara einerseits aus den traditionellen Vorstellungen und andererseits aus den eingeführten Hochreligionen wie Christentum und Islam. Den Richtungen gemeinsam ist der Glaube an ein höchstes Wesen (vgl. Hirschmann, 2003, S. 84).

Entsprechend wird HIV/AIDS im Sinne eines christlich-fundamentalen Glaubens als eine Strafe Gottes für das sexuelle Verhalten erklärt. Vor dem Hintergrund, dass verschiedene Glaubensgemeinschaften die Botschaften vom nahen Ende der Welt streuen, wird die HIV/AIDS-Epidemie als Bestätigung der eschatologischen Prophezeiungen gedeutet. Sie stellt den Anfang vom Ende dar. Somit wird der „Widerspruch zwischen dem christlichen Ideal auf der einen Seite und dem tatsächlichen Verhalten auf der anderen Seite ... im Kontext von biblischer Eschatologie interpretiert“ (Hirschmann, 2003, S. 84). Dadurch sind Zeitpunkt und Art des Todes für die meisten Afrikaner eine von höheren Mächten festgelegte Konstante. Entsprechend dieser Logik kann eigenes Handeln wie zum Beispiel der Kondomgebrauch auch keinen Schutz vor einer HIV-Infektionen darstellen (vgl. Hirschmann, 2003, S. 84).

2.3.3 Christentum und HIV/AIDS

Die Haltung der christlichen Kirche gegenüber Sexualität wird nach Weinreich und Benn (2003) bezüglich HIV/AIDS häufig selber als Teil des Problems betrachtet. Denn die strenge Sexualmoral, die mangelnde Akzeptanz HIV-infizierter Menschen und die Ablehnung von Maßnahmen wie der Kondomgebrauch behindern die erfolgreiche Prävention von HIV/AIDS. Kirchen tragen durch ihre Haltung nicht zur Enttabuisierung von HIV/AIDS und zur Reduzierung von Diskriminierung von HIV-infizierten Menschen bei (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 134).

Die ablehnende Haltung der christlichen Kirchen, politischen oder kirchlichen Eliten, religiösen Glaubensgemeinschaften und indigenen Gruppen findet Ausdruck in der Diskriminierung von Männern, die homosexuelle Kontakte zu Männern haben. Homosexualität wird sogar als eine krankhafte Eigenschaft betrachtet. Durch die Tabuisierung der gleichgeschlechtlichen Lebensform werden häufig Frauen als Überträger des HIV-Virus beschuldigt, obgleich sich der Mann durch Sex mit einem anderem Mann HIV infiziert haben kann (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 98).⁹⁴ Weil homosexuelle Menschen ausgegrenzt und stigmatisiert werden, identifizieren sich viele Männer nicht als homosexuell und heiraten dann trotzdem eine Frau. Demgemäß wird homosexueller Kontakt auch nicht als bedeutsamer HIV-Übertragungsweg angesehen und die Gefahr der HIV-Infektion sowohl für die unwissende Ehefrau als auch für andere Männer ignoriert (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 98).⁹⁵ In diesem Kontext kritisiert Hippler (2007) die Sexualmoral der christlichen Kirche. Denn sie kommt bei strikter Befolgung nach Meinung des Autors einem Todesurteil gleich, weil die Männer das HI-Virus unbemerkt auch an ihre Ehefrauen weitertragen. Zum Beispiel wurde die Gefahr der HIV/AIDS-Epidemie in den frühen 1980er Jahren in den USA aus religiösen Gründen unterschätzt. Sie wurde als Schwulenkrankheit bezeichnet und als Strafe für verwerfliches moralisches Verhalten angesehen. So konnte sich das HI-Virus aufgrund der religiös gesteuerten Missachtung unbehelligt ausbreiten (vgl. Hippler, 2007, Tödliche Gebote).

2.3.4 Traditioneller Glaube, Naturreligionen und AIDS

Neben den christlichen Einflüssen ist die Bedeutung des traditionellen Glaubens in Afrika südlich der Sahara im täglichen Leben hinsichtlich des Umgangs mit Krankheiten und HIV/AIDS wahrzunehmen. Entsprechend wird auch immer wieder in Tageszeitungen und überregionalen Zeitungen über das Problem berichtet. Dies soll an einem Beispiel aus der Zeitung *The Guardian* vom 28. Dezember 2005 verdeutlicht

⁹⁴ Das homosexuelle Verhalten von Männern in Afrika südlich der Sahara findet überhaupt erst seit Ende der 1990er Jahre Beachtung in der Forschung (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 98).

⁹⁵ Ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko wird bei Männern vielmehr durch die Ausübung bestimmter Berufe und in der Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Schichten begründet (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 98).

werden. Der Redakteur Vidal zeigt in einem Artikel über den Einfluss von Witchdoktoren auf das individuelle Handeln in afrikanischen Gesellschaften (2005), dass das Verhalten der Menschen von „so many cultural misconceptions“ bestimmt ist (Vidal, 2005, #Zambia struggles with power of witchdoctors). Demnach glauben manche Menschen, dass HIV gar nicht existiert oder ein Mensch sich nur mit HIV infizieren kann, wenn er Sex mit einer Witwe hatte. Entsprechend verdeutlicht der Autor, dass HIV/AIDS in ihrem Glauben der Fluch eines Geistes ist. Deshalb fürchten sich Menschen eher, einen HIV-Test zu machen, weil HIV mit Stigmatisierung belastet ist und sie sich angesichts der Gefahr eines positiven Testergebnisses bloßgestellt fühlen würden.

Der Mythen- und Aberglaube geht so weit, dass Menschen glaubten, dass sie sich mit HIV infizieren könnten, wenn sie im Auto eines Aufklärungs-, Informations- oder Beratungszentrums für HIV/AIDS säßen. Im Zeitungsartikel von Vidal (2005) wird eine Mitarbeiterin einer HIV/AIDS-Selbsthilfegruppe interviewt. Sie berichtet anschaulich über die von Aberglauben geleiteten Lebenssituationen:

Men are frightened. Women are vulnerable. The poor are desperate. They really do not want to know, even if it means dying. Some men are polygamists. A lot of poor women are so desperate that they go with people who have money. People fear going to clinics, fear having fingers pointed at them, they think that they will not feel the same if they put a condom on. Some men believe that if you sleep with a young woman you will be cured. Others that if you eat African potatoes you will get better (Vidal, 2005, #Zambia struggles with power of witchdoctors).

Es wird deutlich, dass Verzweiflung, Angst, Stigmatisierung und Mythosglaube auf Missverständnissen und Informationsmangel aufbauen und Menschen deshalb an AIDS sterben. Des Weiteren möchte der Zeitungsartikel darauf hinweisen, dass Menschen ihre Angst nur durch genügend Information und Aufklärung verlieren und dann auch erst ihr Verhalten ändern können (vgl. Vidal, 2005, #Zambia struggles with power of witchdoctors). Grundsätzlich kann nach Hirschmann (2003) davon ausgegangen werden, dass traditionelle Glaubensvorstellungen, Naturreligionen und der Glaube an die heilenden Kräfte von Witchdoktoren in ländlichen Gebieten vorzufinden sind, hingegen in Städten eher wissenschaftlich geprägte Haltungen den Umgang mit HIV/AIDS beeinflussen. Trotzdem ist der Glaube an Hexerei oder Zauberei, der ein Element der Naturreligionen darstellt, in allen Regionen und Ländern in Afrika südlich der Sahara nach wie vor weit verbreitet. So nehmen Witches (Hexen) Ein-

fluss auf Krankheit und Tod. Sie werden den Naturreligionen zugeordnet, weil sie mit Kräutern und Zaubetränken heilen.

Ferner kann mittels magischer Beeinflussung über die Verteilung von Gütern bestimmt werden. Denn verfügen Menschen über mehr Besitz, als ihnen nach dem indigenen Konzept gemäß ihrer gesellschaftlichen Stellung zusteht, schüren sie den Verdacht, durch magische Beeinflussung gestohlen zu haben. Aus der Kolonialzeit hat sich ein Gesetz gehalten, dass es verbietet, jemanden der Hexerei zu bezichtigen und magische Praktiken auszuüben. Die Kolonialmächte negierten die Existenz von Hexerei. Allerdings hat sich das Gesetz nie durchgesetzt, weil es für die afrikanischen Menschen zur wirklichen Regulierung von Hexerei unbrauchbar schien. Denn die magische Macht ist für die meisten Menschen in Afrika südlich der Sahara ebenso real wie weltliche Größen und steht in keinem Widerspruch zu den Religionen wie Christentum und Islam (vgl. Hirschmann, 2003, S. 83–84).

Die Magie gibt bei der zunehmenden Globalisierung und den gesellschaftlichen Veränderungen Halt und Sicherheit, die bei vielen Menschen zu Verunsicherungen führen (vgl. Hirschmann, 2003, S. 83). Durch die Witchdoktoren sind magische Praktiken verbreitet, die auf sexuellen Vergehen basieren und inzestuös sein können. Zum Beispiel raten die selbsternannten Heiler den Menschen, die ihr Reichtum vermehren möchten, dass sie Geschlechtsverkehr mit ihren Töchtern haben sollten. „Die kombinierte Verwendung von Zauberkräutern und inzestuösem Vater-Tochter-Kontakt soll beispielsweise bei Bauern die Vermehrung des Viehs anregen“ (Hirschmann, 2003, S. 85). Gefährlicher Weise sind auch Zauberei und Kräuteranwendungen gegen eine HIV-Ansteckung verbreitet. Dabei bedeutet die Hexerei den Versuch, das Unbegreifliche fassbar zu machen. Entsprechend glauben die Menschen, dass der Tod nicht durch AIDS eintritt, sondern auf die Verhexung von böswilligen Menschen zurückzuführen ist. Dahinter steht der Glaube, dass alles, was durch Magie verursacht wurde, auch mit Magie wieder geheilt werden kann. Ebenso ist der Glaube verbreitet, dass eine HIV-Infektionen durch Geschlechtsverkehr mit einer Jungfrau wieder rückgängig gemacht werden oder magische Schutzamulette eine HIV-Infektion verhindern können (vgl. Hirschmann, 2003, S. 85–86). Ebenfalls gibt es den Glauben, dass durch regelmäßig betriebenen Geschlechtsverkehr die Gesundheit gesichert werden kann (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 98).

Kulturelle Hintergründe spielen bei der Wahrnehmung und Begegnung der HIV/AIDS-Epidemie eine bedeutsame Rolle, weil die Krankheit an sich schon als kulturfremd eingestuft wird. Demzufolge wird den medizinischen Interventionen und dem Kondomgebrauch, die als kulturfremde Maßnahmen betrachtet werden, ein geringerer Wert als den Behandlungsmethoden der traditionellen Heiler zugewiesen. Kondome werden zum Beispiel mit Promiskuität und unmoralischem Sex assoziiert. Diese Einschätzung wird durch Präventionsprogramme verstärkt, die sich vorwiegend auf Risikogruppen wie Prostituierte und Truckfahrer konzentrieren. Mit diesen Gruppen möchten Menschen im Allgemeinen nicht in Verbindung gebracht werden und kaufen ihre Kondome daher nur heimlich. Es kann sogar als Beleidigung der Frau aufgefasst werden, wenn der Mann ein Kondom benutzt. Darüber hinaus sind Kondome in einer Gesellschaft mit wenig Privatsphäre auch schwierig unauffällig zu entsorgen und gelten als freudemindernd beim Sex. Ebenfalls sind Kondome aus afrikanischer Sicht auch von niedriger Qualität, wenn es subventionierte Ware aus Industrieländern ist. Ferner werden irrationale Gründe angeführt, nach denen die Kondome abrutschen, sich in der Frau einnisten und Unfruchtbarkeit bewirken können. Auch seien in Asien produzierte Kondome für afrikanische Männer zu klein (vgl. Hirschmann, 2003, S. 81–82).

2.3.5 Ökonomische, politische und soziale Faktoren auf der individuellen Ebene

Die ökonomischen, politischen und sozialen Faktoren haben Auswirkungen auf die mikroökonomische Ebene. Der Einfluss dieser Faktoren auf das individuelle Leben lässt sich an einem anschaulichen Beispiel von Kalipeni et al. (2004) verdeutlichen. Dabei zeigt sich, wie die *politischen Entscheidungen in Zaire* in den 1980er Jahren das Leben einzelner Menschen beeinflussten. Der Ausgangspunkt war, dass das diktatorische Regime enorme Kürzungen der öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit und Bildung vornahm. Infolge der finanziellen Kürzungen verloren viele Menschen ihren Arbeitsplatz und damit auch ihr Einkommen. Sie verfielen dem Alkoholismus und wurden anfälliger für sich ausbreitende Krankheiten, da ihnen durch Arbeitslosigkeit und mangelndes Einkommen weniger Ressourcen zur Verfügung standen, die sie den Belastungen entgegenstellen konnten. Die weiteren Konsequenzen waren, dass Beziehungen von Ehepartnern auseinander gingen. So waren Frauen darauf angewiesen, das Einkommen für die Kinder und den Haushalt alleine zu erwirtschaften.

ten. Mit einer fehlenden oder nur geringen beruflichen Ausbildung konnten Frauen häufig nur Tätigkeiten ausüben, die keine Langfristigkeit, Sicherheit oder ein ausreichendes Einkommen boten. Darüber hinaus leben Familien von in Armut geratenen Menschen häufig ebenfalls in Armut und können damit keine finanzielle Unterstützung bieten. Sie stellen oft selber noch Forderungen, um Hilfe von Familienmitgliedern zu erhalten.

Einen Ausweg sahen die Frauen dann im Anbieten sexueller Dienstleistungen, um ihr Einkommen zu erwirtschaften. Eine lukrative Tätigkeit für Frauen war zum Beispiel, gegen finanzielle oder auch materielle Leistungen die zweite Ehefrau von gesellschaftlich herrschenden Männern im Militär oder Staatsdienst zu sein. Ihr Status galt dabei nicht als Prostituierte, sondern sie wurden als eine „deuxieme bureau“ (zweite Bürodame) bezeichnet (Kalipeni et al., 2004, S. 125). Da es Polygamie offiziell nicht gab, wurden die Frauen bei einer Schwangerschaft durch einen anderen Mann von ihren Ehemännern häufig verlassen. Damit waren sie wieder gezwungen, sich an mehrere Männer zu verkaufen, um genügend Einkommen zu erwirtschaften. Sie kamen dadurch zwar ihrer familiären Pflicht der Versorgung der Kinder nach, entwickelten aber eine Überlebensstrategie, die ihre Gesundheit durch das hohe HIV-Infektionsrisiko auf tödliche Weise bedrohte (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 124). Im dargestellten Beispiel wird die erhöhte Vulnerabilität von jungen Frauen deutlich, die sich, wie bereits im Kapitel 2.2.4 skizziert, auch in Tansania abzeichnet. Auch TACAIDS (2004) betont, dass in Tansania die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der *Peer-Group-Druck*⁹⁶ einen bedeutsamen Einfluss auf das individuelle sexuelle Verhalten junger Frauen nehmen. Die Anfälligkeit der Frauen für eine HIV-Infektion wird in Tansania zudem durch die verbreitete Polygamie der Männer verstärkt (vgl. TACAIDS, 2004, #Population groups most affected).

Doch trotz der offensichtlichen Bedrohung durch HIV/AIDS hat neben anderen Autoren auch Hirschmann (2003) konstatiert, dass der einzige wirksame Schutz vor HIV/AIDS, den der Kondomgebrauch darstellt, in Afrika südlich der Sahara kaum Anwendung findet. Vor allem Frauen fordern den Kondomgebrauch häufig nicht ein,

⁹⁶ Peer-Group bedeutet eine Gruppe von meist gleichaltrigen Jugendlichen beziehungsweise Schülern.

obwohl sie aufgrund der im Beispiel dargestellten mehrdimensionalen Faktoren eine erhöhte Vulnerabilität für eine HIV-Infektion aufweisen. Ebenfalls weist der Autor auf Ergebnisse von Evaluationen hin, die bei Risikogruppen wie Prostituierten oder Truckfahrern eine fatalistische Lebenshaltung zutage brachte. Auch Menschen, die in ihrem Beruf einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind, zeigten die „Culture of apathy“, die sich in Ignoranz und Fatalismus äußert (Hirschmann, 2003, S. 77).

Kalipeni et al. (2004) interpretieren die Auswirkungen der zairischen Militärpolitik auch dahin gehend, dass die Familie bei einer stagnierenden wirtschaftlichen Situation und Einkommensmangel nicht als soziale, informelle Wohlfahrtsinstitution fungieren kann. So sind die Grenzen des familiären Zusammenhalts in der Situation von Armut schnell erreicht. Die Erkrankung eines Menschen an AIDS führt dabei noch zu zusätzlichen Belastungen der Familien. Es sind finanzielle Ressourcen für die Pflege des Angehörigen nötig und gleichzeitig fällt das Einkommen der erkrankten Person weg. Haushalte müssen angesichts unzureichender Sozialsysteme ihre zur Verfügung stehenden Ressourcen umverteilen. Kinder und insbesondere Mädchen sind dann häufig gezwungen, zum Einkommen der Familie durch Arbeit beizutragen. In dieser Situation können die Kinder nicht in die Schule gehen und sich somit auch keine Bildung aneignen, die jedoch die Chance auf ein selbstbestimmtes Leben erhöhen würde. Gleichzeitig sinkt das Gesamteinkommen des Haushalts, weil Kinder nicht die Höhe des Einkommens eines Erwachsenen erwirtschaften können. In der Konsequenz sind Familien oftmals gezwungen, ihr produktives Kapital zum Beispiel für Arbeitsgeräte für die kleinbäuerliche Landwirtschaft oder Kleingewerbe aufzulösen, um Nahrungsmittel zu kaufen. Dadurch können keine nachhaltigen Ressourcen geschaffen werden. Denn weder das materielle Kapital noch der Umgang mit den Arbeitsgeräten und das damit verbundene spezifische Wissen können an die nächste Generation vermittelt werden kann, wenn die Geräte fehlen (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 124–125).

Durch Armut wird der Zwang zum Angebot sexueller Dienstleistungen vergrößert. Die ökonomischen, politischen und sozialen Faktoren begrenzen somit die Fähigkeiten zum Selbstschutz von Frauen. Sie haben weniger Möglichkeiten, den sexuellen Kontakt zu verweigern oder den Kondomgebrauch einzufordern, obgleich sie das HIV-Transmissionsrisiko kennen, weil ihre Handlungsalternativen durch den wirtschaftli-

chen Zwang stark begrenzt werden. Die Folge ist ein Kreislauf aus Verarmung, geringer formaler Bildung, mangelndem Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und erhöhter Vulnerabilität für HIV/AIDS. Es ist anzunehmen, dass die am Beispiel herausgestellten mikroökonomischen Effekte der HIV/AIDS-Epidemie vor dem Hintergrund der politischen, ökonomischen und kulturellen Bedingungen stellvertretend für fragile Staaten in Afrika südlich der Sahara gelten (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 131). Die Welthungerhilfe und terre des hommes (2003) heben hervor, dass eine mangelnde formale Bildung die Durchführung von HIV-Präventionsmaßnahmen erschwert, da die Schule ein zentraler Ort für die sexuelle Aufklärung, Erziehung und Wissensvermittlung ist (vgl. Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 32).

So beeinflussen die ökonomischen Verhältnisse eines Menschen das sexuelle Verhalten. Dies zeigt sich bei den ärmsten Menschen einer Gesellschaft, die in Slumsiedlungen am Rand einer Stadt leben. Die Wohnverhältnisse sind durch räumliche Enge und eine fehlende Privatsphäre der Familienmitglieder gekennzeichnet (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 174). Die eigentliche Moral und soziale Autorität, die Eltern in der Sexualerziehung anwenden sollten, wird durch die Armut und Enge der Wohnverhältnisse untergraben. Es ist dabei anzunehmen, dass Kinder und Jugendliche, die in einem jungen Alter durch mangelnde räumliche Trennung die sexuellen Aktivitäten der Eltern mitbekommen, selber frühzeitig sexuell aktiv werden. Die Gefahr dabei ist, dass sie dann den ersten Geschlechtsverkehr haben, bevor sie die Gefahren und Risiken von sexuell übertragbaren Krankheiten wie HIV/AIDS kennen (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 174). Eine frühe erste sexuelle Aktivität von Kindern wird ebenfalls durch eine geringe formale Schulbildung begünstigt. Denn Beschäftigungslosigkeit in Verbindung mit einem fehlenden schulischen Angebot bestärkt den Druck der Peer-Group und fördert die sexuelle Aktivität bei jungen Menschen. Dabei sind Aufklärungsarbeit, Präventionsangebote und Behandlungsmöglichkeiten in Gegenden mit mangelnden gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen kaum möglich (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 174).

Darüber hinaus wirkt sich die gesellschaftliche Stigmatisierung auf das individuelle Krankheitsgeschehen aus. Denn wenn ein Thema gesellschaftlich tabubehaftet ist, möchten sich HIV-infizierte Menschen häufig auch nicht auf individueller Ebene mit ihrer Krankheit auseinandersetzen. Das Verdrängen der eigenen HIV-Infektion fördert

wiederum die gesellschaftliche Tabuisierung und Diskriminierung HIV-infizierter Menschen. Ebenfalls wird das mit Tabus und Stigmatisierung behaftete Krankheitsgeschehen durch die wenig aussichtsreich erscheinenden Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten bestärkt. Denn HIV/AIDS wird einem Todesurteil gleichgesetzt. Die Missachtung des eigenen HIV-Status führt zu einem unvorsichtigen sexuellen Verhalten, wodurch andere Menschen gefährdet werden (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 67).

2.3.6 Geschlechtsspezifische Verhältnisse

Auch die geschlechtsspezifischen Verhältnisse üben sich auf die HIV/AIDS-Ausbreitung aus und nehmen Einfluss auf die HIV-Vulnerabilität von Frauen. Kofi Annan erklärte im Jahr 2003, dass „in Africa, AIDS has a woman’s face“ (Annan, 2002, o. S, zitiert nach DCMS & DfID, 2006, S. 9). Kalipeni et al. (2004) merken hinsichtlich der geschlechtsbezogenen Besonderheiten an, dass diese schwer zu beleuchten sind, weil sie die intimsten Bereiche des Lebens betreffen. So ist es nötig, die strukturellen Faktoren des täglichen Lebens, die sexuellen Verhaltensweisen und häuslichen Praktiken offenzulegen, um den Einfluss der Beziehung zwischen Männern und Frauen auf HIV/AIDS in Afrika südlich der Sahara analysieren zu können (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 85).

Das Verhältnis von Frauen und Männern ist durch *soziale, ökonomische und rechtliche Abhängigkeiten* gekennzeichnet. Frauen haben eine geringere soziale Stellung als Männer und verfügen über weniger gesetzlich festgeschriebene Rechte. Auch in den Ländern, in denen Frauen per Gesetz den vollwertigen Status eines erwachsenen Menschen besitzen, sind sie in ihrer realen Ausübung ihrer Bürgerrechte benachteiligt (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 90). Zum Beispiel verliert die Witwe ihren Anspruch auf den gemeinsamen Grundbesitz, wenn der Ehemann an HIV/AIDS stirbt. Um den Besitz zu sichern und in der Familie zu behalten, wird die Witwe aus der Not heraus mit dem Bruder des verstorbenen Ehemanns verheiratet. Weil die Witwe jedoch mit einer hohen Wahrscheinlichkeit ebenfalls HIV/AIDS hat, begünstigt diese Tradition die Verbreitung der Epidemie (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 96). Die untergeordnete soziale Stellung der Frauen wird in Tansania in den Erbschaftstraditionen, der Polygamie und der Beschneidung der Frauen deutlich (vgl. TACAIDS, 2004, #Determinants of the Epidemic). Entsprechend sind die geringe soziale Stellung und

der geringe gesellschaftliche Einfluss die wesentlichen Ursachen und zugleich auch Effekte der erhöhten HIV-Vulnerabilität von Frauen.⁹⁷ Denn um mit den Auswirkungen der HIV/AIDS-Epidemie leben zu können, entwickeln Frauen häufig risikoreiche und gesundheitsgefährdende Strategien (vgl. Kapitel 2.3.5). Geprägt durch ihre Sozialisation, sind Frauen eher bereit, sich auf riskante sexuelle Aktivitäten und Beziehungen einzulassen (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 100).

Die Geschlechter-Ungleichheiten führen dazu, dass sich die *wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen* stärker auf Frauen – insbesondere mit einem niedrigen sozioökonomischen Status – als auf Männer auswirken. Entsprechend stehen insbesondere HIV-positive Frauen weniger Ressourcen als Männern zur Verfügung, um mit den Folgen ihrer eigenen HIV-Infektion umzugehen. Die Auswirkungen einer HIV-Infektion verschlimmern sich, wenn finanzielle Ressourcen für die Pflege und Behandlung fehlen (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 90). In Tansania wie auch in anderen afrikanischen Ländern sind armutsbedingte Migrationstendenzen von Männern von ländlichen Gebieten in die Städte zu beobachten. Wenn Frauen dann alleine für das Einkommen sorgen müssen, spielen neben wirtschaftlichen Rahmenbedingungen häufig auch noch die traditionellen, kulturellen Normen und Praktiken eine Rolle für die erhöhte HIV-Anfälligkeit verlassener Frauen (vgl. TACAIDS, 2004, #Determinants of the Epidemic). Ebenfalls sind es aber auch die *biologischen Unterschiede* zwischen Frauen und Männern, die insbesondere jüngere Frauen vulnerabler für HIV/AIDS werden lassen als ihre männlichen Altersgenossen. Junge Frauen haben biologisch betrachtet ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko, wenn sie noch Jungfrauen sind, da ihre Geschlechtsorgane bei dem ersten Sex verletzlicher als bei Männern sind. Frauen weisen im Allgemeinen eine höhere Anfälligkeit für sexuell übertragbare Krankheiten auf. Zudem erhöhen nicht-behandelte Infektionen das Risiko für weitere Krankheiten (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 96).

⁹⁷ Es gibt zahlreiche Publikationen, die sich mit der benachteiligten Situation der Frauen und den persönlichen, strukturellen, kulturellen und kontextbezogenen Faktoren beschäftigen, die sie anfälliger für eine HIV-Infektion werden lassen (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 90). In der vorliegenden Arbeit werden im Wesentlichen die Faktoren und die sozialen Folgen einer HIV-Infektion herausgearbeitet, die für die

Einen weiteren Faktor geschlechtsbezogener Auswirkungen auf die HIV/AIDS-Epidemie bezeichnen Kalipeni et al. (2004) als eine *Kultur der Gewalt von Männern* in der Gesellschaft (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 96). Diese kann auf gesellschaftlicher Ebene als institutionelle Gewalt gegen Frauen in Erscheinung treten. Die Autoren nennen diese Formen in Zusammenhang mit Kriegen und Konflikten. Auf der Ebene der Beziehung zwischen Männern und Frauen spielt die interpersonelle Gewalt zwischen Sexualpartnern eine grundlegende Rolle, die das HIV-Infektionsrisiko für Frauen erhöhen kann. Denn häusliche Gewalt, gewalttätige sexuelle Praktiken, Schläge und Nötigung sind wohl nach Angaben der Autoren weitverbreitete Bestandteile des alltäglichen Ehelebens vieler Frauen in Afrika südlich der Sahara (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 96). Wobei Gewalt gegen Frauen oftmals als eine persönliche und private Angelegenheit betrachtet wird.

Allerdings sind die Missstände in den letzten Jahren von Frauengruppen zunehmend beispielsweise über Zeitungen in die öffentliche Diskussion gerückt worden. Das Ziel dabei ist, offen über die geschlechtsbezogene Gewalt zu kommunizieren, um ein Problembewusstsein zu schaffen und dadurch zur Bekämpfung beizutragen. Denn auch die sexuelle und physische Gewalt von Männern gegen Frauen wurde tabuisiert und als eine Ausdrucksweise von Männlichkeit bezeichnet (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 98). In von Kalipeni et al. (2004) angeführten Studien wurde eine steigende Anzahl der Gewaltvorfälle in einem bestimmten Zeitraum einer rezessiven Wirtschaftslage zugeschrieben.

Auch allgemeine Veränderungen der Gesellschaft werden als Ursachen für eine wachsende Gewaltbereitschaft angeführt. Gewinnen Frauen an Rechten und Macht, wittern Männer durch diese Veränderungen eine Gefährdung ihrer Überlegenheit. Bislang konnten Männer ihre Überlegenheit in ihrer sexuellen Beziehung und der abhängigen Stellung der Frauen demonstrieren. Eine Stärkung der Frauen in der partnerschaftlichen Beziehung könnte gemäß der Befürchtung der Männer auch eine Stärkung der sozialen Stellung in anderen Bereichen mit sich bringen (vgl. Kalipeni et

Gestaltung präventiver Interventionen unter der Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Frauen bedeutsam sind.

al., 2004, S. 96). Auf die Kultur der geschlechterbezogenen Gewalt ist auch die Tatsache zurückzuführen, dass in Afrika südlich der Sahara im weltweiten Vergleich die meisten Vergewaltigungen von jungen Frauen und Straßenkindern zu verzeichnen sind (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 96).

Nach den Ausführungen von Kalipeni et al. (2004) gibt es wenige Studien, die sich mit den männerspezifischen Faktoren beschäftigen, die Männer in einem besonderen Maße anfällig für eine HIV-Infektion werden lassen. So werden die Rolle der Männer und deren HIV-Infektionsrisiko häufig mit Geschlechtsstereotypen in Verbindung gebracht. Männer werden als egoistisch, unverantwortlich, rücksichtslos und als gefangen in ihrer sozialen Position typisiert, aus der sie Vorteile ziehen (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 98). Erst seit den späten 1990er Jahren werden somit auch die Rolle des Mannes, seine Involvierung in der HIV-Übertragung sowie die spezifischen soziokulturellen und prädestinierenden Faktoren für ein risikoreiches Verhalten in der Prävention berücksichtigt (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 90).

Die Welthungerhilfe und terre des hommes (2003) stellen in ihrem Entwicklungsbericht die Sexualität im Kontext afrikanischer Gesellschaften dar, die vielfach eine andere Stellung und Bedeutung als in Industrieländern einnimmt. So prostituieren sich Mädchen und junge Frauen häufig bei einem sogenannten *Sugar-Daddy* (älterer Mann), um finanzielle Unterstützung für ihren Lebensunterhalt oder ihre Schulgebühren zu erhalten. Die Gegenleistung für ihre Dienste ist manchmal aber auch nur einfach ein neues Kleidungsstück. Die Männer hoffen bei jungen Mädchen auf ein geringes Infektionsrisiko oder glauben an die AIDS-heilende Wirkung des Sexes mit einer Jungfrau (vgl. Welthungerhilfe & terre des hommes, 2003, S. 31 f.). Des Weiteren können sich Frauen aufgrund ihrer sozialen Position häufig nicht gegen die traditionellen Rituale wie Genitalverstümmelung und Verletzungen fördernde Formen des Geschlechtsverkehrs wehren (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 96). Darüber hinaus ist der sexuelle Kontakt zum Beispiel in Tansania in der Ehe religiös verankert. Frauen haben weder Rechte noch Möglichkeiten für eine Scheidung der Ehe (vgl. TACAIDS, 2004, #Determinants of the Epidemic).

In Tansania beobachtet TACAIDS (2004) Veränderungen der sexuellen Verhaltensmuster von Jugendlichen, die einerseits zu einem frühen Geschlechtsverkehr führen und andererseits die komplette sexuelle Verweigerung bewirken. So gibt es eine

Tendenz in Afrika südlich der Sahara, nicht zu heiraten, damit Frauen eine bessere Kontrolle über sich und ihre Kinder haben (vgl. auch Kalipeni et al., 2004, S. 101). Die Ursachen werden hierfür im zunehmenden Zerfall der traditionellen Familienstrukturen und Mehr-Generationen-Haushalte sowie in dem wachsenden Einfluss der Massenmedien gesehen. Die Massenmedien in Afrika südlich Sahara verbreiten sich dabei häufig, bevor überhaupt eine Erziehung im Umgang mit den Medien möglich ist (vgl. TACAIDS, 2004, #Determinants of the Epidemic).

Ferner verdeutlichen Kalipeni et al. (2004) das sexuelle Verständnis mittels Situationen, in denen Sex ähnlich wie bei den jungen Frauen mit ihren Sugar Daddies als Dienstleistung benutzt wird. Beispielsweise werden Verhandlungen über die Höhe des Arbeitslohns, einen Arbeitsplatz oder eine Provision für Leistungen auf die sexuelle Ebene übertragen beziehungsweise Sex als Verhandlungsmittel eingesetzt. So lassen sich Mitarbeiter für einen höheren Lohn auf sexuellen Geschlechtskontakt mit ihren Vorgesetzten ein. Weil Sex in afrikanischen Ländern als Lösung für Probleme genutzt wird, nimmt er Einfluss auf das alltägliche Verhalten und die Beziehung zwischen Männern und Frauen. Die Opfer dieses Zwangs sind nicht nur Frauen und Mädchen, sondern beispielsweise auch Schüler oder Gefängnisinsassen (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 96).

Die Kommunikation zwischen Männern und Frauen in Afrika südlich der Sahara ist häufig von sexuellen Interessen der Männer geleitet. Ebenfalls wird der Zugang zu käuflichem Sex von Politikern, Diplomaten, Geschäftsleuten und anderen wohlhabenden Gruppen als Merkmal des sozioökonomischen Status betrachtet und entspricht der gesellschaftlichen Erwartung. Auftraggeber üben dabei Macht gegenüber Untergebenen aus, die dadurch aus mangelndem Selbstschutz einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt sind (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 101).

Kalipeni et al. (2004) ziehen aus ihren Ausführungen die Konsequenz, dass in der Prävention von HIV/AIDS die traditionellen Riten und Praktiken ernst zu nehmen sind (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 98). Ebenfalls sind zur Reduzierung der Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion die finanzielle Unabhängigkeit von Frauen anzustreben und Maßnahmen zur Erhöhung des Selbstwertgefühls von Frauen durchzuführen (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 124). Weinreich und Benn (2003) weisen darauf hin, dass der Umgang mit Sexualität und Tod, die in fast allen Gesellschaften mit einem

gewissen Tabu belegt sind, in der HIV/AIDS-Prävention verantwortungsvoll sein muss. Sexualität wird häufig mit negativen Assoziationen verbunden. Dennoch bewirken die meisten in Verbindung mit Sex bestehenden Risiken keine lebensbedrohlichen und tödlichen Gefährdungen wie HIV/AIDS (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 69).

Ferner vermögen Weinreich und Benn (2003) auch eine Chance in der Krankheit zu sehen, wenn die Gesellschaft das HIV/AIDS-Problem nutzt, um über gesellschaftliche Diskrepanzen, Geschlechter-Ungleichheiten, Normen der Sexualität und Tabuisierungen dieser Themen zu sprechen und ihre kulturellen Werte und Normen dadurch weiterzuentwickeln und neu auszurichten (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 67).

2.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Entwicklung von unterentwickelten Gesellschaften beinhaltet die normativ geprägten Vorstellungen über die gewünschte Richtung des Entwicklungsprozesses. Mit Entwicklung werden auch verschiedene politische und wirtschaftliche Systeme verbunden. Die Zielrichtungen der Entwicklung werden für die jeweilige Entwicklungsdekade festgesetzt und bis zum Jahr 2015 durch die Millenniums-Entwicklungsziele beschrieben. Die Orientierung hierfür geben Entwicklungsstrategien, denen verschiedene Theorien über die Ursachen von Unterentwicklung zugrunde liegen.

Die zwei Hauptrichtungen bieten die Modernisierungstheorien und die Dependenciateorien. Beide Theorien bestimmen einen Entwicklungsbegriff, der sich durch die Verbindung von Wachstum, Wandel und Unabhängigkeit auszeichnet. Für die vorliegende Arbeit sind die Modernisierungstheorien bedeutsam, weil die Entwicklungszusammenarbeit auf dem Gebiet des Sports in erster Linie von einem Konzept gekennzeichnet ist, das auf die Modernisierung des Sportsystems nach westlichem Vorbild abzielt und soziokulturelle Dimension berücksichtigt. Die Zusammenarbeit zwischen Industrie- und Entwicklungsländern wird durch die Entwicklungshilfe und die Entwicklungspolitik bestimmt. Die Entwicklungshilfe umfasst alle materiellen und nicht-materiellen Arten von Leistungen der Industrieländer zugunsten der Entwicklungsländer.

Die Entwicklungspolitik versucht gemäß bestimmten Entwicklungsstrategien mit Hilfe der Gesamtheit aller staatlichen Maßnahmen die wirtschaftlichen und sozialen Entwicklungsprozesse in Entwicklungsländern voranzutreiben. Das grundlegende Problem aller Entwicklungsländer ist die Armut. Daher sind neben soziodemographischen, ökologischen, soziokulturellen und politischen Merkmalen die ökonomischen Indikatoren bedeutsam, weil sie Aussagen über die Armut beziehungsweise den Wohlstand, den Entwicklungsprozess und die Vergleichbarkeit von Ländern treffen können.

Ebenso erheben diese wichtige Kriterien und Bedingungen der HIV/AIDS-Bekämpfung und -Prävention. Gemessen an den wesentlichen Kriterien von Entwicklungsländern ist Tansania ein Land mit einem niedrigen Einkommen, das im Vergleich zur Eurozone nur über ein Prozent des Einkommens pro Einwohner verfügt. Die Ungleichverteilung der Einkommen ist zwar größer als in Deutschland, aber weit aus geringer als zum Beispiel in Südafrika. Die Kaufkraft in Tansania ist um ein vielfaches geringer als in Deutschland oder den USA.

Die Millenniums-Entwicklungsziele (Millenniums Development Goals, MDG) zeigen, dass Armut und die Gesundheit der Bevölkerung in einem direkten Wirkungszusammenhang stehen, weil zur Erfassung von Armut auch gesundheitliche Indikatoren verwendet werden. Das sechste Millenniums-Entwicklungsziel umfasst die HIV/AIDS-Bekämpfung und wird in der vorliegenden Arbeit näher betrachtet. Viele Länder werden die MDGs auch aufgrund eines mangelnden Zugangs der breiten Bevölkerungsmasse zu Prävention, Versorgung und Behandlung von Krankheiten wie HIV/AIDS nicht erreichen. Die Krankheits- und Sterblichkeitsprofile unterscheiden sich in Entwicklungsländern von denen in Industrieländern. Dies ist auch auf die Einkommensdifferenzen und die daraus resultierenden Ernährungsunsicherheit der Menschen zurückzuführen, die immer noch eine Krankheits- und Todesursache in vielen Entwicklungsländern ist. Krankheiten wie HIV/AIDS wirken sich dabei verkürzend auf die Lebenserwartung aus.

Von HIV/AIDS sind in Afrika südlich der Sahara und in Tansania Frauen und Bevölkerungsgruppen betroffen, die in Armut leben, Analphabeten und arbeitslos sind. Allerdings kann HIV/AIDS wie häufig angenommen nicht als Armutskrankheit bezeichnet werden, sondern zeichnet sich durch eine Schichtenpermeabilität und weitaus vielfäl-

tigere Faktoren aus, die auf die HIV/AIDS-Epidemie einwirken. Die HIV-Transmissionswahrscheinlichkeit durch sexuellen Geschlechtskontakt, der mit 80 Prozent den häufigsten Übertragungsweg darstellt, beträgt weniger als ein Prozent.

Weltweit waren im Jahr 2008 rund 33 Millionen Menschen mit HIV infiziert, von denen 22 Millionen in Afrika südlich der Sahara lebten. Rund 90 Prozent aller HIV-infizierten Menschen leben in Entwicklungsländern. 60 Prozent aller HIV-infizierten Menschen in Afrika südlich der Sahara sind Frauen. Durch die hohe HIV-Prävalenz werden in Afrika südlich der Sahara und auch in Tansania immer mehr Kinder zu AIDS-Waisen, die aufgrund ihrer Lebenssituation anfälliger für eine HIV-Infektion werden, weil sie beispielsweise gezwungen sind, selber Einkommen zu erwirtschaften.

In Tansania war die höchste HIV-Prävalenz bei Frauen festzustellen, die in städtischen Gebieten mit medizinischer Infrastruktur alleine beziehungsweise unverheiratet, geschieden oder verwitwet leben und über einen hohen Bildungsgrad verfügen. Allerdings weisen auch weitere epidemiologische Daten darauf hin, dass zunehmend Menschen mit geringer formaler Bildung und Frauen aus Schichten mit einem niedrigen sozioökonomischen Status von HIV/AIDS betroffen sind. Da diese Erkenntnisse als repräsentativ für die gesamte Bevölkerung angesehen werden, ist davon auszugehen, dass auch junge Männer mit den genannten Merkmalen in Tansania einer erhöhten HIV-Prävalenz ausgesetzt sind. Entsprechend zeigen auch die Daten von UNAIDS und WHO, dass junge Männer eine höhere HIV-Prävalenz als ältere Männer aufweisen. Zudem liegt wie auch bei den Frauen die HIV-Prävalenz bei den Männern in Tansania weit über dem afrikanischen Durchschnitt. Im Vergleich zu den HIV-Prävalenzen in Tansania (1,4 Mio.) ist die Anzahl der in Deutschland mit HIV/AIDS lebenden Menschen zwar klein (0,059 Mio.), dennoch kann die Epidemie auch in Industrieländern nicht gestoppt werden.

In Deutschland sind jedoch anders als in Tansania die Männer, die Sex mit Männern haben, von HIV/AIDS betroffen. Ebenso stellen Migranten aus Hochprävalenz-Ländern einen wichtigen HIV-Übertragungsweg dar. Auch in Deutschland ist die HIV-Prävalenz in den Städten höher als in ländlichen Gebieten. Im Vergleich zu Tansania erwiesen sich in Deutschland seit den 1990er Jahren die guten Möglichkeiten der

Beratung, der freiwilligen Tests und Behandlung als wirksam gegen die weitere Zunahme der HIV-Infektionen.

Die Betrachtung der gesellschaftlichen, individuellen und geschlechtsspezifischen Verhältnisse deckt zum einen Ursachen auf, die zur Ausbreitungsdynamik beitragen, und zum anderen werden die Effekte des HIV/AIDS-Problems deutlich, die präventive Interventionen nötig erscheinen lassen. Von besonderer Relevanz sind hierbei die traditionellen Kulturen, der Glaube und die Religionen sowie deren Zusammentreffen mit den Einflüssen des Modernisierungsprozesses, der von westlichen Vorstellungen geprägt ist. In der Tabelle 16 werden die bedeutsamen Faktoren zusammengefasst, die im Wesentlichen verantwortlich für die Ausbreitungsdynamik der HIV/AIDS-Epidemie in Afrika südlich der Sahara und in Tansania sind.

Dabei wird die Komplexität des HIV/AIDS-Problems deutlich. Die Ebenen sind nicht getrennt voneinander zu betrachten, sondern gehen ineinander über und beeinflussen sich gegenseitig (vg. Kalipeni et al., 2004, S. 85). Zum Beispiel bedingt die wirtschaftliche Situation auf der gesellschaftlichen Ebene die individuellen Lebensverhältnisse und die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der individuellen gesundheitlichen Versorgung. Ebenfalls geben die vorherrschenden Normen und Werte die Orientierung für sexuelle Praktiken oder traditionelle Rituale wie die Beschneidung vor, aus der eine erhöhte HIV-Vulnerabilität resultiert.

Tabelle 16: Bedingende Faktoren der HIV/AIDS-Ausbreitung in Afrika südlich der Sahara und in Tansania unterteilt nach Makro- und Mikroebene sowie geschlechtsspezifischen Verhältnissen (eigene Darstellung).

Makroebene	
Ökonomische Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • geringe Produktivitätskraft der Volkswirtschaft, niedriges oder gar kein Einkommen, niedriges Familieneinkommen, Kinderarbeit • Geringe landwirtschaftliche Produktionsleistung, hohe Nahrungsmittelpreise, Mangelernährung, gesteigerte Infektiosität • Urbanisierung, Migration von ländlichen in städtische Gebiete • Mangelnder Zugang zur reproduktiven Gesundheitsversorgung, zu Behandlungsmöglichkeiten, Medikamenten und Präventionsmaßnahmen • Schlechte Lebensbedingungen wie zum Beispiel enge Wohnverhältnisse, fehlende Privatsphäre • Finanzielle Belastungen durch bereits an AIDS erkrankte Menschen

Makroebene	
Politische Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Politische Instabilitäten und korrupte Regierungen • Migration aufgrund von Konflikten, Katastrophen und Kriegen • Gewaltbereitschaft in Kriegsgebieten und Vergewaltigungen von Mädchen und Frauen • Verletzung der Menschenrechte, des Rechts auf Gesundheit, des Rechts auf Leben und des Rechts auf Privatsphäre • Verbund mehrerer Mikroepidemien
Soziale Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe formale Bildung und Ausbildung von Lebenskompetenzen (Life-Skills), Bildung wird nicht als wichtig empfunden • Schichtenpermeabilität • Sich auflösende Familien- und Gesellschaftsstrukturen führen zu wirtschaftlichen Notlagen • Stigmatisierung, Diskriminierung, Tabuisierung und Angst • Vorurteile gegenüber HIV-positiven Frauen und Beschuldigung bestimmter Gruppen, Schuld an der HIV/AIDS-Verbreitung zu sein • Medizinisches Verständnis leitet sich sowohl aus magisch-religiösen als auch westlichen wissenschaftlich-kausalen Paradigmen ab • Vielfältige kulturell verankerte Erklärungsansätze • Mangelndes Problembewusstsein • Peer-Group-Einflüsse und Druck
Traditionelle Kultur, Glaube und Religion	<ul style="list-style-type: none"> • Koexistenz traditioneller, religiöser und wissenschaftlicher Paradigmen • Religiöse Einflüsse von Muslimen, Christen und traditionellen Kulturen der indigenen traditionellen Naturreligionen • Traditionelle Glaubensvorstellungen (Sexualität mit einer Jungfrau, heilende Wirkung, unvermeidbarer Wille Gottes) • Traditionelles Verständnis von Gesundheit und Krankheit wird durch Einfluss höherer Mächte in ländlichen Gegenden bestimmt • Traditionelle Weltvorstellungen bestärken die Kraft der Witchdoktoren, Zauberei und Hexerei • Traditionelle Rituale und Kräuter werden angewendet, zum Beispiel Beschneidung der Frauen und Genitalverstümmelung
Traditionelle Kultur, Glaube und Religion	<ul style="list-style-type: none"> • Christliche Kirchen verfolgen strikte Sexualmoral, lehnen den Kondomgebrauch und die Existenz von Homosexualität ab (Übertragungsweg wird nicht wahrgenommen) • Muslimischer Glaube erlaubt Kondomgebrauch, lehnt aber sexuelle Freizügigkeit ab • Realität magischer Mächte, kein Widerspruch zu Christentum und Islam • HIV/AIDS ist etwas Kulturfremdes, ebenso auch Kondomgebrauch
Mikroebene	
Individuelle Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelles Handeln wird stark von traditionellen, religiösen und magischen Vorstellungen beeinflusst • Geringe Bildung verhindert, einkommenschaffende Arbeit zu finden • Frauen müssen Einkommen für die Familie alleine erwirtschaften, Anbieten von sexuellen Dienstleistungen für materielle und finanzielle Gegenleistungen aus wirtschaftlichen Zwängen, begrenzte Handlungsalternativen, riskante Überlebensstrategien • Mangelnder Kondomgebrauch

Mikroebene	
Individuelle Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Riskantes sexuelles Verhalten insbesondere junger Mädchen und Frauen, die zum Beispiel sexuellen Kontakt mit älteren, häufig HIV-positiven Männern haben • Unvorsichtiges sexuelles Verhalten, Verletzungen fördernde Formen des Geschlechtsverkehrs • Erste sexuelle Aktivität in einem jungen Alter, fehlende Sexualerziehung der Eltern
Geschlechtsspezifische Verhältnisse	
Soziale und individuelle Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Polygamie wird mit Reichtum und Macht assoziiert • Ökonomische und soziale Abhängigkeiten, sozial untergeordnete Stellung und fehlender sozialer Einfluss der Frauen • Ökonomische und soziale Rahmenbedingungen wirken sich stärker auf Frauen als auf Männer aus • Bedeutung von Sexualität als Ware, Verhandlungsleistung oder Lösung von sozialen Problemen • Weniger gesetzlich festgeschriebene Rechte für Frauen, z. B. Frauen diskriminierende Erbschaftstraditionen • Traditionelle Normen und familiäre Einflüsse sind bei Frauen stärker als bei Männern • Biologische Dispositionen von Frauen • Männlich dominierter Geschlechtskontakt, religiöser Zwang zur Sexualität in der Ehe, aber auch männliche Geschlechtsstereotypen • Kultur der institutionellen und interpersonellen Gewalt von Männern, Tabuisierung häuslicher Gewalt

Schlussfolgernd können die wichtigsten Kriterien zur Erfassung des Bereichs der Entwicklung und der Gesundheit beziehungsweise HIV/AIDS unter den in Tabelle 17 aufgestellten Kategorien zusammengefasst werden. Diese werden im Wesentlichen durch die Bedingungen beziehungsweise Missstände gekennzeichnet, die zur HIV/AIDS-Verbreitung in einem Entwicklungsland am Beispiel Tansania beitragen. Die dafür analysierten Kriterien und deren Zusammenfassung in den entsprechenden Kategorien werden so spezifisch wie möglich erfasst. Demzufolge wird versucht, möglichst auf gleicher Ebene zu argumentieren. Allerdings wurde bereits erwähnt, dass sich die Faktoren der HIV/AIDS-Epidemie auf den einzelnen Ebenen gegenseitig beeinflussen und nicht getrennt zu betrachten sind.

Tabelle 17: Übersicht der entscheidenden Kategorien der Bereiche Entwicklung und HIV/AIDS in Tansania und ihre definierenden Kriterien (eigene Darstellung).

Kategorien	Kriterien
Wirtschaftliche Verhältnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Urbanisierung • Geringes Einkommen • Mangelnder Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, zu Behandlungsmöglichkeiten, Medikamenten und Präventionsmaßnahmen
Bildung	<ul style="list-style-type: none"> • Keine oder geringe formale (Schul-)Bildung • Geringe Ausbildung von Life-Skills und berufsbezogenen Kompetenzen
Kategorien	Kriterien
Glaube, Religion und Traditionen	<ul style="list-style-type: none"> • Traditionelle indigene Weltanschauungen, Glaube an magische Kräfte (Witchcraft) versus religiöse, christliche, muslimische Vorstellungen • Stigmatisierung, Diskriminierung und Tabuisierung
Sexualverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Sex als Ware • Mangelnder Kondomgebrauch
Soziale Ungleichstellung von Frauen	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale und ökonomische Ungleichstellung und Abhängigkeit • Wahrnehmung der Rechte der Frauen

3 Maßnahmen der HIV/AIDS-Prävention

Die soziologische Analyse des HIV/AIDS-Problems im zweiten Kapitel legt offen, dass in Afrika südlich der Sahara die unbegrenzte Verbreitung von HIV/AIDS in allen gesellschaftlichen Gruppen beziehungsweise die Schichtenpermeabilität eine Herausforderung für die Antwort auf das HIV/AIDS-Problem darstellt. Die Ausbreitungsdynamik der Epidemie wird durch vielfältige sozioökonomische, soziokulturelle und politische Faktoren bestimmt (vgl. Kapitel 2.2). Angesichts dieses Problems ist die Frage naheliegend, was gegen HIV/AIDS in Entwicklungsländern getan wird. Welche Strategien und Maßnahmen haben bisher als erfolgversprechend gegolten und welche Maßnahmen finden Anwendung? Im vorliegenden Kapitel steht die Beantwortung dieser Fragen im Mittelpunkt. Das Kapitel verfolgt die Zielsetzung, unterschiedliche Präventionsmaßnahmen zu betrachten und eine Bewertung dieser hinsichtlich ihrer Eignung für die HIV/AIDS-Prävention vorzunehmen. Der Fokus der Bewertungskriterien ordnet sich der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit unter und orientiert sich an den im zweiten Kapitel herausgearbeiteten Kategorien von Entwicklungsländern.

Vorab ist anzumerken, dass sich alle in dieser Arbeit berücksichtigten Lösungsstrategien im Bereich der Prävention bewegen. Diese nimmt eine zentrale Bedeutung in der Bekämpfung von HIV/AIDS ein, weil sie die einzige Möglichkeit zu sein scheint, gegen die Krankheit, den vorzeitigen Tod und die Auswirkungen sozioökonomischer Folgen vorgehen zu können. Insbesondere in den Entwicklungsländern sind die Behandlungsmöglichkeiten häufig durch strukturelle Probleme begrenzt (vgl. Weinreich & Benn, 2005, S. 77). Angesichts fehlender Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten wurde nach Wolf und Hörbst (2003) in den 1990er Jahren in den Industrieländern zunehmend verstärkt auf die Kommunikation präventiver Botschaften, die Vermittlung von Aufklärungsinformationen und auf die Veränderung des sozialen Verhaltens gesetzt. Es wurde deutlich, dass die Krankheit nicht allein mit medizinischen Maßnahmen bekämpft werden kann. Die vielfältigen Bemühungen der Wissensvermittlung führten in den Industrieländern sowie in Deutschland zu einer Wissenszunahme über die Krankheit HIV/AIDS (vgl. Wolf & Hörbst, 2003, S. 204; sowie Kapitel 2.2.5).

Da die HIV-Transmission sowohl in Afrika südlich der Sahara als auch in Industrieländern wie zum Beispiel in Deutschland primär an das individuelle sexuelle Verhalten gekoppelt war, verfolgten auch die HIV/AIDS-Präventionsprogramme immer eine Änderung des sexuellen Verhaltens. Diese Grundidee der HIV/AIDS-Prävention hat sich weiterhin erhalten (vgl. Weinreich & Benn, 2005, S. 80). Demgemäß werden im folgenden Kapitel verschiedene Interventionsmaßnahmen herausgearbeitet, die in der Entwicklungszusammenarbeit Anwendung zur Begegnung des HIV/AIDS-Problems finden. Auf den ersten Blick scheinen dafür Ansätze der Aufklärung und Information, die medikamentöse Begleitung, der Versuch, einen wirksamen Impfstoff zu entwickeln, die Erziehung und Bildung, die psychologische Begleitung von betroffenen Personen bis hin zu rechtlichen Maßnahmen in Frage zu kommen.

3.1 Theoretische Grundlagen der Prävention

Um Bedingungen und Möglichkeiten präventiver Interventionen von HIV/AIDS aufstellen zu können, gilt es vorab zu klären, was Prävention bedeutet. Der Begriff scheint im Alltag ein gern benutztes Wort für ein gesundheitsförderndes Verhalten zu sein. Zum Beispiel wird immer wieder auf den hohen Stellenwert einer frühzeitigen Verhaltensänderung hinsichtlich gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol oder ungesunde Ernährung hingewiesen. Dabei wird die Prävention als erfolgversprechende Maßnahme betrachtet. Doch der Prävention wird sich in der vorliegenden Arbeit weniger mit Alltagstheorien als mit einem soziologischen Zugang genähert. Zunächst schließt sich im Folgenden eine Betrachtung aus einer allgemeinen theoretischen Perspektive an, um dann auf die einzelnen praktischen Präventionsmaßnahmen einzugehen.

Die Prävention ist als ein Spezialfall der Intervention zu betrachten. Dies führt zunächst zu einem kurzen Blick auf die Intervention, die in ihrer übergeordneten Form als ein Dazwischentreten charakterisiert wird. Als hilfreiche Definition der Intervention wird die begriffliche Einordnung der Intervention von Dollinger und Raithel (2006) eingeschätzt, weil sie einen sozialwissenschaftlichen Zugang wählt (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 140). Anders als die Prävention erfolgt die Intervention erst aufgrund einer aufgetretenen Störung oder eines Problems. Deshalb können Interventionen im Unterschied zur Prävention sowohl präventive als auch reaktive Maßnahmen zu Verhinderung, Abschwächung, Regulierung einer Störung oder eines

Problems umfassen. Die Intervention unterscheidet sich deshalb gegenüber der Prävention durch ihre temporär nachgelagerte Reaktion auf das Problem. Soziale Interventionen verfolgen den Anspruch, soziale Problemlagen innerhalb eines gesellschaftlichen Systems rational zu bearbeiten und zu kontrollieren (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 140).

Darüber hinaus grenzen Dollinger und Raithel (2006) die soziale und institutionalisierte Intervention von der individuellen Intervention begrifflich ab. Unter der individuellen Hilfe, die aus Freundschaft erfolgen kann, wird ein anderer Sachverhalt verstanden als unter sozialen Problemen, die aus Perspektive der Gesellschaft betrachtet werden. Zum Beispiel kann Armut aus Sicht der individuellen Intervention ein persönlicher Mangel an Mitteln sein. Demgegenüber werden mit Armut als soziale Erscheinung ganz andere Vorstellungen darüber assoziiert, wer arm ist. Ebenso können sich daraus Legitimationen ergeben, wem mit institutionellen Maßnahmen geholfen wird, um gegen Armut als soziale Erscheinung vorzugehen.

Interventionen sind immer auch mit unterschiedlichen Strategien verbunden, die sie zur Lösung sozialer Probleme verfolgen. Diese obliegen mit dem Ziel, die gesellschaftliche Ordnung zu stabilisieren, gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen. Mit ganz unterschiedlichen Maßnahmen sozialer Interventionen werden Verhaltensweisen bestimmter Personengruppen, denen ein bestimmtes Defizit zugesprochen wird, in eine bestimmte Richtung gelenkt (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 138–139). Zwar diskutieren Dollinger und Raithel (2006) Interventionsstrategien aus der Perspektive der Theorien abweichenden Verhaltens, doch lassen sich diese auf andere soziale Probleme wie HIV/AIDS übertragen, weil sie dem Phänomen sozialer Devianz ähnlich sind. Die allgemeinen Arten der Interventionsmöglichkeiten werden in der folgenden Aufzählung verdeutlicht (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 142):⁹⁸

⁹⁸ Die Wahl der Intentionen ist abhängig von politischen Entscheidungen. In der internationalen Sozialpolitik wurde in den letzten Jahren vermehrt auf soziale Dienstleistungen und weniger auf finanzielle Leistungen und rechtliche Grundsicherungen gesetzt. Hierbei stützen sich Entscheidungsträger zur Klärung des Umgangs mit sozialen Problemen häufig auch auf wissenschaftliche Theorien oder Kausalitätsunterstellungen (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 140).

- i. Bei *rechtlichen* Interventionen werden Rechtsverhältnisse ausgestaltet, um die Teilhabe der Bevölkerung zu erhöhen. Dafür werden durch bestimmte Aufsichtsorgane und normierte Verfahrensweisen vielfältige Rechte eingeräumt.
- ii. Die *ökonomischen* Interventionen beabsichtigen die Umverteilung ökonomischer Mittel. Für diesen Zweck wird die Einkommenshöhe sowohl durch primäre Einkommensquellen als auch durch wohlfahrtstaatliche Maßnahmen beeinflusst.
- iii. *Ökologische* Interventionen verfolgen das Ziel, die sozialräumlichen Ressourcen zu erweitern, um die Nutzungschancen der Umwelt von sozial schwachen Gruppen zu erhöhen. Allerdings werden damit auch spezifische Nutzungsbedingungen aufgestellt, die mit punitiven Strategien verbunden sein können.
- iv. Durch *pädagogisch-psychologische* Interventionen sollen individuelle Kompetenzen gefördert werden. Sie sind insbesondere nützlich, um andere Interventionen wirksam werden zu lassen. Es werden pädagogische, psychologische oder psychotherapeutische Maßnahmen angewendet.
- v. *Punitiv* Strategien beschränken die Teilhabechancen und Handlungsmöglichkeiten durch Sanktionen. Angesichts einer wachsenden politischen und öffentlichen Strafbereitschaft wird diese Strategie verstärkt eingesetzt.

Die dargestellten Interventionsstrategien zeigen neben vier sozialpolitischen Strategien auch eine punitive Interventionslogik (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 141). Um den Sport als erfolgreiche Interventionsstrategie in der HIV/AIDS-Prävention einzusetzen, erscheint es angemessen, sich der pädagogisch-psychologischen Interventionsstrategien zu bedienen. Ebenfalls sind aber auch ökologische Interventionen angemessen, um Sportstätten und Trainingsplätze für die Durchführung von sportbezogenen Präventionsmaßnahmen zu schaffen und die Nutzung durch sozial benachteiligte und arme Menschen zu erhöhen. Diese Annahme gilt es in den folgenden Kapiteln zu prüfen und theoretisch zu belegen. Zusammengefasst ist die Prävention eine Form der Interventionen, die als temporär nachgelagerte Reaktion auf ein Problem erfolgt. Soziale Interventionen betrachten Probleme aus der Perspektive der Gesellschaft und beabsichtigen mit verschiedenen Arten von Lösungsstrategien die gesellschaftliche Stabilität wiederherzustellen. Im fünften Kapitel werden soziale Interventionen in Bezug auf abweichendes Verhalten näher beleuchtet.

Die Prävention ist als Spezialform der Intervention nicht nur von dieser abzugrenzen, sondern auch die Abgrenzung zur Behandlung als weiterer Form der Intervention bietet einen theoretischen Erklärungsansatz. Diese Herangehensweise erscheint aufschlussreich, da sowohl die Prävention als auch die Behandlung zum Krankheitsverlauf von HIV/AIDS gehören (vgl. Kapitel 3.2). Die vorliegende Arbeit fokussiert sich jedoch auf die Prävention, so dass ihre Abgrenzung bedeutsam für die Konstruktion des Sports in der HIV/AIDS-Prävention ist, da er nicht als behandlungsbegleitende Maßnahme betrachtet wird. Die Prävention unterscheidet sich nach der systemtheoretischen Einordnung von Hafén (2005) von der Behandlung durch ihren kommunikativen Charakter, der in der Beratung oder Erziehung deutlich wird (vgl. Hafén, 2005, S. 233). Der Autor nimmt dafür eine theoretische Strukturierung der Prävention und Behandlung vor, indem er diese nach ihren Interventionsformen differenziert (vgl. Hafén, 2005, S. 234; sowie Abbildung 13).⁹⁹

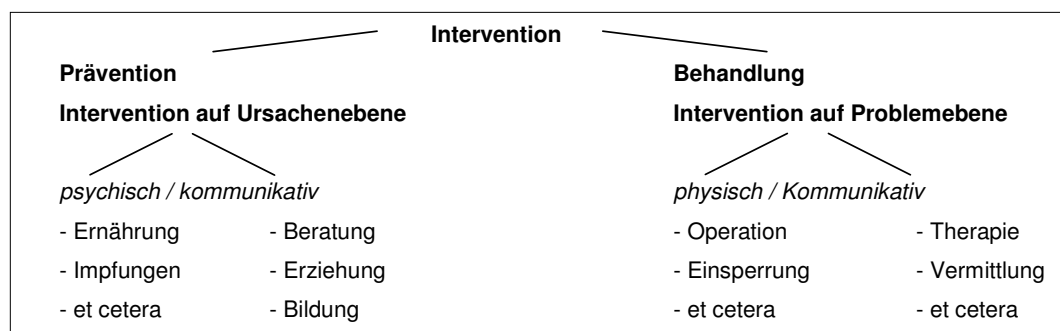


Abbildung 13: Abgrenzung von Prävention und Behandlung als Interventionsversuche (vgl. Hafén, 2005, S. 234).

Hafén (2005) zeigt anhand eines praktischen Beispiels jedoch auch, dass sich neben der Abgrenzung zur Behandlung schon die Maßnahmen innerhalb der Prävention nicht einfach differenzieren lassen. Eine Präventionskampagne betreibt Aufklärung, beispielsweise über die Schädlichkeit des Drogenkonsums, und erzieht gleichzeitig über Ratschläge dazu, den Drogenkonsum zu unterlassen. Ebenfalls können Präventionskampagnen auch negative Wirkungen erzielen, da sie Informationen liefern, die

⁹⁹ Dabei stellen die Interventionen durch Erziehung und Beratung unter systemtheoretischen Prämissen immer nur ein soziales Konstrukt dar. So wird Prävention nicht im ontologischen Sinn, sondern als eine Mitteilungshandlung aufgefasst (vgl. Hafén, 2005, S. 234).

den Missbrauch von Drogen begünstigen können. Auch in der HIV/AIDS-Prävention sind die physischen Präventionsaspekte wie die Verteilung von Kondomen eng mit den kommunikativen Maßnahmen verknüpft, die häufig die Informations- und Aufklärungsarbeit umfassen (vgl. Hafén, 2005, S. 236)

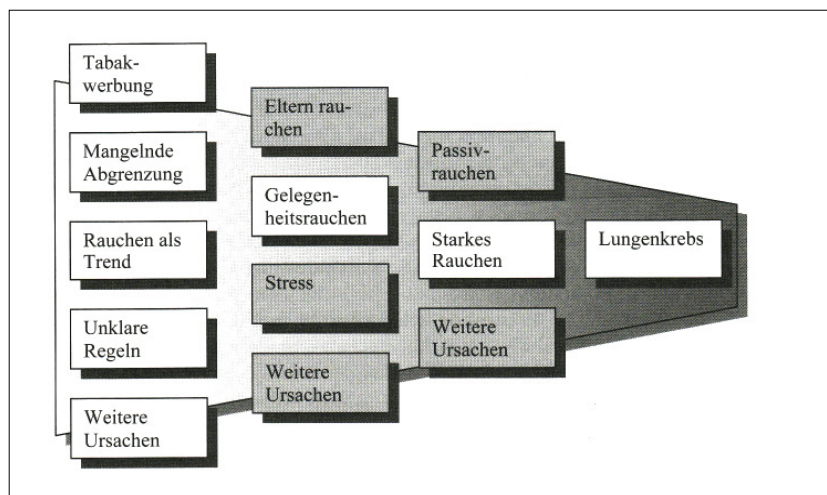


Abbildung 14: Zu verhindernde Probleme und ihre Ursachen (vgl. Hafén, 2005, S. 247)

Neben den häufig nicht voneinander abgrenzbaren Interventionsformen innerhalb der Prävention lässt sich auch die Prävention nicht eindeutig von der Behandlung abgrenzen. Das folgende Beispiel von Hafén (2005) zur Tabak-Prävention in der Schule verdeutlicht die fließenden Übergänge, die auch für die HIV/AIDS-Prävention gelten. Die Prävention soll den Tabakkonsum der Schüler bei einer geringen Menge an konsumierten Zigaretten pro Tag stoppen, um eine stärkere Nikotinabhängigkeit zu verhindern. Es liegt also bereits ein manifestes Problem vor, dass sich im geringen Rauchen der Jugendlichen äußert. Dieses Problem wird behandelt, um in Hinblick auf ein größeres Problem präventiv zu wirken. Daraus lässt sich eine Ursachen-Problem-Kette formulieren, die sich um weitere Ursachen und Probleme erweitern lässt. Prävention und Behandlung werden ähnlich wie Gesundheit und Krankheit als wechselseitiges Kontinuum betrachtet. Eine klare Trennung wäre nur möglich, wenn sie sich gegenseitig ausschließen würden. Die Behandlung hat also auch immer präventive Aspekte und umgekehrt ist die Prävention auch immer behandelnd tätig. Hafén (2005) schlussfolgert daher, dass die Zuordnung einer Maßnahme zur Prävention oder Behandlung beim Beobachter liegt (vgl. Hafén, 2005, S. 242–244).

3.1.1 Interventionsebenen der Prävention

Eine grundlegende Differenzierung von Rosenbrock (2004) klassifiziert präventive Interventionen nach drei verschiedenen Interventionsebenen, auf denen sie agieren. Auf jeder Ebene kann entweder die Strategie der Information, Aufklärung und Beratung oder die der Beeinflussung des Kontextes beziehungsweise eine Kombination aus beiden Strategien gewählt werden, so dass sich sechs verschiedene Strategien ergeben. Sie haben das Ziel, problemverursachende Umweltfaktoren zu verringern (vgl. Rosenbrock, 2004, S. 67).

Tabelle 18: Beurteilung von Interventionsebenen und praktische Beispiele der primären Prävention hinsichtlich der Eignung in der HIV/AIDS-Prävention (modifiziert nach Rosenbrock, 2004, S. 13).

Interventions-ebene	Information, Aufklärung, Beratung	Beeinflussung des Kontextes	Eignung für HIV/AIDS-Prävention	
Individuum	Beratung, Präventionskurse für individuelle Teilnahme	Präventive Hausbesuche	Schwierig, Verhalten im Alltag anwenden und regelmäßig teilzunehmen, nicht nachhaltig	-
Setting / Community	Sexualerziehung in der Schule	Veränderungen in der Schule, um Kondomgebrauch anzuregen, Einbezug der Eltern	Zielgruppen-Erreichbarkeit, nachhaltig, Partizipation an den Veränderungen des Kontextes	+ +
Bevölkerung	„Esst mehr Obst“; „Sport tut gut“; „Rauchen gefährdet die Gesundheit“	HIV/AIDS-Kampagne; „Trimming 130 – Bewegung ist die beste Medizin“	Beeinflussung des Kontextes und unterstützende Maßnahmen im Setting sind entscheidend	+!
++ = sehr gut + = gut - = schlecht				

Die individuelle Information, Aufklärung und Beratung zielt darauf ab, gesundheitsbelastende Verhaltensweisen zu verändern und persönlichen Ressourcen zu stärken, ohne den weiteren Kontext zu beeinflussen. Zum Beispiel werden in Gruppenkursen bestimmte Verhaltensweisen trainiert. Die Schwierigkeiten bestehen dabei, die erlernten Verhaltensmuster im Alltag anzuwenden und die Kurse regelmäßig zu besuchen. Ebenfalls sind diese Maßnahmen ungeeignet, um sozial benachteiligte Gruppen der Bevölkerung anzusprechen (vgl. Rosenbrock, 2004, S. 69). Kontextbeeinflussende Maßnahmen auf der Mikroebene finden in regelmäßiger Form

im häuslichen, familiären oder beruflichen Umfeld statt. Dabei werden förderliche und hemmende Umweltbedingungen hinsichtlich der geforderten Verhaltensänderungen betrachtet. Die nachhaltige Wirksamkeit dieser Interventionen ist umstritten (vgl. Rosenbrock, 2004, S. 70–71). Hingegen zeichnen sich settingbasierte¹⁰⁰ Präventionsmaßnahmen durch ihre gute Zielgruppen-Erreichbarkeit aus, weil diese nach ihrer Zugehörigkeit zum Setting ausgewählt werden. Deshalb gelten Programme zur Verhaltensänderung auf der Settingebene im Gegensatz zur individuumbezogenen Ebene als besonders nachhaltig.

Genauso eignet sich dieser Interventionstyp, um den Kontext zu beeinflussen und ein förderliches Setting aufzubauen. Zum Beispiel ist eine extern initiierte betriebliche Ernährungskampagne dann erfolgreich, wenn diese auch mit Veränderungen bei der Gemeinschaftsverpflegung einhergeht. Der Impact settingbasierter Strategien erhöht sich, wenn die Nutzer des Settings entsprechend ihren Bedürfnissen am Veränderungsprozess partizipieren¹⁰¹ (vgl. Rosenbrock, 2004, S. 71–72). Settingbasierte Präventionsmaßnahmen erzielen folglich einen höheren Impact als individuellbasierte Strategien. Bei der Kombination von Verhaltensprävention und Veränderung des Settings (Verhältnisprävention) zeigen sich bessere Wirkungen bei Zielgruppen mit geringer formaler Bildung, weil die Aktivitäten an den eigenen Alltag anknüpfen und die Teilnehmer hierarchie- und gruppenübergreifend eingebunden werden können (vgl. Rosenbrock, 2004, S. 73–74).

Präventionskampagnen zur Information und Aufklärung der Bevölkerung ohne einen Kontextbezug richten sich in der Regel an die gesamte Bevölkerung. Sie werden durch Massenmedien unterstützt und transportieren Botschaften ohne auf Umwelt-

¹⁰⁰ Ein Setting ist zum einen definiert durch eine formale Organisation, eine regionale Situation, durch gleiche Erfahrung, gleiche Lebenslage, gemeinsame Präferenzen und/oder Werte. Zum anderen ist es ein den Nutzern oder Bewohnern subjektiv bewusster, relativ dauerhafter Sozialzusammenhang, von dem Impulse und Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen- und Ressourcen sowie auf die Bewältigung von Gesundheitsrisiken ausgehen können (vgl. Rosenbrock, 2004, S. 71).

¹⁰¹ Für diese Form der Intervention wird in der Entwicklungszusammenarbeit der Begriff Empowerment verwendet.

bedingungen einzugehen oder diese zu beeinflussen. Einem geringen Aufwand steht ein begrenzter Impact gegenüber. Sie werden als „symbolische Politik“ bezeichnet und sollten nach Rosenbrocks (2004) Ansicht nicht eingesetzt werden (vgl. Rosenbrock, 2004, S. 75).

Demgegenüber erzielen Präventionskampagnen den größten Nutzen, die auf der Interventionsebene der Bevölkerung mit Kontextbezug argumentieren. Andere Ebenen werden einbezogen und dadurch können Synergieeffekte erzielt werden. Eine bedeutende Rolle spielen die Massenmedien, die gleichzeitig die Funktion erfüllen, begleitende Präventionsprojekte auf der Settingebene anzuregen. Diese Interventionsform fand in Deutschland bisher eigentlich nur bei der Kampagne zum Sicherheitsgurt in den 1960er Jahren, bei der ‚Trimm-Aktion‘ ab dem Jahr 1970¹⁰² und bei der HIV/AIDS-Kampagne ‚Gib Aids keine Chance‘ in den 1980er und 1990er Jahren Anwendung (Rosenbrock, 2004, S. 77). Die HIV/AIDS-Kampagne war in einigen Zielgruppen sehr erfolgreich. Ein bedeutsames Instrument dafür waren die Massenmedien. Der massenmediale Hintergrund wurde von lokalen und regionalen AIDS-Hilfen genutzt, um ihre Setting-Interventionen zu verstärken und Synergien zu nutzen. Zum Beispiel wurden in der Schule mit der Botschaft ‚Gib AIDS keine Chance‘ dezentrale, kontextbezogene Maßnahmen umgesetzt (ebenda).

In der Anwendung verschiedener Interventionsstrategien für die HIV/AIDS-Prävention in Entwicklungsländern ist neben kulturellen und sozialen Hintergründen insbesondere die Verbreitung der Massenmedien zu berücksichtigen. Es stellt sich die Frage, ob und wie die skizzierte Klassifizierung der präventiven Interventionsformen für die folgenden HIV/AIDS-Präventionsstrategien verwendet werden kann. Entsprechend wird in der Analyse der Präventionsstrategien ein Augenmerk darauf gerichtet.

3.1.2 Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention

Bei der Betrachtung der Prävention bietet sich die in der Literatur bekannteste Klassifizierung von präventiven Interventionen an, die in die *primäre*, *sekundäre* und *tertiäre Prävention* unterteilt. Dieser Einteilung liegt die Orientierung am Interventionszeit-

¹⁰² Die ‚Trimm-Aktion‘ lief ab dem Jahr 1983 unter dem Claim ‚Trimming 130 – Bewegung ist die beste Medizin‘.

punkt zugrunde. Die vorbeugenden Maßnahmen werden im Hinblick auf ihren Ansatzpunkt auf der Zeitachse geordnet. Dieses Präventionsprinzip ist auf den israelischen Psychiater Gerald Caplan zurückzuführen, der Prävention als Verhinderung psychischer Störungen begriffen und entsprechend klassifiziert hat. Angesichts des breiten Spektrums präventiver Maßnahmen erscheint die begriffliche Ausdifferenzierung sinnvoll.

Die *primäre Prävention* hat das Ziel der Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeiten und der Verminderung von Ursachen für Krankheiten. Weil die primäre Prävention die Verringerung der HIV-Inzidenzrate und damit die Anzahl der Neuinfektionen verfolgt, ist sie bedeutsam für die HIV/AIDS-Prävention (vgl. Rosenstock, 2004, S. 27). Hafen (2005) stützt seine systemtheoretische Perspektive auf die Definition der primären Prävention von Caplan (1964):

„Primary prevention is a community concept. It involves lowering the rate of new cases of mental disorder in a population over a certain period by counteracting harmful circumstances before they have had a chance to produce illness. It does not seek to prevent a specific person from becoming sick. Instead, it seeks to reduce the risk for a whole population, so that, although some may become ill, their number will be reduced. [...] When a program of primary prevention deals with an individual, he is seen as the representative of a group, and his treatment is determined not only by his own needs but in relation to the extent of the community problem he represents and the resources available to deal with“ (Caplan, 1964, S. 26, zitiert nach Hafen, 2000, S. 262).

Gemäß dieser Definition richten sich präventive Maßnahmen an alle Mitglieder einer Zielgruppe oder Gesellschaft, auch wenn diese an der Störung nur einzeln erkranken kann. Einzelne Personen sind nur hinsichtlich der Behandlung des ursächlich definierten Problems von Bedeutung. Den Anlass zur Einleitung präventiver Maßnahmen bieten Krankheiten oder Störungen, nach deren Ursachen gesucht wird, um ihnen entgegenzuwirken (vgl. Hafner, 2000, S. 262). Die primäre Prävention setzt vorbeugend bei gesunden Menschen an und verfolgt das Ziel, schädigende Faktoren an einem Zeitpunkt zu erfassen und auszuschalten, an dem noch keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorliegen. Damit soll die Eintrittswahrscheinlichkeit und

Prävalenz von Krankheitsereignissen gesenkt werden (vgl. Vogt & Neumann, 2007, S. 10).

Die *sekundäre Prävention* zielt auf die Früherkennung, um Anzeichen für das zu verhindernde Problem zu erkennen. Sie setzt im Stadium des Entstehungsprozesses einer Krankheit an, in dem subjektiv noch keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen wahrgenommen werden. So sollen Risikofaktoren frühzeitig beeinflusst werden, um dem weiteren Verlauf von Erkrankungen adäquat vorzubeugen (vgl. Vogt & Neumann, 2007, S. 10).¹⁰³ Die Hauptaspekte der sekundären Prävention sind nach Caplans (1964) Definition die *Früherkennung* und die *Risikogruppe*. Wie bei der primären Prävention steht die Gruppe oder Gemeinschaft im Vordergrund. Dabei wird von Risikogruppen gesprochen, die sich aus allen Personen zusammensetzen, bei denen bereits bestehende Störungsfälle zu verzeichnen sind oder die unter Umständen an der Störung leiden können (vgl. Hafens, 2000, S. 264–265).¹⁰⁴ Hafens (2005) weist darauf hin, dass die sekundäre Prävention immer auch die primäre Prävention beinhaltet (vgl. Hafens, 2000, S. 265). Caplans (1964) Unterscheidung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention lässt sich nicht unmittelbar auf das HIV/AIDS-Problem übertragen, weil der Autor in seiner Differenzierung der Prävention von heilbaren Krankheitsbildern ausgeht. Hierzu verdeutlicht Hafens (2005) Gedankenexperiment zur Differenzierung der primären und sekundären Prävention, dass eine Erkennung des HIV/AIDS-Problem immer automatisch zur sekundären und tertiären Prävention führt (vgl. Hafens, 2000, S. 265–268; sowie Abbildung 15).

¹⁰³ Dafür ist eine Erkrankung in einem symptomlosen, aber biomedizinisch eindeutigen Frühstadium zu entdecken. Unter sekundärer Prävention wird auch die Verhinderung des Wiedereintritts einer Krankheitsereignisses verstanden (Rosenstock, 2004, S. 27).

¹⁰⁴ Angenommen die Störung besteht aus einer postnatalen Depression innerhalb von drei Monaten nach der Geburt, dann sind alle Frauen in der Risikogruppe, deren Geburt ihres Kindes nicht länger als drei Monate zurückliegt. Die Verbreitung der Depression könnte durch die Verhinderung der sie bedingenden Faktoren reduziert werden. Ebenfalls kann auch die Verkürzung der Dauer einer bereits aufgetretenen Depression angestrebt werden (vgl. Hafens, 2000, S. 264–265).

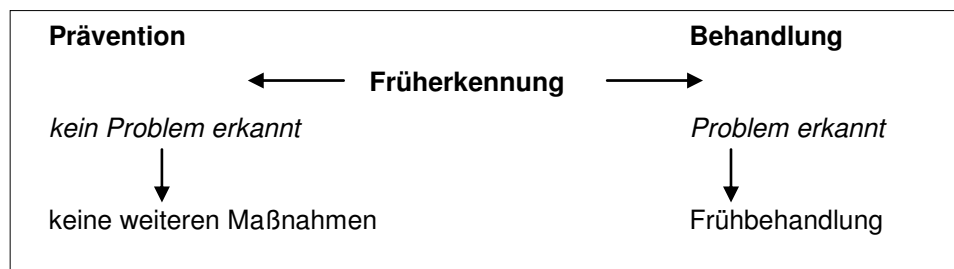


Abbildung 15: Früherkennung als diagnostische Maßnahme zwischen Prävention und Behandlung (modifiziert nach Hafén, 2000, S. 267).

Die Abbildung 15 zeigt, dass die Früherkennung als Hauptaspekt der sekundären Prävention immer zur Behandlungsseite führt und somit eindeutig als Maßnahme der sekundären Prävention zugeordnet werden kann.¹⁰⁵ Eine Früherkennung gibt es demnach im Kontext von HIV/AIDS nur, wenn auch HIV diagnostiziert wird, um das Ausbrechen des symptomatischen Stadiums mit AIDS-definierenden Erkrankungen zu verzögern. Sie umfasst aber niemals nur Aspekte der primären Prävention, weil die Erkrankung als nicht heilbar gilt und unweigerlich zum Tod führt.

Ebenso werden nur Menschen angesprochen, bei denen ein Anzeichen für eine Störung besteht. Zum Beispiel werden durch epidemiologisch gestützte Kausalitäten höhere Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Risikogruppen in einer Bevölkerung definiert (vgl. Hafén, 2000, S. 265–268).

Die *tertiäre Prävention* kann zum einen die wirksame Verhütung oder Verzögerung der Verschlimmerung einer offenbar bestehenden Beeinträchtigung oder Erkrankung sein. Eingeschlossen sind dabei die medizinische Behandlung chronischer Krankheiten und die Prophylaxe wieder auftretender Krankheiten. Zum anderen bezieht sich die *tertiäre Prävention* auf die Rehabilitation. Sie verhindert oder mildert damit die Funktionseinbußen infolge einer Erkrankung. So wird dieser Präventionsbereich auch als Krankheitsphase bezeichnet (vgl. Rosenstock, 2004, S. 27).

¹⁰⁵ Hafén (2005) hat die Behandlung als Abgrenzungsfeld zur Prävention hinzugenommen, um die Differenzierung zwischen primärer und sekundärer Prävention vornehmen zu können (vgl. Hafén, 2005, S. 265).

Damit lässt sich die tertiäre Prävention deutlich von den ersten Klassifizierungen abgrenzen (vgl. Vogt & Neumann, 2007, S. 10). Hafen (2005) ordnet die tertiäre Prävention gemäß seinem Unterscheidungsprinzip in Prävention und Behandlung eindeutig der Behandlung zu. Allerdings zeigt sich auch hier das Problem der Anwendung von Caplans (1946) Differenzierung auf HIV/AIDS, da eine Behandlung im Sinne einer Verhinderung oder Verbesserung des Krankheitsbildes letztendlich nicht möglich ist. Die Adressibilität ist bei tertiären Präventionsmaßnahmen eindeutig, da diese sich nicht an irgendwen richten, sondern an Personen, die ein bestimmtes zu behandelndes Problem haben (vgl. Hafer, 2000, S. 269–271).¹⁰⁶

Zusammenfassend ist die präventive Intervention als Spezialform der Intervention grundlegend in die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention einzuteilen, welche den Interventionszeitpunkt betreffen. Die Behandlung als eine weitere Interventionsform ist nicht immer klar von der Prävention abzugrenzen und wird in der vorliegenden Arbeit in der Frage der Bedingungen und Möglichkeiten des Sports in der Prävention nicht betrachtet, da sie eher zur sekundären Prävention zählt. Folglich ist für die vorliegende Arbeit die primäre Prävention bedeutsam, da es bei dieser Form um die Senkung der HIV-Inzidenzrate und die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum oder einer Bevölkerung geht (vgl. Rosenstock, 2004, S. 27). Dies begründet sich auch in der Tatsache, dass eine flächendeckende Behandlung mit antiretroviralen Therapien auch in naher Zukunft in Entwicklungsländern nicht in einem ausreichenden Maß zur Verfügung stehen wird (vgl. Hirschmann, 2003, S. 10–11).

Insbesondere angesichts der skizzierten Problematik der Übertragung des Präventionsprinzips von Caplan (1964) auf das HIV/AIDS-Problem bieten die sekundäre und

¹⁰⁶ Eine weitere Differenzierung der Prävention geht auf Gordon zurück, die in den letzten Jahrzehnten populär geworden ist (vgl. Gordon, 1987, S. 20–26). Präventive Interventionen werden demnach in die universelle, selektive, indizierte Prävention unterteilt. Dabei ordnet Hafen (2005) die universelle und selektive Prävention der Prävention, hingegen die indizierte Prävention der (Früh-)Behandlung zu. Dies begründet er damit, dass sowohl die universelle als auch die selektive Prävention Maßnahmen umfassen, die sich an Bevölkerungsgruppen oder bestimmte Zielgruppen mit unspezifischen Risikofaktoren richten. Die indizierte Prävention hingegen kann der (Früh-)Behandlung zugesprochen werden, weil bereits Anzeichen für das zu verhindernde Problem oder ein frühes Stadium des Problems erkannt sein müssen (Hafer, 2000, S. 271–272).

tertiäre Prävention nicht die vordergründigen Instrumente zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie, weil sie mit ihren Maßnahmen andere Schwerpunkte verfolgen. Sie beziehen sich auf die Behandlung und Pflege. Diese erfordern strukturelle Veränderungen des Gesundheitssystems, um generelle Behandlungs- und Pflegeangebote für die Bevölkerung zu ermöglichen. Folglich wird in der vorliegenden Arbeit Prävention immer im Sinn der primären Prävention aufgefasst, die das Ziel verfolgt, die Anzahl der HIV-Inzidenzrate zu senken.

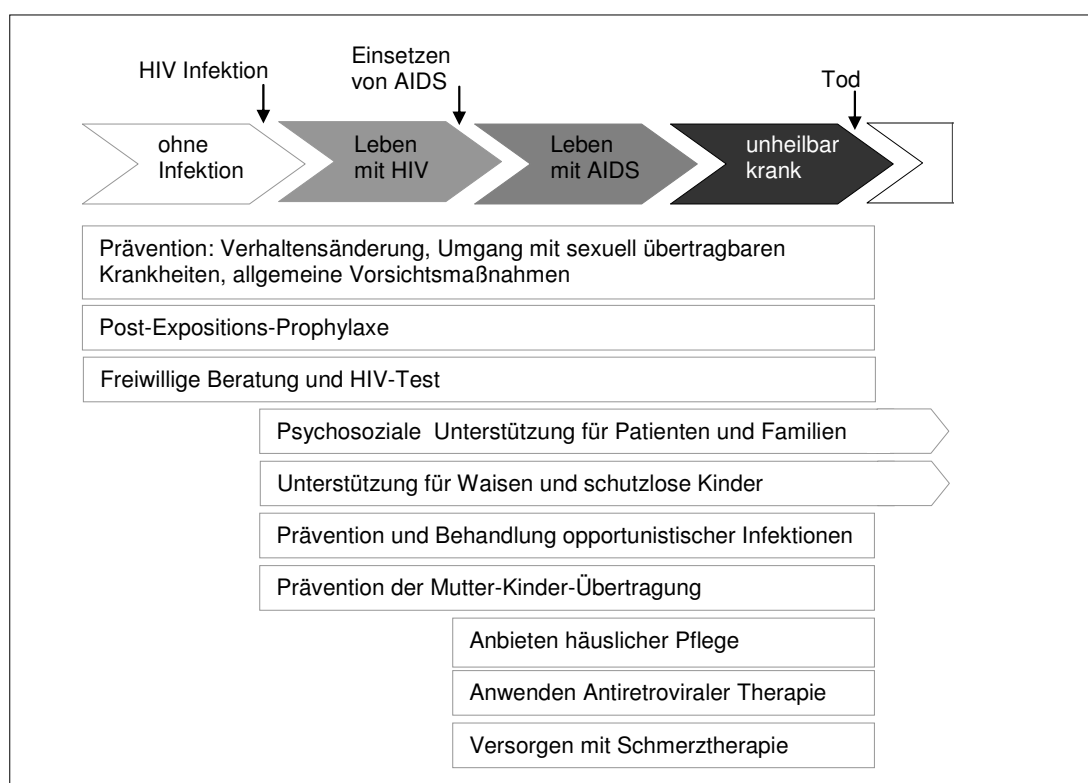


Abbildung 16: Verlauf der Prävention sowie Behandlung bei HIV/AIDS (vgl. Lamptey et. al., 2002, S. 22).

Wenngleich der Fokus dieser Arbeit die primäre Prävention betrachtet, ist die Auffassung bedeutsam, dass erfolgreiche HIV/AIDS-Präventionsprogramme über die primäre Prävention hinausgehen sollten (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 102; sowie Lamptey, Wigley, Carr & Collymore, 2002, S. 22). Das bedeutet, dass die Behandlung von HIV/AIDS gleichzeitig auch präventive Wirkung auf die weitere Ausbreitung der Krankheit hat. Erklären lässt sich diese Forderung anhand der medizinischen Grundlagen des Krankheitsbildes, nach denen der Verlauf von HIV/AIDS in drei we-

sentliche Phasen unterteilt wird (vgl. Kapitel 2.2.1). Demzufolge sind auch die sekundäre und tertiäre Prävention, die die Pflege, Behandlung und Unterstützung HIV/AIDS-betroffener Menschen und ihres Umfelds umfassen, Bestandteile präventiver Interventionen. Sie tragen mittelbar zur Senkung der HIV-Inzidenzrate bei (vgl. Abbildung 16; sowie Weinreich & Benn, 2003, S. 102; sowie Lamptey, Wigley, Carr & Collymore, 2002, S. 22).

Die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention können bei HIV/AIDS, wie in der Abbildung 16 verdeutlicht wird, den Krankheitsphasen zugeordnet werden. Diese erfordern jeweils unterschiedliche Präventionsstrategien (vgl. Abbildung 16). Die jeweils der Krankheitsphase entsprechenden Präventionsstrategien umfassen verschiedene Komponenten, die von voneinander abhängig sind und sich gegenseitig verstärken. Sie gliedern sich in die drei folgenden Bereiche (vgl. Lamptey et. al., 2002, S. 22):

- a) Prävention zur Verringerung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen (primäre Prävention).
- b) Pflege und Behandlung der HIV-infizierten Menschen, die einen umfassenden Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erfordern (sekundäre und tertiäre Prävention).
- c) Unterstützung der HIV-infizierten Menschen und Angehörigen, mit den sozialen, politischen und ökonomischen Auswirkungen der Epidemie umzugehen (tertiäre Prävention).

Weiterführend stellt sich die Frage, wie die Prävention bei einem Menschen abläuft und warum sie bei manchen Menschen erfolgreicher funktioniert als bei anderen. Dafür scheint das wahrgenommene Risiko einer Person eine Rolle zu spielen, die bei verschiedenen Personen unterschiedlich ausfallen kann. So wird im Folgenden ein Blick auf die Risikowahrnehmung gerichtet, um der Frage nachzugehen, wie Prävention verlaufen muss, damit eine Verhaltensänderung stattfinden kann.

3.1.3 Prävention und Risikowahrnehmung

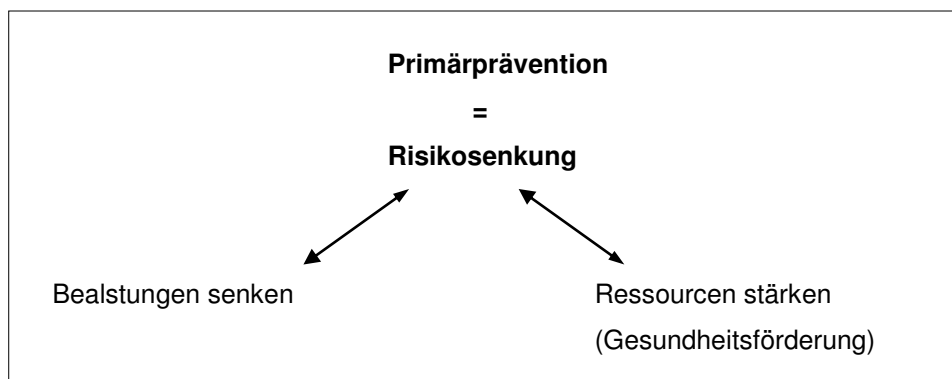


Abbildung 17: Logik der primären Prävention (vgl. Rosenbrock, 2004, S. 29).

Die primäre Prävention verfolgt gemäß den vorangegangenen Ausführungen das Ziel, das Risiko und die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Erkrankung beziehungsweise der HIV-Inzidenzrate zu senken. Dabei ergibt sich die Größe des Risikos nach Rosenbrock (2004) aus der Bilanz von Belastungen und Ressourcen. Risikofaktoren sind als Belastungsfaktoren zu verstehen, die zum Beispiel Tabakrauchen und hohe Cholesterinwerte darstellen können.¹⁰⁷

Wenngleich es im alltäglichen Sprachgebrauch häufig der Fall ist, ist die Senkung des Risikos nicht mit der Gesundheitsförderung gleichzusetzen, sondern übergeordnet anzusiedeln. Soll hingegen der Aspekt der Ressourcenstärkung betont werden und der Unterschied zwischen alter und moderner Public Health markiert werden, ist die Gesundheitsförderung als Zusatz sinnvoll (vgl. Rosenbrock, 2004, S. 29). Weil das Risiko kein reales Objekt ist, sondern ein Merkmal, welches Situationen, Aktivitäten oder Situationen zugeschrieben wird, wird es von der Wahrnehmung des Beobachters bestimmt (vgl. Renner & Schwarzer, 2003, S. 112).

Die Risikowahrnehmung steht im Mittelpunkt des Interesses präventiver Interventionen, die auf gesundheitsbezogenes Verhalten zielen, weil die persönliche Risiko-

¹⁰⁷ Der Autor weist daher darauf hin, dass die Verwendung des Begriffs Gesundheitsförderung anstelle von Prävention nicht korrekt ist und in diesem Kontext als redundant betrachtet werden kann (vgl. Rosenbrock, 2004, S. 29).

wahrnehmung¹⁰⁸ entscheidend ist. Die Wahrnehmung des persönlichen Risikos wird durch verschiedene Verzerrungen beeinflusst. So beurteilen Menschen bekannte Objekte oder freiwillige Aktivitäten weniger bedrohlich als unbekannte Gefahrenquellen oder Situationen, über die sie wenig Kontrolle haben. Folglich hängt die persönliche Risikowahrnehmung von der Einschätzung des perzipierten Schweregrades (Ausmaß) und der Eintrittswahrscheinlichkeit (Häufigkeit, Entstehung, Verlauf, Behinderung) eines Ereignisses ab. Tödlich verlaufende Krankheiten wie HIV/AIDS stellen den höchsten Schweregrad einer Bedrohung dar. Da der Schweregrad einer Krankheit von den materiellen und finanziellen Möglichkeiten einer Person abhängt, die dieser entgegengesetzt werden können, wird eher die wahrgenommene *Vulnerabilität (Verwundbarkeit)* als Indikator der subjektiven Risikoeinschätzung erfasst. Zur Förderung des eigenen Risikoverständnisses sollten die bereitgestellten Informationen nach Schwarzer (2004) sowie Renner und Schwarzer (2003)

- i. das relative Risiko einer Erkrankung in Vergleich zu einer anderen bekannten Erkrankung setzen,
- ii. erläutern, wie das Risiko im Lauf der Zeit beziehungsweise über die Häufigkeit der eigenen Exposition zunimmt und
- iii. angeben, wie viele verschiedene Risikofaktoren das Gesamtrisiko erhöhen (vgl. Schwarzer 2004, S. 98; Renner & Schwarzer, 2003, S. 112–121).

Wenngleich das wahrgenommene Risiko als entscheidend für das präventive Handeln und damit als grundlegend für präventive Interventionen gilt, wirkt dieser Effekt nur zu Beginn der Handlung. Dies kann mittels des HAPA-Modells (Health Action Process Approach, HAPA-Modell) verdeutlicht werden. Das HAPA-Modell stellt ein sozial-kognitives Prozess-Planungsmodell des gesundheitlichen Handelns aus der

¹⁰⁸ Neben der persönlichen gibt es die allgemeine Risikowahrnehmung, die allgemeine, personenunspecifische Informationen sowie Angaben über das Risiko einer durchschnittlichen Person beurteilt (vgl. Renner & Schwarzer, 2003, S. 112–121).

Gesundheitspsychologie¹⁰⁹ dar (vgl. Gerrard, Gibbons & Reis-Bergan, 1999, S. 94–100; sowie Schwarzer, 2004, S. 97).

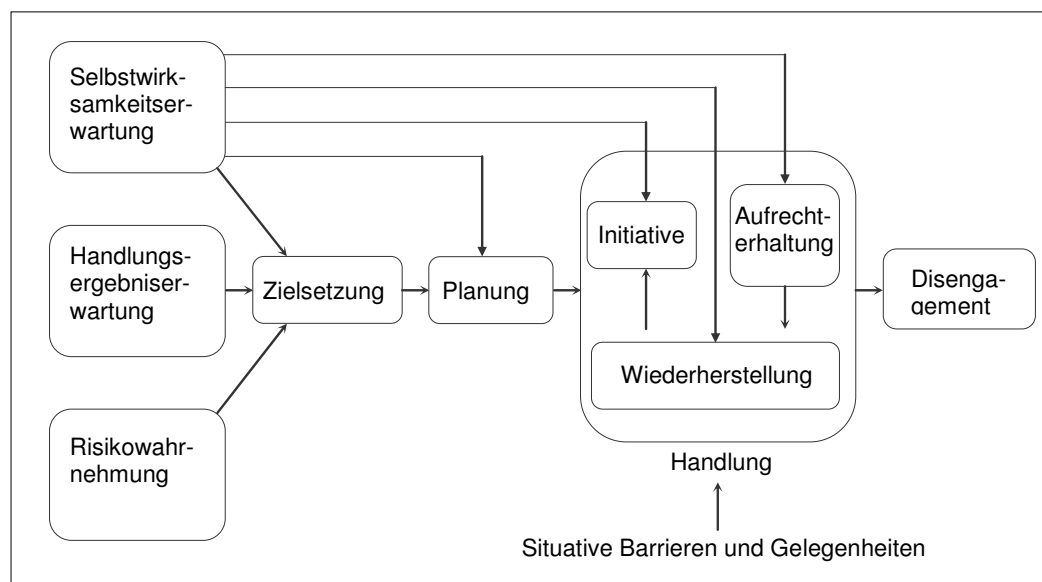


Abbildung 18: Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA) (in Anlehnung an Schwarzer, 2004, S. 91).

Das HAPA-Modell wird von Schwarzer (2004) auf das HIV/AIDS-Problem angewendet. Es wird deutlich, dass die Risikowahrnehmung in der motivationalen Phase stimulierend wirkt. Nachfolgend führt die wahrgenommene Bedrohung durch HIV/AIDS zu einer Intentionsbildung. Diese wird durch die Reflexion des ängstlichen Erlebens und die zeitliche Nahbarkeit eines überschaubaren Inkubationszeitraums verstärkt. Weil AIDS eine Krankheit ist, der ein einzelner Mensch wenig Ressourcen entgegen zu setzen hat und sich jeder unabhängig von Alter, sozialer Schicht, Beruf und Intelligenz mit dem HI-Virus infizieren kann, werden verschiedene stressrelevante Variab-

¹⁰⁹ Gegenstand der Gesundheitspsychologie ist die Erforschung des Gesundheitsverhaltens. Die Gesundheitspsychologie richtet sich auf Fragestellungen in Bezug auf körperliche Erkrankungen und Behinderungen sowie auf riskante und präventive Verhaltensweisen und grenzt sich damit zur klinischen Psychologie ab, die sich mit seelischen Störungen und Verhaltensabweichungen befasst. Das menschliche Erleben und Verhalten angesichts gesundheitlicher Risiken und Beeinträchtigungen sowie die Optimierung von Gesundheit steht bei der Gesundheitspsychologie im Vordergrund (vgl. Schwarzer, 2004, S. 1).

len bedeutsam. Sie ergeben sich aus dem ausgeprägten Schweregrad, der hohen Verwundbarkeit und der daraus resultierenden Bedrohung und sind notwendig für die vorbeugende Intentionbildung (vgl. Schwarzer, 2004, S. 97–98).

In den nachfolgenden Stufen nimmt die *Selbstwirksamkeits-Erwartung* eine noch wichtigere Stellung ein und ist in allen Stufen der präventiven Intervention erforderlich. Die Zunahme der Bedeutung der Selbstwirksamkeits-Erwartung ist bei der Konzeption von präventiven Interventionen zu berücksichtigen. In der motivationalen und intentionbildenden Phase ist die Risiko-Kommunikation verstärkt einzusetzen. In der anschließenden volitionalen Phase wird das intendierte Verhalten realisiert. Hierfür ist die Ressourcen-Kommunikation entscheidend, die aus der Vermittlung von Handlungswirksamkeits-Erwartungen und der Förderung der Selbstwirksamkeit besteht (vgl. Schwarzer, 2004, S. 97–98).

Die klaren medizinischen Informationen zur Prävention von HIV/AIDS bilden eine Grundlage für Handlungswirksamkeits-Erwartungen, weil grundsätzlich die Möglichkeit besteht, eine Infektion zu vermeiden. Für die Handlungsausführung ist ebenfalls auch wieder die Selbstwirksamkeits-Erwartung nötig. Sie steuert, ob ein Mensch die entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen zur Infektionsvermeidung befolgen kann und ob er sich das zutraut. Sie wird daher auch mit subjektiver Kompetenz-Erwartung beschrieben (vgl. Schwarzer 2004, S. 97–98, sowie Petermann & Roth, 2006, S. 40–44). Petermann und Roth (2006) sehen in HIV/AIDS den „Prototyp der Herausbildung von vorbeugenden Intentionen auf der Grundlage einer hohen Bedrohung und darauf aufbauenden Erwartungen der Handlungs- und Selbstwirksamkeit“ (Petermann & Roth, 2006, S. 44).

Die persönliche Risikoeinschätzung ist oft abweichend von der allgemeinen. Das eigene Risiko für eine HIV-Infektion wird im Vergleich zu anderen Personen des gleichen Alters und Geschlechts in der Regel deutlich geringer eingeschätzt (komparative Vulnerabilitäts-Einschätzung) (vgl. Renner & Schwarzer, 2003, S. 112–121). Diese Unterschätzung wird nach Weinstein (1980) als „optimistischer Fehlschluss“ bezeichnet (Weinstein, 1980, S. 806, zitiert nach Renner & Schwarzer, 2003, S. 121).

¹¹⁰ So führt die hohe Ausprägung der Bedrohungskognition durch HIV/AIDS nicht zwangsläufig zu einer Intentionsbildung. Eine Ursache für die optimistischen Verzerrungen des eigenen Risikos wird darin gesehen, dass die klar definierten HIV-Transmissionswege ein Gefühl der Kontrolle vermitteln und die Handlungswirksamkeits-Erwartungen auf dieser Grundlage gebildet werden (vgl. Petermann & Roth, 2006, S. 45).¹¹¹

Zusammengefasst ist die primäre Prävention, die in der vorliegenden Arbeit betrachtet wird, mit der Risikosenkung gleichzusetzen. Hingegen ist die Gesundheitsförderung eher untergeordnet mit der Ressourcenstärkung zu vergleichen. Um der Frage nachzugehen, warum manche Menschen eher bereit sind, ihr Verhalten präventiv zu ändern und andere weniger, ist die Risikowahrnehmung zu betrachten. Sie ist der entscheidende Faktor der Motivation zu präventivem Handeln. Das eigene Risiko wird im Vergleich zu anderen Menschen häufig als geringer eingeschätzt, welches als optimistischer Fehlschluss bekannt ist. Allerdings zeigt ein Modell der Gesundheitspsychologie, dass die Risikowahrnehmung nur zur Beginn auf die Intention zur Verhaltensänderung stimulierend wirkt.

Danach nimmt die Selbstwirksamkeits-Erwartung einen viel höheren Stellenwert ein und ist für den gesamten Prozess der Verhaltensänderung entscheidend. HIV/AIDS ist eine Krankheit, die aufgrund der hohen Vulnerabilität – jeder Menschen kann sich

¹¹⁰ Der „optimistische Fehlschluss“ besagt, dass Menschen ein Verhalten oder Merkmal als ein substantielles Risiko eher für andere als für sich bewerten, wenngleich zur Betrachtung des Risikos verschiedene Faktoren herangezogen wurden. Beispielweise wird die eigene Vulnerabilität, einen Herzinfarkt zu erleiden, mit steigendem Alter höher eingeschätzt und ist demnach an der Realität orientiert (vgl. Renner & Schwarzer, 2003, S. 112–121).

¹¹¹ Ein weiterer Grund für den unrealistischen Optimismus ist, dass sich Personen eher mit Personen vergleichen, die ein höheres Risiko haben. Für die eigene Risikowahrnehmung und Vulnerabilitäts-Einschätzung haben allerdings häufig die Personen eine besondere Relevanz, die ein im Vergleich zum eigenen Risiko niedriges aufweisen und auf einer Skala ganz unten stehen. Denn je geringer die Ähnlichkeit mit der Person mit einem niedrigen Risiko ist, desto verletzlicher fühlen sich Personen. So reicht es bei präventiven Bemühungen nicht aus, die gefährlichen Situationen darzustellen. Sondern auch normgerechte und ungefährliche Verhaltensweisen sind zu betrachten. Ansonsten schätzen sich Personen zu unähnlich zu diesem Typ ein (vgl. Petermann & Roth, 2006, S. 45).

theoretisch mit der Krankheit infizieren, unabhängig vom Alter oder Geschlecht – und wahrzunehmenden Bedrohung ein Prototyp zur Bildung der Handlungsintention und Selbstwirksamkeits-Erwartung. Dieser Blick in die psychologischen Vorgänge der Verhaltensänderung wird jedoch in der Arbeit nicht weiter vertieft, weil die soziologische Betrachtung der Prävention im Fokus steht. Dennoch zeigt dieser Exkurs, dass die Stärkung der Selbstwirksamkeits-Erwartung ein entscheidender Faktor ist, den es gilt, in präventiven Maßnahmen zu beeinflussen beziehungsweise zu stärken.

Drüber hinaus haben die Analysen des zweiten Kapitels zur gesellschaftlichen Dimension von HIV/AIDS offengelegt, das nicht nur das individuelle sexuelle Verhalten oder die motivationale Lage der Verhaltensänderung zu präventivem Handeln führt und für die HIV-Prävalenz verantwortlich ist. Auch die sozialen Aspekte, sozioökonomische, soziokulturelle und politische Faktoren sind zu berücksichtigen, auf denen das Augenmerk dieser Arbeit liegt. Diesem Anspruch folgend wird in den nachstehenden Abschnitten die bisher theoretisch beschriebene Prävention in der HIV/AIDS-Praxis analysiert. Leitend sind die Fragen, welche Strategien in der HIV/AIDS-Bekämpfung angewendet werden und welche sich im entwicklungstheoretischen Kontext als geeignet erweisen.

3.2 Präventionsstrategien in der HIV/AIDS-Bekämpfung

Aus dem Bereich HIV/AIDS als gesellschaftliches Problem und den theoretischen Grundlagen der Prävention ist deutlich geworden, dass eine erfolgreiche Prävention nicht nur auf das sexuelle Verhalten zielt, sondern den sozialen, wirtschaftlichen und politischen Kontext berücksichtigt. Grundlegend zur Bildung einer vorbeugenden Intention ist das Wissen um die Krankheit, so dass die Aufklärung und Information wesentliche Bestandteile erfolgreicher Prävention darstellen. Das Ziel des zweiten Kapitelabschnittes ist herauszufinden, welche Faktoren erfolgreiche Präventionsmaßnahmen beeinflussen. Zum Beispiel wurde in Kapitel 2.2 gezeigt, dass manche Gruppen ein höheres HIV-Infektionsrisiko als andere aufweisen. Entsprechend ist die Adressibilität von HIV/AIDS-Präventionsprogrammen entscheidend. Es sind die Menschen anzusprechen und zu erreichen, die ein hohes HIV-Risiko aufweisen. Dies kann durch die Berücksichtigung des verbreiteten HIV-Transmissionsweges erzielt werden, den in Afrika südlich der Sahara der heterosexuelle Kontakt darstellt (vgl. Lamptey et al. 2002, S. 23; sowie Kapitel 2.2). Um die Determinan-

ten erfolgreicher Präventionsstrategien herauszuarbeiten, werden verschiedene Strategien und Maßnahmen auf den Prüfstand gestellt.

Ausgewählt wurden die nachstehenden Präventionsstrategien mittels einer Dokumentenanalyse empirischer Studien und Projektdokumente im Rahmen einer Sekundäranalyse sowie von Literaturquellen. Die Strukturierung des weiteren Verlaufs des Kapitels beruht auf den Strategien, die von mehreren Autoren als grundlegend in der HIV/AIDS-Prävention genannt wurden und angesichts der dargestellten Ausführungen im zweiten Kapitel sinnvoll erscheinen (Zum Beispiel Weinreich und Benn, 2003, Bosmans, 2006 und Lamptey, Wigley, Carr & Collymore, 2002). Diese Strategien umfassen medizinische Interventionen, den Kondomgebrauch, die Information und Aufklärung, freiwillige HIV-Tests und psychologische Beratungsangebote, die Erziehung, Bewusstseins-schaffung und Kommunikation, die Pflege und Behandlung, die Reduzierung sexuell übertragbarer Krankheiten und rechtliche Maßnahmen. Innerhalb dieser Bereiche werden Projekt- und Programmbeispiele von HIV/AIDS-Interventionen in Afrika südlich der Sahara und in Tansania vorgestellt. Schlussfolgernd werden die Bedingungen und Möglichkeiten erfolgreicher Präventionsstrategien analysiert und wesentliche Kennzeichen herausgearbeitet (vgl. Kapitel 1.5). Die nachstehende Tabelle 19 gibt einen Überblick über die analysierten empirischen Studien sowie die Projektberichte und -dokumente.

Tabelle 19: Überblick über die untersuchten empirischen Studien und Projektdokumente in den betrachteten HIV/AIDS-Präventionsstrategien (eigene Darstellung).

Autor (Jahr)	Projektträger / Projektname	Präventionsstrategie	HIV/AIDS-Präventionsziel	Methode
Cairs (2006)	Keine Angaben	Zirkumzision	Senkung des HIV-Transmissionsrisikos für Frauen und Männer	Beschneidung von Männern
Weinreich und Benn (2003)	Projekt in Uganda	Information und Aufklärung	Änderung des Sexualverhaltens von Jugendlichen durch erfolgreiche Synergie traditioneller und wissenschaftlicher Weltanschauungen	Informationsvermittlung über medizinische Behandlungsmöglichkeiten
Weinreich und Benn (2003)	Projekt in Sambia	Information und Aufklärung	Änderung des Sexualverhaltens von Jugendlichen durch Verbindung traditioneller Rituale mit medizinisch-wissenschaftlichen Modellen	Gefährliche Rituale wurden durch Kräuteranwendungen ersetzt
Femina HIP Ltd. (2011)	Tanzanian German Programme to Support Health (TGPSH)	Information und Aufklärung	<ul style="list-style-type: none"> - Sexualerziehung und Vermittlung von Fakten - Gleichberechtigung der Geschlechter - Ausbildung von Life-Skills - Schulung demokratischer Fähigkeiten 	Verbindung edukativer Inhalte mit Entertainment, Verwendung der Kultur und Sprache der jungen Zielgruppe, Nutzung verschiedener Medien (u.a. TV, Print, Event)
GTZ (2009)	TGPSH / Prevention and Awareness in Schools of HIV and AIDS (PASHA) in Tansania	Erziehung, Bewusstsein und Kommunikation in IEC-Programmen	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderung des sexuellen Verhaltens im Erziehungs- und Bildungssektor - Wissensaneignung - Ausbildung von Life-Skills - Einbezug aller Schulformen und Jahrgänge 	Genügend Informationen und Fakten zur Verhaltensänderung, Erziehung, bevor der erste Sexuelle Kontakt stattfindet, Ausbildung von Vertrauenslehrern, Peer-Education
Pfander (2000)	Ministry of Health – Tanzania	KAP-Methode	Instrument zur Wirkungsmessung der Verhaltensänderung	Verhaltensänderung durch Verinnerlichung von ausreichendem Wissen
Klepp, Ndeki, Leshabari, Hannan und Lyimo (1997)	Evaluierung nach KAPB-Methode in Tansania	Erziehung durch Peer-Education und KAP(B)-Methode	<p>Reduktion des HIV-Infektionsrisikos an Primary Schools</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aneignung von Wissen, Vorurteile abbauen - Hinauszögern sexuellen Kontaktes 	Einbeziehung kultureller Hintergründe, settingbasierte Maßnahmen, Ausbildung von Lehrern und Trainern für HIV/AIDS-Prävention, Materialien in Swahili, interaktive Methoden wie Theater, Kunst und Rollenspiele

3.2.1 Medizinische Intervention durch medikamentöse Behandlung

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, das HIV-Infektionsrisiko durch eine medizinische Intervention zu senken. Eine erfolgreiche Bekämpfung im Sinn der primären Prävention von HIV/AIDS könnte letztendlich nur durch eine Schutzimpfung erreicht werden (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 95).¹¹² Bisher ist es jedoch nicht gelungen, eine Heilung oder Impfung gegen HIV/AIDS zu entwickeln; sie ist auch innerhalb der nächsten Jahre nicht absehbar. Ein Grund dafür ist, dass sich das HI-Virus ständig verändert und immer wieder neue Formen von HIV entstehen (vgl. DAH, 2011a, #Impfung).

Ferner wird die Forschung nach einem Impfstoff erschwert, weil Pharmaunternehmen keinen Anreiz für Investitionen in diesem Bereich sehen. Denn der Impfstoff wird gerade dort benötigt, wo die Menschen am wenigsten Geld haben, um diesen zu bezahlen. Die Weltbank und andere Organisationen versuchen, die Impfstoff-Forschung voranzubringen und finanzielle Mittel dafür zur Verfügung zu stellen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 95). Weinreich und Benn (2003) weisen darauf hin, dass auch die erfolgreiche Erforschung eines Impfstoffes nicht die letztendliche Bekämpfung der Epidemie darstellt, da dieser eventuell nicht zu 100 Prozent wirksam sein wird. Trotz seines vermutlich starken Einflusses auf die Epidemie bleibt die Prävention eine der wichtigsten Methode (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 95).¹¹³

Vor der medikamentösen Prävention oder Behandlung zur Verhinderung des Vorschreitens der HIV/AIDS-Erkrankung ist die Diagnosestellung der wichtigste Präventionsschritt. Sie trägt zur Reduzierung der HIV-Neuinfektionen bei, weil sich Menschen, die ihren HIV-Status kennen, entsprechend verhalten können. Ebenso kann

¹¹² Das Ziel einer Impfung ist, das Immunsystem auf die Krankheitserreger vorzubereiten und diese durch Eigenproduktion von Antikörpern unschädlich zu machen. Zum Aufbau der Immunabwehr werden abgeschwächte Formen des Krankheitserregers in den Körper injiziert (vgl. DAH, 2011a, #Impfung).

¹¹³ Die grundlegende Voraussetzung für medizinische Präventionsmaßnahmen ist die Information der Bevölkerung über diese Möglichkeiten. Ebenso bedeutsam ist aber auch, dass der Zugang zu medizinischen Interventionen ermöglicht wird. Dieser ist in Afrika südlich der Sahara häufig nicht gegeben ist (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 95).

eine erfolgreiche Diagnose der Krankheit vor Ausbruch der AIDS-definierenden Symptome entscheidend für den Krankheitsverlauf hinsichtlich der sekundären und tertiären Prävention sein (vgl. Rockstroh, 2010, S. 12). Bereits im Jahr 1987 wurde die erste antiretrovirale Substanz eingeführt, mit der es gelang, die Symptome der HIV-Infektion kurzfristig zu unterdrücken und das Auftreten von AIDS zeitlich zu verzögern. Die Einführung weiterer Medikamentenklassen bewirkte, dass innerhalb weniger Jahre aus einer unweigerlich tödlich verlaufenden Erkrankung eine dauerhaft zu behandelnde Krankheit wurde. Die sogenannte *hochaktive antiretrovirale Therapie (ART)*¹¹⁴ kann durch eine dauerhafte Unterdrückung der Vermehrung der Viren ein Fortschreiten der Erkrankung verhindern (vgl. Rockstroh, 2010, S. 10). So kann der Krankheitsverlauf verlangsamt und die Todesrate gesenkt werden (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 108).

Vor der Entwicklung der antiretroviralen Therapie vergingen zwischen den ersten AIDS-definierenden Symptomen und dem Tod in der Regel zwei bis vier Jahre. Dieser Zeitraum kann durch die Medikamente hinausgezögert werden. Problematisch ist jedoch in Entwicklungsländern, dass die Medikamente wenn überhaupt erst eingenommen werden, wenn die Infektion ein bestimmtes Stadium erreicht hat beziehungsweise die CD4-Zellen unter eine kritische Schwelle gesunken sind.

Da die Krankheit ohne die Behandlung in mehr als 90 Prozent aller Fälle tödlich verläuft, sollten nach Rockstrohs (2010) Meinung früher oder später alle HIV-infizierten Menschen Medikamente erhalten. Darüber hinaus lässt sich durch die ART-Medikamente sogar ein Voranschreiten der Erkrankung bis hin zum Stadium AIDS verhindern (vgl. Rockstroh, 2010, S. 10). Allerdings ist die Voraussetzung dafür, dass die Medikamente regelmäßig genommen werden. Die umfassen nicht wie bei der Einführung der Medikamente eine große Anzahl täglich einzunehmender Präparate, sondern nur noch ein bis drei Tabletten pro Tag (vgl. Rockstroh, 2010, S. 2).

¹¹⁴ Die hochaktive antiretrovirale Therapie wurde zunächst mit HAART (Highly Active Anti-Retroviral Therapy) abgekürzt. Später wurde sie durch den Begriff ART (Anti-Retroviral Therapy) ersetzt, der heutzutage verwendet wird. Die Therapie umfasst eine Kombination verschiedener ARVs (Antiretrovirale Medikamente zur Behandlung von AIDS) aus den verschiedenen Wirkstoffklassen (vgl. Hoffmann & Rockstroh, 2010, S. 2).

Weinreich und Benn (2003) weisen aber auch auf die Probleme einer lebenslangen *medikamentösen Behandlung* hin. Wirkungen, Resistenzen oder Probleme der regelmäßigen Einnahme der Medikamente konnten bisher nur über einen Zeitraum von ungefähr zehn Jahren erfasst werden. Die Abhängigkeit der verschiedenen Präventionsbereiche voneinander wird deutlich. Denn die medikamentöse Behandlung ist durch die Beratung zu unterstützen, um Menschen über die Notwendigkeit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme aufzuklären und so eine erfolgreiche Therapie zu gewähren. Es ist zu darauf zu achten, dass die medikamentöse Behandlung nicht als Heilung wahrgenommen mit, weil daraus ein falsches Sicherheitsgefühl entstehen und ein höheres Risiko für eine HIV-Übertragung resultieren kann (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 110). Entsprechend ist trotz einer verbesserten medikamentösen Behandlung auch für Rockstroh (2010) die Prävention das angestrebte Ziel zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie (vgl. Rockstroh, 2010, S. 2).

Vor allem in Afrika südlich der Sahara ist eine flächendeckende Behandlung von HIV/AIDS auch in naher Zukunft nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Der Bedarf an ART ist um ein Vielfaches höher als die zur Verfügung stehenden Medikamente. Ursächlich sind hierfür nach Hirschmann (2003) insbesondere die Mängel in den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen und in finanziellen Ressourcen sowie der fehlende politische Wille. Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist häufig eine politische und weniger eine medizinische Frage. Weinreich und Benn (2003) unterstreichen, dass in Afrika südlich der Sahara weniger als ein Prozent aller HIV-infizierten Menschen *Zugang zu antiretroviralen Medikamenten* haben. Die mangelnde Verbreitung der antiretroviralen Therapie ist auf hohe Preise, Patente auf Medikamente und fehlende Ausbildung des medizinischen Personals zurückzuführen (vgl. Hirschmann, 2003, S. 10; Weinreich & Benn, 2003, S. 108).

Die Erhöhung des Zugangs zu lebensverlängernden Medikamenten wirkt sich präventiv aus, weil die Viruslast im Blut reduziert und die Wahrscheinlichkeit für eine HIV-Übertragung gesenkt wird. Auch wenn ein Umdenken begonnen hat und die Preise für antiretrovirale Medikamente reduziert wurden, können auch die reduzierten Preise von der Mehrheit der betroffenen Menschen in Entwicklungsländern nicht bezahlt werden. Weit mehr als die Hälfte der HIV-infizierten, die von Medikamenten

profitieren, leben in Industrieländern (vgl. Hirschmann, 2003, S. 10; Weinreich & Benn, 2003, S. 108).

In Tansania werden zusätzliche Gelder des Globalen Fonds im Jahr 2002 für die ARV-Behandlung verwendet (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 115). Ferner wird als Präventionsmaßnahme die schützende Wirkung vor einer HIV-Infektion durch sogenannte Mikrobizide Substanzen untersucht (Weinreich & Benn, 2003, S. 92). Sie sollen das HIV-Virus durch Einführung in den Körper direkt abtöten und auch weitere sexuell übertragbare Krankheiten reduzieren. Es gibt jedoch noch keine verfügbaren Mikrobizide, die diese Wirkung erreichen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 92).

Eine medikamentöse Behandlung kann das HIV-Übertragungsrisiko beim Geschlechtsverkehr verringern und ermöglicht somit auch Paaren, bei denen der Mann mit HIV infiziert ist, Kinder zu bekommen, ohne das HI-Virus zu übertragen. Mit Einnahme entsprechender Medikamente ist es aus Sicht von Ärzten möglich, mit einem geringen Restrisiko einer HIV-Transmission an den fruchtbaren Tagen ungeschützten Geschlechtsverkehr zuzulassen (vgl. Sonnenberg-Schwan & Weigel, 2010, S. 491). Die Voraussetzungen, dass das HI-Virus durch sexuellen Kontakt trotz der HIV-Infektion des Mannes nicht übertragen wird, sehen folgendes vor:¹¹⁵

- „Die ART wird durch den HIV-infizierten Menschen eingehalten und durch den behandelnden Arzt kontrolliert;
- Die Viruslast liegt seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze;
- Es bestehen keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern“ (Sonnenberg-Schwan & Weigel, 2010, S. 487).

Bei Frauen, die mit HIV infiziert sind und einen Kinderwunsch haben, gibt es ebenfalls verschiedene medikamentöse Möglichkeiten, gegen eine vertikale HIV-Mutter-Kind-Transmission während der Schwangerschaft, vor, während und nach der Geburt präventiv vorzugehen. So gehört die antiretrovirale Transmissionsprophylaxe mit einer ART-Kombinationstherapie prä- oder postnatal zur medizinischen Prävention (vgl.

¹¹⁵ Die Vorgaben wurden im Jahr 2008 von der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF-Statement) veröffentlicht (vgl. Sonnenberg-Schwan & Weigel, 2010, S. 487).

Weinreich & Benn, 2003, S. 97; Vocks-Hauck, 2010, S. 496–502).¹¹⁶ Denn die HIV-Infektion der Mutter wird ohne jede Maßnahme mit einer Wahrscheinlichkeit von 40 Prozent auf das Kind übertragen, wobei diese mit der Viruslast zum Zeitpunkt der Geburt korreliert.

Die Hälfte der Übertragungen erfolgt während der Schwangerschaft, in den letzten Wochen vor der Geburt und währenddessen. Die andere Hälfte der HIV-Transmissionen findet innerhalb der Stillzeit statt. Eine postnatale HIV-Infektion ist vermeidbar, indem Mütter nicht stillen. Das Stillen hat sich als Infektionsrisiko bestätigt, weil das Virus direkt in der Muttermilch nachgewiesen werden kann. Grundsätzlich ist der Blutkreislauf der Mutter vom Kind entfernt, allerdings können Infektionen die Durchlässigkeit der HI-Viren erhöhen. Auch ist das Risiko einer Übertragung bei der Geburt erhöht, wenn das Kind mit Blut und Sekreten der Mutter in Berührung kommt. Hingegen kann eine Kaiserschnitt-Entbindung das Transmissionsrisiko senken. Mit Einführung der antiretroviralen Transmissionsprophylaxe ist die HIV-Infektion des Neugeborenen in Westeuropa und Nordamerika selten geworden (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 96; Vocks-Hauck, 2010, S. 496–502).

Allerdings ist die antiretrovirale Therapie für schwangere und HIV-positive Frauen in Entwicklungsländern schwer zugänglich und erfordert auch bei kostenloser Abgabe von Medikamenten¹¹⁷ zusätzliche Ressourcen für HIV-Tests und Beratung. So gibt es auch Überlegungen, die Abgabe des Medikaments ungeachtet des HIV-Status ohne vorherige Tests durchzuführen. Die Auswirkungen einer breiten Verabreichung dieser Medikamente sind aber nicht geklärt. Darüber hinaus geben Weinreich und Benn

¹¹⁶ Mit dieser kann ab der 32. Schwangerschaftswoche begonnen werden. Wenn HIV-infizierte Frauen bereits antiretroviral vorbehandelt sind, sollte die ART während der Schwangerschaft fortgesetzt werden. Nach der Geburt zählt zu den präventiven Maßnahmen die postnatale antiretrovirale Therapie der Neugeborenen (vgl. Vocks-Hauck, 2010, S. 496–502).

¹¹⁷ Die Medikamente Zidovudin (AZT) und Nevirapin können bereits in einer geringen Dosierung die Übertragung von HIV während der Geburt auf das Kind erheblich reduzieren. Das Medikament Nevirapin wird bereits kostenlos in Entwicklungsländern an schwangere Frauen mit positivem HIV-Status abgegeben. Dennoch können häufig die zusätzlich benötigten Ressourcen für die Verabreichung von den betroffenen Ländern nicht aufgebracht werden (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 98).

(2003) zu bedenken, dass es eine psychische Belastung für Frauen darstellt, wenn sie von einer HIV-Infektion in der Schwangerschaft erfahren.

Ebenfalls ist auch das Nicht-Stillen mit Stigmatisierung behaftet und lässt Frauen unter Verdacht geraten, dass sie HIV-positiv sind. Folglich könnten Frauen angesichts des angedeuteten höheren Einfluss des familiären Umfelds auf die Frauen als auf die Männer einer zusätzlichen Belastung durch die Schuldzuweisungen der Familie ausgesetzt sein. Auch hier ist die medikamentöse Behandlung mit Aufklärung und Beratung des Umfelds der Betroffenen zu unterstützen, um sie als erfolgreiche Präventionsmaßnahmen umsetzen zu können (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 98–100).

Zur Prävention der vertikalen HIV-Mutter-Kind-Transmission verweisen Weinreich und Benn (2003) auf die Richtlinien von UNICEF, WHO und UNAIDS, die sich an den wirtschaftlichen und kulturellen Bedingungen in Entwicklungsländern orientieren. Gemäß dieser Einstellung ist das Stillen durch HIV-infizierte Mütter zu vermeiden, wenn gleichwertige, finanzierbare und nachhaltige Alternativen für die kindliche Ernährung zu Verfügung stehen. Andernfalls ist das exklusive Stillen ohne Beigabe weiterer Nahrung in den ersten Lebensmonaten zu empfehlen, da Stillen eine nachfolgende Mangelernährung und Infektionskrankheiten verhindert kann (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 98–100).

Das HIV-Transmissionsrisiko wird unter anderem durch die Menge des eingebrachten Virus und die Dauer der Exposition beeinflusst und kann durch eine schnelle Entfernung des infektiösen Materials wie Haut oder Schleimhaut verringert werden. Bei beruflichen Expositionen, wie zum Beispiel im Gesundheitswesen durch Verletzungen mit infizierten Instrumenten oder Nadeln, besteht als Präventionsmaßnahme die Möglichkeit einer Prophylaxe mit einer antiretroviralen Kombinationstherapie. Diese wird auch bei nicht beruflich bedingten Umständen empfohlen, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit HIV-verunreinigte Blutkonserven oder Blutprodukte in den Körper eingebracht wurden. Sie kann auch bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einer HIV-infizierten Person empfohlen werden (vgl. Lorenzen, 2010, S. 665).

Die Prä-Expositions-Prophylaxe bietet die Möglichkeit, bereits vor einer möglichen HIV-Infektion Medikamente einzunehmen. Allerdings gibt es noch keine solide Datenlage über den Erfolg der Therapie. Es wird angenommen, dass die Medikamente

zwar das Übertragungsrisiko senken können, aber starke Nebenwirkungen verursachen. Diese Art der Prävention käme nur für intravenös Drogenabhängige und Prostituierte in Frage. Eine weitere negative Auswirkung wäre bei einer späteren HIV-Infektion ein größeres Risiko einer Medikamenten-Resistenz (vgl. Cairns, 2006, #PREP: who will use it?).

Bei Drogenabhängigen haben sich Präventionsmaßnahmen, die das gemeinsame Nutzen von Spritzen durch Einführung von Nadeltauschprogrammen verhindern, wie das Aufstellen von Spritzenautomaten und Methadon-Substitution, und soziale Programme bewährt (vgl. Rockstroh, 2010, S. 6). Für eine Infektion durch verunreinigte Blutkonserven liegt das Risiko einer HIV-Transmission bei mehr als 90 Prozent, weil das HI-Virus in großen Mengen direkt in die Blutbahn gelangt. Sie werden deshalb häufig nur noch verabreicht, wenn Menschen ohne Transfusion sterben würden. Dem Testen von Blut und Blutprodukten kommt eine bedeutende Funktion in der HIV-Prävention zu (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 94).

Als weitere Präventionsmaßnahme wird die Zirkumzision von Männern diskutiert, die in manchen Teilen Afrikas durchgeführt wird. Könnte die HIV-Schutzfunktion der männlichen Zirkumzision belegt werden, würde sie eine relativ einfache und kostengünstige Methode der HIV-Prävention darstellen. Einer empirischen Studie von Cairns (2006) zufolge scheint es nachgewiesen zu sein, dass in Ländern mit einer hohen Rate beschnittener Männer eine niedrigere HIV-Prävalenz zu beobachten ist (vgl. Cairns, 2006, #Circumcision may benefit woman as well as men).¹¹⁸ Sowohl Cairns (2006) als auch Weinreich und Benn (2003) geben Werte an, nach denen die männliche Beschneidung das Risiko einer HIV-Infektion für Männer um bis zu 70 Prozent senken kann. Diese Annahme bezieht sich sowohl darauf, sich das Virus zuzuziehen, als auch andere durch sexuelle Kontakte zu infizieren. Auch die Partnerin hat ein um bis zu 30 Prozent niedrigeres Risiko, sich bei ihrem beschnittenen Mann mit HIV zu infizieren. Allerdings nur solange die HI-Viruslast nicht über einem bestimmten Wert

¹¹⁸ Cairns (2006) stützt seine Erkenntnis darauf, dass die Raten der Zirkumzision in Städten mit niedriger HIV-Prävalenz höher als in denen mit einer hoher Prävalenz waren (vgl. Cairns, 2006, #Circumcision may benefit woman as well a men).

liegt, ab dem dieser Effekt aufgehoben wird (vgl. Cairns, 2006, #Circumcision may benefit woman as well as men; vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 91).

Das vermutete geringere HIV-Infektionsrisiko von beschnittenen Männern lässt sich mit einer besseren Hygienelage begründen. Da die Beschneidung aber nur einen relativen Schutz gegen einer HIV-Infektion darstellt, weisen Weinreich und Benn (2003) auch in diesem Zusammenhang auf die Gefahr eines falschen Sicherheitsbewusstseins hin (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 91). Die Autoren warnen davor, dass die weibliche Beschneidung keine präventive Wirkung vor HIV/AIDS hat, sondern als Genitalverstümmelung gilt. Hirschmann (2003) führt dabei seine Erfahrungen an, dass vielerorts auch die praktizierte Beschneidung der Genitalien für eine hohe HIV-Neuinfektionsrate verantwortlich ist, weil häufig für alle Kandidaten nur eine Rasierklinge verwendet wird (vgl. Hirschmann, 2003, S. 42).

3.2.2 Traditionelle Medizin

Im Kontext von HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen durch medizinische Interventionen ist in Afrika südlich der Sahara die traditionelle Medizin zu beleuchten, weil sie eine bedeutende Rolle spielt (vgl. Kapitel 2.3.2). Viele Menschen befragen zunächst den Witchdoctor, der traditionelle Heilmethoden anwendet, wenn sie gesundheitliche Probleme feststellen. Weil dieses Vorgehen bekannt ist, weisen Tageszeitungen regelmäßig auf die damit verbundenen Gefahren hin und berichten darüber. So möchte auch das folgende Beispiel aus der Zeitung *The Guardian* aufklären, das für den Krankheitsverlauf wertvolle Zeit verloren werden kann, wenn Menschen erst nur zu einem Witchdoctor gehen.

„When Philimon Banda fell ill last year in his small village on the edge of Lake Mweru in northern Zambia, he went to 15 local witchdoctors who all told him he had been possessed. One said he had a snake in his body drinking his blood, another that he had been inhabited by a ghost, a third that he had been bewitched by jealous neighbours. They took his money, washed his evil spirits away, exorcised him and gave him roots and powders. But he got progressively weaker until, he said, by early this year he could not even walk“ (Vidal, 2005, #Zambia struggles with power of witchdoctors).

Das Ergebnis des Artikels war, dass *Philimon Banda* schließlich zu einem ausgebildeten Arzt gegangen ist, der die Diagnose der HIV-Infektion stellte und eine medikamentöse Therapie anordnete (vgl. Vidal, 2005, #Zambia struggles with power of witchdoctors). Dieses Beispiel deutet darauf hin, dass die traditionelle Medizin eher hinderlich in der HIV/AIDS-Prävention ist. Allerdings haben traditionelle Heiler einen hohen Stellenwert und werden als ernsthafte Berater für gesundheitliche Fragen konsultiert. Sie können nicht einfach ignoriert werden. So weisen Weinreich und Benn (2003) auf Ansätze hin, nach denen traditionelle Heiler und Witchdoctoren einen positiven Beitrag in der HIV/AIDS-Prävention erzielen können.

Ein Nutzen konnte geschaffen werden, indem traditionelle Heiler als Berater und Vertrauenspersonen von HIV-infizierten Menschen in bestehende HIV/AIDS-Präventionsprogramme von Krankenhäusern oder gesundheitlichen Einrichtungen eingebunden wurden. Sie profitierten dabei selber von der Wissensvermittlung über die medizinischen Grundlagen der Krankheit und ihren Verlauf (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 94).

Es gibt darüber hinaus Autoren (zum Beispiel Kistemann & Exner, 2000), die eine Neubewertung der medizinischen Interventionsmöglichkeiten zugunsten einer Rückbesinnung auf die Instrumente der Prävention, Überwachung und Kontrolle des Infektionsgeschehens fordern. Demnach stellen präventionsbasierte Prinzipien in Verbindung mit modernen infektionsepidemiologischen Methoden die Strategie der Zukunft dar, um „interdisziplinär und international vernetzt die Bedrohung durch infektionsassoziierte Gesundheitsrisiken zu reduzieren“ (Kistemann & Exner, 2000, S. 251). Denn zum einen können die Krankheitserreger selbst oder neu gewonnene Erkenntnisse zu einer anderen Einschätzung der Krankheit führen. Zum anderen verändern sich die Umwelt- und Lebensbedingungen, die eine Verbreitung von Krankheitserregern zum Beispiel durch eine erhöhte Mobilität begünstigten (vgl. Kistemann & Exner, 2000, S. 251–255).

3.2.3 Kondomgebrauch

Das wesentlichste Element aller Präventionsbemühungen zur Verhinderung der HIV-Übertragung ist das Latex-Kondom für Männer. Die Strategie des Safer Sexes (geschützter Sexualverkehr) basiert auf dem regelmäßigen und korrekten Gebrauch

von Kondomen. Bei entsprechendem Gebrauch kann die Übertragung von HIV zwischen Sexualpartnern nahezu ausgeschlossen werden. Auch Weinreich und Benn (2003) verweisen hierzu auf wissenschaftliche Ergebnisse, wonach der Flüssigkeitsaustausch, auf den es ausschließlich ankommt, durch Kondome vermieden wird.

Der effektive Schutz verringert sich jedoch durch inkorrekte Benutzung oder schlechte Qualität der Kondome in der Praxis und liegt daher bei 85 Prozent.¹¹⁹ So gelang es in Europa und Nordamerika, mit Kampagnen zur Förderung des Kondomgebrauchs die HIV-Infektionsraten zu verringern. Die Autoren merken jedoch auch an, dass empirischen Studien zufolge nicht der Kondomgebrauch, sondern die Reduktion der Zahl der Sexualpartner die entscheidende Rolle für die Verringerung der HIV-Transmission spielt. Kondome stellen nur eine Komponente in Interventionsprogrammen dar, die für sich alleine einen begrenzten Einfluss auf die HIV/AIDS-Ausbreitung haben.¹²⁰ Der käufliche Erwerb ist für viele Menschen in Entwicklungsländern zu teuer. Der vielzitierte Satz unterstreicht die Perspektive der ärmsten Menschen in ihren Kosten-Nutzen-Abwägung: „An Aids sterben werde ich vielleicht in 10 Jahren, aber verhungern tue ich jetzt“ (Weinreich & Benn, 2003, S. 90).

Auch bei kostenloser Verteilung ist die Nutzung als gering einzuschätzen. Die Hauptgründe dafür sind Vorbehalte, die sich in den traditionellen Weltanschauungen begründen. Kondome sind in der Familienplanung nicht vorgesehen und Männer fühlen sich in ihrer Männlichkeit beeinträchtigt. Kondome behindern die Funktion der Sexualität, die in der Fortpflanzung gesehen wird. Zudem sind Kinder nach afrikanischen Traditionen der Garant für die Altersversorgung und bestätigen den Glauben an ein Leben nach dem Tod, weil die Kinder weiterleben. Da viele Menschen ihren HIV-Status nicht kennen, ist ihnen das HIV-Transmissionsrisiko auch nicht bewusst. Darüber hinaus wird der Kondomgebrauch mit Prostitution und außerehelichen oder

¹¹⁹ Das bedeutet, dass Paare, die Kondome benutzen, ein 85 Prozent niedrigeres HIV-Infektionsrisiko als Paare haben, die nie ein Kondom benutzen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 87).

¹²⁰ Darüber hinaus wirken in vielen Entwicklungsländern auch religiöse und kulturelle Vorbehalte gegen eine zu starke Verbreitung von Kondomen, weil sie aus der Sicht der Kirchen die Promiskuität erhöhen und daher nicht zur Eindämmung der HIV-Epidemie beitragen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 87–89).

vorehelichen Sexualbeziehungen in Verbindung gebracht. Denn der Verdacht außerehelichen Sexes wird geschürt, wenn ein Kondom verlangt wird. In dieser Hinsicht haben die Präventionsbotschaften, die Kondombenutzung für außereheliche Partnerschaften empfehlen, einen negativen Einfluss auf die Kondombenutzung bei Ehepartnern.

Ebenfalls bringen Weinreich und Benn (2003) die Haltung der Kirchen ein, die Einfluss auf die Vorbehalte gegenüber dem Kondomgebrauch nehmen. Vornehmlich die christlichen Kirchen lehnen grundsätzlich den Kondomgebrauch bei außerehelichen Partnerschaften ab, weil sie gegen das Prinzip des Ideals der treuen Partnerschaft verstoße. Jedoch gewähren sie die Kondombenutzung in der Ehe, wenn einer der Partner HIV-positiv ist. Allerdings setzt es voraus, dass die Partner ihren HIV-Status kennen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 90–91). Demgegenüber sind Kondome in traditionellen Weltanschauungen eher unwichtig, weil die Ursachen von HIV/AIDS eher in Tabuverletzungen oder in der Strafe Gottes für diese zu suchen sind (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 130; vgl. Kapitel 2.3.2). Neben den Kondomen für Männer gibt es auch Kondome für Frauen. Sie werden von den Autoren Weinreich und Benn (2003) als positiv eingeschätzt, weil sie zu einer erhöhten Selbstbestimmung und Unabhängigkeit der Frauen in sexuellen Beziehungen führen. Damit können sie den Schutz vor einer HIV-Infektion erhöhen. Zwar sind Frauen meist eher bereit als Männer, Kondome zu benutzen, doch haben sie größere Schwierigkeiten, dies durchzusetzen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 87–89).

3.2.4 Information und Aufklärung

Nach Kirch, Bandura und Pfaff (2008) hängt Prävention auch immer mit Kommunikation zusammen und beinhaltet die Aufgabe zu kommunizieren. Denn vorbeugendes Handeln erfolgt durch eine Veränderung im Bewusstsein, die häufig durch eine kommunikative Intervention hervorgerufen wurde. Hieraus leitet sich die grundlegende Präventionsstrategie der Information und Aufklärung ab. Folglich sind die bereits vorgestellten Informations- und Aufklärungskampagnen-Beispiele mit Kontextbezug ein bedeutsames Instrument (vgl. Kapitel 3.1.1; sowie Kirch, Bandura & Pfaff, 2008, S. 342). Kampagnen sind nach Weinreich und Benn (2003) dann erfolgreich, wenn sie die Koexistenz der traditionellen Weltanschauungen sowie wissenschaftliche oder religiöse Haltungen berücksichtigen und diese integrieren (vgl. Kapitel 2.3.2). Die

Wissensvermittlung im Rahmen dieser Präventionsformen sollte daher die traditionellen Kulturpraktiken aufgreifen und daran anknüpfen. Zum Beispiel wird ungeschützter Geschlechtsverkehr von älteren Männern mit jungen Mädchen häufig mit den traditionellen Vorstellungen gerechtfertigt.

Die Aufgabe der Information und Aufklärung ist, über die Folgen dieser Verhaltensweisen aufzuklären. Gleichzeitig sind die positiven Ansätze der traditionellen Haltungen zu fördern und ein Bezug zum Modernisierungsprozess der Gesellschaft herzustellen. Dies könnte durch die erwähnte Empfehlung des Einbezugs traditioneller Witchdoktoren in die Präventionsprogramme erfolgen (vgl. Kapitel 3.2.2). Des Weiteren können Erklärungen, die auf wissenschaftlich-biomedizinischen Argumenten beruhen, für traditionell geprägte Menschen schwer zugänglich sein, die keine formale und eine geringe Schulbildung haben. Entsprechend wäre zu erklären, warum einem Virus nicht mit mythischen Erklärungen und magischen Kräften begegnet werden kann, wenngleich er aber auch mit westlicher Wissenschaft nicht besiegt werden kann (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 131).

Weinreich und Benn (2003) beschreiben hierzu zwei Projektbeispiele, in denen erfolgreich die wissenschaftliche mit den traditionellen Weltanschauungen zusammengebracht und Synergien geschaffen wurden. Erstens zeigt ein Projekt in Uganda, dass Jugendliche ihr Sexualverhalten geändert haben, weil sie wissenschaftliche Erklärungsmuster akzeptiert haben. Diesen wird dann vertraut, wenn eine Behandlungsmöglichkeit der Krankheit in Aussicht steht und das Wissen darüber vermittelt wird.

Es ist deshalb auch gelungen, Stigmatisierung zu beseitigen und ihr Selbstbild zu verändern. Zweitens konnten in einem Projekt in Sambia traditionelle Rituale mit westlich medizinisch-wissenschaftlichen Modellen verbunden werden, um in veränderter und weniger gefährlicher Form weiterzubestehen. Das Ritual der Reinigung der Witwe durch Sexualverkehr mit dem Bruder des Verstorbenen (vgl. Kapitel 2.3.2) wurde durch den Gebrauch von Kräutern ersetzt und so die Gefahr der HIV-Übertragung umgangen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 132–133).

Um HIV/AIDS erfolgreich begegnen zu können, ist der Kreislauf von „Stigma - Ablehnung - Verdrängung [zu durchbrechen]“ (Weinreich & Benn, 2003, S. 69). „Das

„Schweigen zu brechen“ ist ein zentraler Begriff vieler Diskussionen und Programme geworden“ (ebenda). Das bedeutet, dass die Autoren in der Aufklärung und Information auch das Ziel sehen, die Mythen über die Krankheit und die Assoziation von Afrika mit HIV/AIDS zu entkräften. Zum Beispiel weist HIV/AIDS ähnliche Übertragungswege wie Hepatitis B auf, aber verfügt über eine weitaus höhere Symbolkraft (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 70).¹²¹

Das Robert Koch-Institut (RKI, 2001) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, welche präventiven Effekte die Aussicht auf und das Wissen um adäquate Behandlungsmöglichkeiten auf die HIV-Ausbreitungsdynamik, Stigmatisierung und Diskriminierung haben können. Weil sich diese in den Industrieländern in den letzten Jahrzehnten zunehmend verbessert haben, steht für viele HIV-infizierte Menschen weniger die Infektion als der Versuch im Vordergrund, ein möglichst normales Leben zu führen. Während in Afrika südlich der Sahara die Krankheit mehr in die Öffentlichkeit gebracht und entmystifiziert werden soll, hat sich in den Industrieländern das Bedürfnis von Betroffenen eingestellt, in der Öffentlichkeit über die HIV/AIDS Erkrankung zu reden (vgl. RKI, 2001, S. 358).

Es gibt vielfältige Kampagnen in Entwicklungsländern und Industrieländern, die für die Bedürfnisse HIV-positiver Menschen werben und die Erreichung des sechsten Millenniums-Entwicklungsziels in Entwicklungsländern verfolgen. Ebenso vielfältig wie die Maßnahmen sind auch die Akteure der Entwicklungszusammenarbeit für die HIV/AIDS-Prävention. Zum Beispiel fordert das Aktionsbündnis gegen AIDS¹²² in Deutschland die finanzielle Unterstützung der weltweiten AIDS-Bekämpfung und die

¹²¹ HIV/AIDS wird mit moralischen und ethnischen Aspekten zusammengebracht, die zum Beispiel die Frage des außerehelichen Geschlechtsverkehrs betreffen. Dadurch wird die Assoziation hervorgebracht, dass das HI-Virus nicht durch Übertragung von einem auf den anderen Menschen, sondern durch häufig wechselnde Sexualpartner verursacht wird, die aber nur das HIV-Transmissionsrisiko erhöhen, aber nicht die Krankheitsursache sind (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 70).

¹²² Das Aktionsbündnis gegen AIDS wurde von den christlichen Kirchen gegründet und umfasst neben kirchlichen Vertretern auch AIDS-Hilfen sowie andere zivilgesellschaftliche Organisationen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 126).

Abgabe lebensnotwendiger Medikamenten an ärmere Länder zu einem bezahlbaren Preis (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 126).

In Tansania steuert die Aufklärungs- und Informationsarbeit der HIV/AIDS-Prävention primär die gemeinnützige *Organisation Femina HIP Ltd.* Ihre Arbeit und Ziele werden im Folgenden ausführlicher dargestellt, da sie die größte und bekannteste Organisation in Tansania ist. Die nachstehenden Informationen wurden neben der Internetquelle vom Verfasser [warum nicht: der Verfasserin?] durch ein persönliches Gespräch mit Verantwortlichen der Organisation in Dar es Salaam zusammengetragen (vgl. Gespräch des Verfassers der Arbeit mit Femina HIP Ltd. am 26. März 2009). Unterstützt wird die Arbeit der Femina HIP von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)¹²³ und der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW). Die GIZ führt seit über zehn Jahren Projekte zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Menschen in Tansania durch.

Der Schwerpunkt liegt dabei „on those at most risk and to encourage the health system to be more responsive to the needs of the people“ (TGPSH, 2011, #About Us). Im Jahr 2003 wurde das Tanzanian German Programme to Support Health (TGPSH)¹²⁴ gegründet. Die vielfältigen Projekte werden in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium (Ministry of Health and Social Welfare, MoHSW), verschiedenen Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen, Universitäten und der tansa-

¹²³ Bis zum Ende des Jahres 2010 hat die Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) die Programme in Tansania umgesetzt. Seit dem 1. Januar 2011 gibt es die GIZ. Sie vereint die Expertise des Deutschen Entwicklungsdiensts (German Development Service, DED), der Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (German Technical Cooperation, GTZ) und InWEnt – Internationale Weiterbildung und Entwicklung (Capacity Building International, Germany) (vgl. TGPSH, 2011, #About us).

¹²⁴ Das TGPSH umfasst vier grundlegende Komponenten, denen aufgrund einer umfassenden Reform des Gesundheitssektors folgende Prioritäten zugewiesen wurden: a) Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte bezüglich HIV/AIDS, b) Gesundheitsfinanzierung und soziale, gesundheitliche Absicherung, c) Entwicklung und Ausbau gesundheitlicher Leistungen und personeller Kapazitäten, d) Dezentrale Zentren und Niederlassungen für öffentliche und private Gesundheitsservices (vgl. TGPSH, 2011, #About us).

nischen Kommission für AIDS (Tanzania Commission for AIDS, TACAIDS) umgesetzt (vgl. TGPSH, 2011, #About Us).

Der Kernbereich der *Organisation Femina HIP* ist die Förderung der HIV/AIDS-Prävention durch

- Sexualerziehung und Vermittlung von Fakten, um Safer Sex durchsetzen zu können;
- die Gleichberechtigung der Geschlechter und Verbesserung der Beziehung zwischen den Geschlechtern;
- die Erziehung zu einer gesunden Lebensführung und die Ausbildung von Life-Skills, um eine Arbeit zu finden;
- die zivile Erziehung und die Schulung demokratischer Fähigkeiten, um einen Beitrag zum sozialen Wandel der Gesellschaft leisten zu können (vgl. Femina HIP, 2011, #About Us).

Die Zielgruppe der Kampagnen und Aktionen sind Kinder und Jugendliche. Zur Erreichung dieser Ziele nutzt Femina HIP das *Internet, Printmagazinen, Veranstaltungen und Events*. Dabei werden neben sensiblen Themen wie HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten jugendgerechte Informationen über Musik, Mode und Promis aufbereitet, die einen modernen Lebensstil inszenieren. Femina verbindet edukative Inhalte mit Entertainment und verwendet dabei die Kultur und Sprache der Jugendlichen.

Die alltäglichen Probleme junger Menschen in Tansania werden in *Real-Life-Stories, Rollenspielen* und *Doku-Soaps* eingebunden, um Stigmatisierung und Tabuisierung von HIV/AIDS entgegenzuwirken. Femina hat eine landesweite Reichweite und arbeitet interaktiv mit den Jugendlichen zusammen, so dass sich jeder an den Formaten wie zum Beispiel Talkshows beteiligen kann. Getragen wird die Arbeit der Organisation von Kooperationen mit Schulen, Jugendgruppen, NGOs, Unternehmen, Bezirksregierungen und Politikern (vgl. Femina HIP, 2011, #About Us). Neben verschiedenen Kommunikationskanälen wie Magazinen, Fernsehen, Radio und Internet sind das *Fema Magazine*, das *Si Michezo!*-Heft, verschiedene *Fema HIP Publications*, das *Watoto Bomba Book*, die *Fema TV Talk Show* und die *HIP Road Shows*

grundlegende Instrumente (vgl. Gespräch des Verfassers der Arbeit mit Femina HIP Ltd. am 26. März 2009; Femina HIP, 2011, #About Us).

Die Magazine *Fema* und *Si Michezo!* richten sich an Jugendliche. Sie beinhalten zielgruppenspezifisch aufbereitete Informationen, Artikel, Reportagen, Fotostrecken und Berichte über Sexualität, gesunde Lebensführung, Beziehungen, HIV/AIDS und andere Lifestyle-Themen. Beide Magazine erscheinen viermal beziehungsweise sechsmal pro Jahr und werden kostenlos mit einer Auflage von über 120.000 Exemplaren verteilt. So erzielen die Magazine eine Reichweite von 1,8 Mio. Lesern, denn pro Heft wird von 15 Lesern ausgegangen.

Während sich das *Fema Magazine* durch seine bunte, moderne Aufmachung an Jugendliche der Secondary School richtet, ist das *Si Michezo!* ein Heft für Jugendliche in ländlichen Gegenden, die nicht zur Schule gehen und nicht gewöhnt sind, zu lesen. Deshalb wird in dem Heft mit Bildern und Zeichnungen gearbeitet. Für jede Ausgabe reisen die Redakteure des Magazins ausgestattet mit einer Digitalkamera und Laptop durch die ländlichen Gemeinden, um Geschichten und Ansichten der Menschen zu sammeln, die in einfachen Verhältnissen leben. Die *HIP Publications* umfassen eine Reihe verschiedener Publikationen zu unterschiedlichen Aspekten von HIV/AIDS, Pflege, Behandlung, Leben mit HIV oder wie HIV das Leben von Kindern beeinflusst. Sie haben das Ziel, Stigmatisierung zu reduzieren und HIV/AIDS zum Gesprächsthema zu machen (vgl. Gespräch des Verfassers der Arbeit mit Femina HIP Ltd. am 26. März 2009; Femina HIP, 2011, #About Us).

Watoto Bomba ist ein Buch für Kinder im Alter von 10–14 Jahren, die in Tansania aufwachsen. Sie werden mit kindgerechten Hilfsmitteln auf die Herausforderungen ihrer körperlichen Veränderungen und auf HIV/AIDS vorbereitet. Ferner gibt es spezielle *Watoto Bomba*-Episoden im Fernsehen, die das Buch ergänzen. Die 30-minütige wöchentliche *Fema Talkshow* wird auf einem nationalen TV-Sender von und für Jugendliche produziert und in swahilischer Sprache ausgestrahlt. Zunehmend werden Drehorte in ländlichen Gegenden gewählt, um Menschen eine Stimme zu geben, die häufig nicht einmal einen Fernseher besitzen. Die Show ist durch SMS oder E-Mail-Aktionen interaktiv angelegt.

Die *HIP Road Shows* sollen die integrierte Kommunikation der Medienaktivitäten unterstützen. Bei den Events trifft die Zielgruppe Mitarbeiter des Femina-Teams, die durch Schulen und Gemeinden in Tansania touren, und haben die Gelegenheit, mit HIV-positiven Menschen zu sprechen. Dies ist auch eine Möglichkeit für die Femina Organisation, Feedback zu ihren medialen Angeboten zu erhalten und eine offene Atmosphäre für den Austausch über sensible Themen zu schaffen (vgl. Gespräch des Verfassers der Arbeit mit Femina HIP Ltd. am 26. März 2009; Femina HIP, 2011, #About Us).

Der wissenschaftliche Diskurs der HIV/AIDS-Prävention befasst sich neben Ergebnissen aus empirischen Studien, Evaluationen und Projektdokumentationen auch mit theoretischen Grundsätzen von Informations- und Aufklärungskampagnen. Zum Beispiel weisen Bosmans (2006) Untersuchungen zum Sport als menschenrechtsbasierter Ansatz zur HIV/AIDS-Prävention darauf hin, dass die *ABC-Methode* (*Abstinence, be faithful and use a condom*¹²⁵) nach wie vor als Grundlage vieler HIV/AIDS-Informations- und Aufklärungsprogramme für Jugendliche betrachtet wird. Allerdings hat der Autor Zweifel an der schützenden Wirkung dieses Ansatzes in einer Umwelt, in der Sexualität ein Tabuthema ist und kaum über die traditionellen sexuellen Praktiken reflektiert wird. So haben zum Beispiel Mädchen im pubertierenden Alter, die zu einer Heirat und sexuellen Aktivitäten gedrängt werden, wenig Handlungsspielraum, sich dem risikoreichen Verhalten zu entziehen. Doch die ABC-Methode verfolgt wie auch andere Präventionsmaßnahmen das Ziel, Menschen zu bestärken, ihre ersten sexuellen Aktivitäten hinauszuzögern, die Anzahl der Sexualpartner zu reduzieren und Kondome zu gebrauchen. Slogans wie „Protect yourself!“, „Abstain!“, „Be faithful!“ und „Use condoms!“ appellieren an den Selbstschutz der Individuen (Kalipeni et al., 2004, S. 90).

Dies setzt eine Persönlichkeit voraus, die über die erforderlichen Ressourcen verfügt, sich den äußeren Anforderungen durch die Familie und Traditionen zu widersetzen. Wie bereits in Kapitel 2.3.5 dargestellt, haben junge Frauen häufig aus wirtschaftlichen Gründen oder wegen der gesellschaftlichen Normen trotz des Risikos einer

¹²⁵ Sei abstinenter, sei treu und benutze ein Kondom!

HIV-Infektion keine Kraft, das sexuelle Verhalten ihrer Partner zu steuern und zu kontrollieren (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 90). So erscheint die Methode angesichts der multidimensionalen Faktoren, die auf die Menschen einwirken und sie anfällig für eine HIV-Infektion werden lassen, schwierig umzusetzen zu sein. Denn die Ursache ist häufig nicht eine Frage der Wahl des richtigen Verhaltens, sondern ist in komplexen Strukturen verankert (vgl. Bosmans, 2006, S. 4).

Letztendlich ist nach Bosmans (2006) nicht eindeutig zu beurteilen, ob eine Methode wie der ABC-Ansatz einen Beitrag zur HIV/AIDS-Reduktion leisten kann. Der Autor verweist dazu auf weitere empirische Studien, die weniger die Schlagwörter von Kampagnen gemäß der ABC-Methode, als vielmehr die sozialen Einflüsse von Jugendlichen wie Gruppenzwang, Neugierde und wirtschaftliche Zwänge als ausschlaggebend für ihr Verhalten identifizierten. Demzufolge führen Information, Aufklärung und Wissen über HIV/AIDS nicht ohne Weiteres zu einer Verhaltensänderung (vgl. Bosmans, 2006, S. 4).

3.2.5 Freiwillige HIV-Tests und psychologische Beratungsangebote

Freiwillige HIV-Tests mit psychologischen Beratungsangeboten (Voluntary Counselling and Testing, VCT) haben eine grundlegend präventive Funktion für die HIV/AIDS-Ausbreitungsdynamik, weil die Kenntnis des eigenen HIV-Status Anlass sein kann, sich und andere Menschen beim Geschlechtsverkehr zu schützen. Von Weinreich und Benn (2003) dargestellte Studienergebnisse unterstreichen die präventiven Effekte von HIV-Tests. So konnte gezeigt werden, dass HIV-positive Männer und Frauen, die Tests und damit verbundene Beratungsangebote erhielten, deutlich weniger ungeschützten Sexualverkehr mit ihren Partnern als andere hatten. Jedoch gibt es in Entwicklungsländern keine ausreichenden HIV-Tests und Beratungsangebote, weil diese gemessen an dem Einkommen der Menschen relativ teuer sind. Ebenfalls halten Stigmatisierung und Ängste vor einem positiven Testergebnis die Nachfrage niedrig (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 84).

Die mit dem HIV-Test einhergehende Beratung nimmt auch präventive Funktionen ein. Denn die *Beratung vor dem HIV-Test* (Pre-Test Counselling) bereitet auf das Testergebnis vor. Wenn es dann positiv ausfällt, kann der Berater Rückhalt geben,

um mit den Folgen von HIV umgehen zu können. Ebenso kann er einen Anreiz schaffen, das sexuelle Verhalten zu ändern.

Im Falle eines negativen Testergebnisses besteht die präventive Beratungsleistung darin, das Risiko für eine HIV-Infektion nicht zu unterschätzen. HIV/AIDS-Beratungspersonen in Entwicklungsländern sind optimalerweise medizinisch ausgebildeten Kräfte oder geschulte Personen aus den Gemeinden, die häufig ein höheres Vertrauen als fremde Menschen vermitteln und somit Gespräche über HIV erleichtern. Darüber hinaus hat die HIV/AIDS-Beratungsstelle die Aufgabe, Diskriminierung von HIV-infizierten Menschen zu verhindern und Diskretion über Testergebnisse zu wahren.

Auch kann die HIV/AIDS-Beratung neben der Einzel- oder Gruppen-Beratungsleistung auch Aufklärungs- und Informationskampagnen umsetzen und damit Präventionsarbeit erfüllen, weil ein Bewusstsein über HIV/AIDS geschaffen oder intensiviert wird. Ebenfalls gehört zu den Beratungsinstrumenten die Einrichtung von Selbsthilfegruppen. Sie haben die Funktion, dass Menschen sich Fertigkeiten und Ressourcen aneignen, mit HIV/AIDS und den Konsequenzen der Krankheit zu leben und sich mit anderen HIV-infizierten Menschen auszutauschen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 84–85).

Des Weiteren hat das Mitteilen beziehungsweise das Gespräch über das Testergebnis mit dem Partner des HIV-infizierten Menschen präventive Wirkungen auf die HIV-Verbreitung. Allerdings verschweigen viele Menschen ihr Testergebnis aus Furcht vor der Reaktion des Partners.¹²⁶ Die Beratung kann dabei unterstützen und Menschen befähigen, ihr Ergebnis mitzuteilen. Sie basiert grundsätzlich auf Verschwiegenheit und Vertraulichkeit, so dass es den Beratern auch gar nicht ohne weiteres erlaubt ist, den Partner über das Testergebnis eines Klienten zu informieren (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 86). Ferner weisen die Autoren darauf hin, dass die Information und Aufklärung über HIV-Tests, Beratungsangebote und das Wissen um die Möglichkei-

¹²⁶ Nach Mitteilung eines HIV-positiven Testergebnisses kommt es manchmal zu Gewalt zwischen den Partnern, davor ist der schwächere Partner, in der Regel die Frau, zu schützen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 86).

ten der Behandlung von HIV/AIDS zu einer vermehrten Bereitschaft zu HIV-Tests führen. Die Maßnahmen können darüber hinaus helfen, der Krankheit den häufig mit ihr assoziierten mystischen Charakter zu nehmen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 115).

Weinreich und Benn (2003) führen auch diesem Kontext die weitläufig umstrittene Haltung der Kirchen an. Denn manche Kirchen und Glaubensgemeinschaften verlangen einen negativen HIV-Test als Bedingung für die kirchliche Trauung oder veröffentlichen die HIV-Testergebnisse zukünftiger Ehepartner. Diese Praktiken fördern die Diskriminierung und Stigmatisierung HIV-betroffener Menschen. Allerdings obliegen die Daten über HIV-Testergebnisse nach internationalem Recht der Pflicht zur Geheimhaltung. Sie ergibt sich aus dem Schutz der Privatsphäre, so dass Ergebnisse nur mit Zustimmung der betroffenen Personen weitergegeben werden dürfen. Außerdem ist die Haltung der Kirchen nicht förderlich für die HIV-Prävention, weil die HIV-Transmission auch bei Verweigerung der kirchlichen Ehe erfolgen kann (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 87).

3.2.6 Erziehung, Bewusstsein und Kommunikation in IEC-Programmen

Wenngleich sich die IEC-Programme auf den ersten Blick in ihren Zielen der Strategie der Information und Aufklärung ähneln, wird der Versuch einer Unterscheidung der beiden Bereiche in der vorliegenden Arbeit vorgenommen. Wie erwähnt sind grundsätzlich verschiedene Strategien und Maßnahmen innerhalb der Prävention kaum voneinander abzugrenzen (vgl. 3.1). Eine Strukturierung zur Erklärung der einzelnen Bereiche erscheint erforderlich, weil die Betonung in diesem Abschnitt im Gegensatz zur eher die allgemeine Bevölkerung betreffenden Information und Aufklärung auf dem *Bildungs- und Erziehungssektor* liegt. IEC-Programme verfolgen eher die Verhaltensänderung als die reine Informationsvermittlung und nutzen Methoden wie Schulungen, um zum Beispiel Lehrer und Mentoren zu befähigen, Life-Skills auszubilden.

Edukative HIV/AIDS-Präventionsprogramme werden in Afrika südlich der Sahara mit den feststehenden Begriffen Information, Erziehung und Kommunikation (*Information, Education und Communication, IEC*) in Verbindung gebracht und sind daher auch unter *IEC-Programme* bekannt (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 64). Diese Pro-

gramme sind in vielen afrikanischen Ländern verbreitet und werden meistens von den spendengeförderten Nationalen AIDS-Kontroll-Programmen (National AIDS Control Program, NACP) gesteuert. Die NACPs kontrollieren und erfassen die HIV/AIDS-Epidemie und fördern die HIV/AIDS-Prävention.

Die IEC-Programme haben das Ziel, über den IEC-Ansatz die breite Öffentlichkeit zu informieren, aufzuklären und ebenso auch Programme für spezifische Risikogruppen zu erstellen. Es wird davon ausgegangen, dass Individuen selber für ihr Verhalten verantwortlich sind und rational handeln. So unterlassen Menschen ein risikoreiches Verhalten, wenn sie informiert und über die Gefahren von HIV/AIDS aufgeklärt wurden (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 64). Die Annahme beruht auf dem Health-Belief-Modell (HBM) (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988), das eine Vorstufe des bereits dargestellten HAPA-Modells nach Schwarzer (2004) bildet und zur Erklärung von Verhaltensweisen als Standardmodell sehr verbreitet ist (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 64; Schwarzer, 2004, S. 91; vgl. Kapitel 3.1.3).

Die Erziehung und Bildung wird als die effektivste Methode in der HIV/AIDS-Bekämpfung angesehen, weil davon ausgegangen wird, dass das sexuelle Verhalten im Kindes- und Jugendalter noch beeinflusst werden kann. So sind Erziehungs- und Bildungskomponenten wesentliche Bestandteile erfolgreicher HIV/AIDS-Präventionsstrategien (vgl. Baxen & Breidlid, 2009, S. 3–4; Pfander, 2000, S. 21). Baxen und Breidlid (2009) stellen heraus, dass im Unterrichtcurriculum auf eine effektive Weise Sexualerziehung, HIV/AIDS-Aufklärung und relevantes Wissen in einem Alter vermittelt werden, bevor Kinder und Jugendliche selber sexuell aktiv werden. Die Autoren greifen auf empirische Studienergebnisse zurück, die darauf schließen lassen, dass ausreichendes Wissen über Sexualität, die damit verbundenen Risiken bezüglich HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Krankheiten den ersten Geschlechtsverkehr hinauszögern können (vgl. Baxen & Breidlid, 2009, S. 4).

In Tansania gibt es vielfältige Projekte, Programme und Interventionsmaßnahmen zur HIV/AIDS-Prävention im Erziehungs- und Bildungswesen. Die tansanische Regierung fördert über die tansanische Kommission für Aids (TACAIDS) neben dem Gesundheitssektor ressortübergreifende Programme im Erziehungs- und Bildungs-

wesen. Im Jahr 2003 wurde das *Tanzanian German Programme to Support Health (TGPSH)* begonnen.¹²⁷ Das Programm zeigt in seiner Ausgangsanalyse, dass die Effekte auf den Bildungs- und Erziehungssektor angesichts des Ausmaßes bisher nicht genügend Beachtung gefunden haben. Vielmehr wurden bisher die Effekte auf die Volkswirtschaft und den Gesundheitsbereich untersucht (vgl. Baxen & Breidlid, 2009, S. 3).

Die Situation im Bildungssektor in Tansania beschreibt die GTZ (2009) in ihrem Projektvorhaben mit der Laufzeit vom Jahr 2003 bis 2013 wie folgt: „HIV/Aids schwächt den Bildungssektor. Das hat negative Folgen für Jugendliche, da in Studien gezeigt werden konnte, dass Entscheidungen zur reproduktiven Gesundheit von der Schule und damit auch von Lehrerinnen und Lehrern wesentlich beeinflusst werden. Aids untergräbt die Versorgung mit qualifiziertem Lehrpersonal. Viele Schülerinnen und Schüler sind zudem gezwungen, zu Hause zu bleiben, um kranke Familienmitglieder zu versorgen“ (GTZ, 2009, #Aufklärung und Prävention von HIV/Aids in Schulen).

Das Ziel des Programms *Aufklärung und Prävention von HIV/Aids in Schulen* (Prevention and Awareness in Schools of HIV and AIDS, PASHA) in Tansania ist, das Wissen von Jugendlichen über HIV/AIDS und die reproduktive Gesundheit zu verbessern. Gleichzeitig sollen Jugendliche lernen, adäquate Entscheidungen für ihre Sexualität und reproduktive Gesundheit zu treffen. Das Projekt wird in den Regionen Tanga, Lindi und Mtwara umgesetzt und vom Bildungsministerium (*Ministry of Education and Vocational Training, MoEVT*) in Dar es Salaam gesteuert (vgl. GTZ, 2009, #Aufklärung und Prävention von HIV/Aids in Schulen). Die wesentlichen Instrumente des Programms sind die Ausbildung von Lehrern zu Vertrauenslehrern und die Erziehung durch *Peer-Education*¹²⁸ (Erziehung in gleichaltrigen Gruppen). Das im Pro-

¹²⁷ Das Programm wird vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) finanziert. Die durchführende Organisation ist die Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ). Das Projekt „Aufklärung und Prävention von HIV/Aids in Schulen“ ist eine Komponente des Programms zur Unterstützung des Gesundheitssektors (Tanzanian German Programme to Support Health (TGPSH)).

¹²⁸ Peer-Education bedeutet Erziehung und Bildung durch gleichaltrige Jugendliche beziehungsweise Schüler (vgl. GTZ, 2009, #Aufklärung und Prävention von HIV/Aids in Schulen).

gramm verwendete Material zeichnet sich dadurch aus, dass es schülerzentriert ist und sich am Umfeld der Jugendlichen orientiert.

Auch in Tansania wurden die Auswirkungen und die damit verbundenen Herausforderungen¹²⁹ der HIV/AIDS-Epidemie und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten für das Erziehungs- und Bildungssystem erkannt. Deshalb hat das *Ministry of Education and Culture (MoEC)* (2004) Richtlinien zur standardisierten Implementierung des HIV/AIDS-Erziehungsprogramms in der Schule unter dem Titel *Guidelines for Implementing HIV/AIDS- and Life-Skills-Education-Programme in Schools* herausgegeben (vgl. MoEC, 2004). Auch hierbei steht die Verbindung von der HIV/AIDS-Prävention mit der Vermittlung von Wissen und der Ausbildung der Life-Skills im Vordergrund (vgl. Kapitel 3.2.4).

Es wird das Ziel verfolgt, institutionelle Kapazitäten aufzubauen, um gegen die Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemie vorgehen zu können. Dazu setzt das Ministerium auf eine entsprechende Ausbildung der Lehrer, der eigenen Mitarbeiter und auch von Schülern, die lernen, wie HIV-infizierte Menschen zu unterstützen sind und wie mit ihnen umzugehen ist. Entsprechend werden Schüler aller Jahrgänge und Schulformen einbezogen. Ebenso sollen auch Lehrer, in Bildungsinstitutionen tätige Menschen und informelle Lernende sowie Mitarbeiter des Ministeriums und seiner Institutionen geschult werden (vgl. MoEC, 2004, S. 4–5). Die Umsetzung der Intervention an Schulen sieht *elf grundlegende Prinzipien* vor, um eine effektive und nachhaltige HIV/AIDS-Erziehung zu ermöglichen. Sie sind im Wesentlichen vergleichbar mit den Determinanten einer erfolgreichen Prävention nach Weinreich und Benn (2003):

- i. Der soziale Kontext und kulturelle Hintergrund ist in die HIV-Prävention einzubeziehen, wenn Programme aus anderen Ländern übertragen werden.
- ii. Reine Wissensvermittlung medizinischer Fakten reicht bei Diskussionen über Tabuthemen nicht aus und ist um weitere Methoden zu ergänzen, die Vorwissen,

¹²⁹ Das MoEC nennt in diesem Zusammenhang auch den ungeschützten Geschlechtsverkehr vor der Ehe, Mädchen, die in einem immer jüngeren Alter schwanger werden, und Geburten, die unter gefährlichen Umständen stattfinden. Es sind die zunehmenden Risiken, denen Jugendlichen nach Angaben des MoEC ausgesetzt sind (vgl. MoEC, 2004, S. 4).

Ängste und Barrieren berücksichtigen, um offen über verantwortliches Sexualverhalten sprechen zu können.¹³⁰

- iii. Mitwirkung von HIV-infizierten Menschen, gesellschaftlichen Vorbildern, Politik und Gemeinden, Schaffung eines universellen Zugangs zu antiretroviralen Medikamenten, Behandlung weiterer sexuell übertragbarer Krankheiten.
- iv. Schaffung einer förderlichen Umwelt, Bekämpfung von Stigmatisierung, Diskriminierung, Verdrängung und Tabuisierung von Frauen und Kindern.
- v. Textbasierte Präventionskampagnen erreichen keine Analphabeten und es ist kein flächendeckendes Angebot vorhanden, weil Methoden nicht bekannt sind (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 78–81).

Darüber hinaus werden in den Prinzipien des Ministeriums aber die Einhaltung der Menschenrechte, die kulturellen, ethnischen und religiösen Hintergründe sowie die geschlechterspezifischen Bedürfnisse stärker betont:

„b. Respect for basic Human rights and equal protection of all persons is ensured irrespective of age, sex, ethnicity, colour and religion. [...] h. Application of intervention should be inclusive and responsive to different gender needs especially girls“ (vgl. MoEC, 2004, S. 5–6).

Die Richtlinien des MoECs (2004) in Tansania greifen ebenfalls die Empfehlungen beispielsweise von Weinreich und Benn (2003) auf, die HIV-Erziehung nicht nur auf die Krankheit zu begrenzen, sondern auch die Probleme des Alltagslebens der Zielgruppe einzubeziehen. Des Weiteren geben Weinreich und Benn (2003) praktische Empfehlungen speziell für präventive Interventionen, die Erziehung, Bildung und Wissensvermittlung in den Vordergrund stellen. Die Autoren empfehlen interaktive Methoden wie Lagentheater und Rollenspiele, in denen typische Alltagsszenen nachgespielt und ein Bewusstsein für die Problemfelder geschaffen werden kann. Diese Instrumente sind dann wirksam, wenn sie mit anderen Methoden kombiniert werden,

¹³⁰ Beispielsweise ist es wenig wirkungsvoll, einem Jugendlichen in einem Slum die voreheliche Abstinenz zu erklären, wenn dieser ungeschützten Sexualverkehr als Erfüllung seiner männlichen Rolle betrachtet und nicht einmal weiß, ob er überhaupt heiraten und jemals eine Familie ernähren kann (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 80–81).

weil der Einfluss von Rollenspiele alleine auf die Verhaltensänderung nach Ansicht von Weinreich und Benn (2003) gering einzuschätzen ist.

Ein wesentliches Element in der HIV/AIDS-Prävention im Bereich der Erziehung und Bildung ist die Ausbildung der *Life-Skills* (Lebenskompetenzen oder Basisqualifikationen). Sie sollen Kinder und Jugendliche primär dazu befähigen, sich selber und andere vor HIV/AIDS zu schützen. Methodisch werden sie über offene Gespräche, Diskussionen, Aufklärung und insbesondere den Einsatz verschiedener interaktiver Unterrichtsmethoden vermittelt (vgl. Baxen & Breidlid, 2009, S. 3–4). Die wesentliche Aufgabe von HIV-Prävention im Erziehungs- und Bildungssektor ist die Bereitstellung von Präventionsangeboten für die formelle, aber auch informelle Bildung. Denn die Herausforderung besteht darin, durch die informellen Angebote auch schwer zu erreichende Bevölkerungsgruppen wie junge Menschen, Frauen und Minderheiten einzubeziehen, die nicht in die Schule gehen oder jemals eine besucht haben.

3.2.7 Erziehung durch Peer-Education und KAP(B)-Methode

Die positiven Effekte der *Peer-Education* in Aufklärungs- und Erziehungsmaßnahmen zur HIV/AIDS-Prävention in Schulen, aber auch Gemeinden, Jugendgruppen und sonstigen Einrichtungen, werden von Weinreich und Benn (2003) sowie Kalipeni et al. (2004) hervorgehoben. Demzufolge sind IEC-Programme erfolgreich, wenn die Botschaften über HIV/AIDS und Sexualität von Mitgliedern aus der eigenen Gruppe vermittelt werden. Weil sie aus der gleichen Situation kommen und die eigenen Probleme verstehen, ist das Vertrauen in Mitschüler höher. *Peer-Educator* helfen persönliche Barrieren, Scham und Angst abzubauen und offene Gespräche über sensible Themen wie Verhütung und unverhüteten Sex zu ermöglichen (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 98; vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 83). Erfolgreiche *Peer-Education-Programme* setzen eine sorgfältige Auswahl, Schulung und Motivation der *Peer-Educator* voraus. Die Programme verfolgen das Ziel, das individuelle Verhalten zu

verändern, aber auch auf Gruppen- oder Gemeindeebene¹³¹ zu agieren (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 83).¹³²

Einen Einblick in eine weitere verbreitete Methode präventiver HIV/AIDS-Interventionen in Tansania gibt die Studie nach der *KAP-Methode (Knowledge, Attitudes, Practices)* von Pfander (2000). Diese Studie evaluiert die *Wirkung* von HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen auf das Verhalten der Teilnehmer und letztendlich auf die HIV-Inzidenzrate (vgl. Pfander, 2000). Dabei wird vorausgesetzt, dass eine Verhaltensänderung durch Verinnerlichung von ausreichend zur Verfügung stehenden Informationen und Wissen ausgehen kann (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 191). KAP-Studien haben sich in Tansania wie auch in anderen Ländern als Methode zur Wirkungsmessung durchgeführter HIV-Interventionen bei den zuständigen Ministerien für Gesundheit und Bildung durchgesetzt (vgl. Pfander, 2000).

Anzumerken ist dabei, dass im Gespräch des Verfassers dieser Arbeit (2009) mit einem Vertreter des Ministry of Education and Vocational Training in Tansania dieser die Erfahrung wiedergegeben hat, dass der Evaluationsansatz gemäß der KAP-Methode den Widerspruch zwischen Wissen und Verhalten nicht ausreichend erfassen kann. Deshalb hat das Ministerium in seinen Evaluationen die KAP-Studien um das Verhalten (Behaviour) erweitert und nennt diese KABP-Studien (vgl. Quelle: Gespräch des Verfassers der Arbeit mit Vertretern des MoEVT am 23. März 2009).

Die empirische Studie von Klepp, Ndeki, Leshabari, Hannan und Lyimo (1997) nutzte bereits die *KAPB-Methode (Knowledge, Attitudes, Practices and Behavior)* und evaluierte die Wirkung eines Erziehungsprogramms zur Reduktion des HIV-Infektionsrisikos von Kindern und Jugendlichen an öffentlichen Primary Schools in den tansanischen Regionen Arusha und Kilimanjaro. Besondere Berücksichtigung fanden dabei die kulturellen Hintergründe. Die Ziele des *Erziehungsprogramms* wa-

¹³¹ Peer-Education-Programme können auf Gemeindeebene zum Beispiel auch für Aktionen angewendet werden, die politische Veränderungen zum Ziel haben (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 83).

¹³² Ebenso können Aufklärungs- und Erziehungsmaßnahmen von stationären Einrichtungen oder Gesundheitszentren ausgehen. Sie werden dann als „Outreach“ bezeichnet und finden im Rahmen von Peer-Group-Education oder mit professionellen Mitarbeitern von Beratungszentren in den Dörfern oder Gemeinden statt (Weinreich & Benn, 2003, S. 83).

ren die Wissensvermittlung und die Verbesserung der Toleranz der Schüler gegenüber Menschen, die mit HIV/AIDS leben.

Zu diesem Zweck sollten die Schüler ermutigt werden, offener im schulischen und außerschulischen Kontext über das Thema HIV/AIDS zu kommunizieren. Dabei wurde der Fokus auch auf die Aufklärung und Wissensvermittlung medizinischer Grundlagen gelegt, um Vorurteile gegenüber von AIDS-betroffenen Menschen abzubauen. Ebenso sollten die Schüler ermutigt werden, eine restriktive Haltung gegenüber Geschlechtsverkehr in einem jungen Alter einzunehmen. Die *Evaluationsstudie* wurde zunächst mit 1063 Schülern in einem durchschnittlichen Alter von 13,6 Jahren begonnen. Für einen Teil der Schüler wurde ein präventives HIV/AIDS-Interventionsprogramm über einen Zeitraum von einem Jahr angeboten. Die anderen Schüler bildeten die Vergleichsgruppe. Nach den zwölf Monaten konnten noch 814 Schüler aus der Kontroll- und Vergleichsgruppe in der Untersuchung über Effekte der Interventionsmaßnahmen erfasst werden.¹³³

Es zeigten sich Veränderungen ihrer subjektiven Wahrnehmung hinsichtlich sexueller Normen und ihrer eigenen sexuellen Verhaltensweisen und Absichten. Ebenso wurde ein positiver Trend deutlich, die Initiierung von sexuellem Verkehr in den nächsten Jahren hinauszuzögern. Klepp et al. (1997) führten die Ergebnisse der Studie auf die positiven Effekte settingbasierter Präventionsmaßnahmen zurück (vgl. Kapitel 3.1.1). Die Autoren wiesen dabei darauf hin, dass die Kommunikation der Teilnehmer über HIV/AIDS sowohl im *Setting der Schule* als auch im familiären Umfeld und mit Bezugspersonen außerhalb des schulischen Kontextes gestiegen ist. So schlussfolgerten sie daraus, dass die Ausbildung von Lehrern und Trainern zur Durchführung von HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen in der Schule eine effektive Präventionsmethode ist und dadurch das Gesundheitssystem entlastet werden kann.

Des Weiteren betonen die Autoren, dass die HIV/AIDS-Prävention in der Schule besonders erfolgreich ist, weil sie in einem Umfeld sozialen Lernens eine hohe Wirk-

¹³³ Die Studie wurde mit jüngeren Schülern durchgeführt, weil die höheren Klassen nach einem Jahr ihren Abschluss an der Primary School hätten und nicht an der zweiten Erhebung nach zwölf Monaten teilnahmen (vgl. Klepp et al., 1997, S. 1932).

samkeit einnimmt (vgl. Klepp et al, 1997, S. 1931–32). Ebenso wichtig war für die Autoren die Bedeutung der Zielgruppe der Primary-Schüler, weil zum Beispiel der Großteil der Kinder und Jugendlichen in Tansania nur diese Schule besucht hat. Im Jahr 1997 gingen in Tansania nur 15 Prozent auf weiterführende Schulen. Gleichzeitig sind aber auch fünf von sieben Schülern bereits im Primary-School-Alter sexuell aktiv (vgl. Klepp et al., 1997, S. 1931).

Präventive Interventionen setzen optimalerweise vor den ersten sexuellen Aktivitäten an, weil sie dann erfolgreich sind, wenn das zu verhindernde Problem noch nicht aufgetreten ist (vgl. Kapitel 3.1.2). Wenngleich sich die Politik seit den 1990er Jahren dahingehend geändert hat, dass Themen der reproduktiven Gesundheit und Sexualität als fester Bestandteile in das Unterrichtscurriculums aufgenommen worden sind, sollten weiterhin keine Kondome in der Schule verteilt werden, um keine sexuellen Kontakte in der Schule anzuregen (vgl. Klepp et al., 1997, S. 1931).

Das von Klepp et al., (1997) untersuchte *Erziehungsprogramm in Tansania* gibt darüber hinaus bedeutsame Auskünfte über ethnische und kulturelle Bedingungen präventiver Interventionen, weil die Studienteilnehmer verschiedene ethnische und kulturelle Gruppen repräsentierten und diese Tatsache berücksichtigt wurde. Sie verfügten über ihre *eigene Sprache*, spezifische Werte und Normen und unterschieden sich nach ihrer städtischen oder ländlichen Herkunft. Dementsprechend wurden der Name des HIV/AIDS-Programms sowie auch die Materialien wie Bücher in Swahili, der offiziellen Schulsprache in der Primary School, verfasst (vgl. Klepp et al., 1997, S. 1932). Klepp et al. (1997) beschreiben ebenso die eingesetzten *Methoden* des Erziehungsprogramms. Auch hier wurde die Informations- und Wissensvermittlung mit interaktiven Methoden vervollständigt, weil eine reine Informationsvermittlung zur HIV/AIDS-Prävention nicht effektiv ist (vgl. auch Kapitel 3.2.4). So umfasste das Programm an tansanischen Schulen neben dem Gestalten eigener Poster zur eigenen Wahrnehmung der Gefahren durch AIDS das Komponieren eigener Lieder über HIV/AIDS-Risiken und das gemeinsame Singen. Gleichfalls gehörten Gruppendiskussion und Rollenspiele zur gegenseitigen Aufklärung über risikoreiches sexuelles Verhalten zum Programm, um Fähigkeiten zur Verweigerung sexuellen Engagements zu schulen. Auch übten die Schüler, wie sie im Alltag außerhalb der Schule mit HIV/AIDS umgehen können.

Der Höhepunkt des Trainingsprogramms war eine Aufführung aller eingeübten Lieder, Rollenspiele und Theaterstücke vor jüngeren Schülern, so dass die HIV/AIDS-Prävention auch einen edukativen Charakter für andere hatte. Ebenso wurden die Schüler trainiert, auch außerhalb der Schule mit Eltern, Familienmitgliedern oder Freunden sowie auf Gesprächsabenden in der Schule mit beispielsweise eingeladenen Eltern und Religionsvertretern wie dem Pfarrer der Gemeinde über HIV/AIDS zu sprechen. Abschließend hat jeder Teilnehmer ein T-Shirt mit einem speziellen Programmsymbol erhalten, um die Sichtbarkeit des Trainings in der Gemeinde oder Region zu erhöhen und die Kommunikation über HIV/AIDS zu fördern (vgl. Klepp et al., 1997, S. 1932–1933).

Klepp et al. (1997) weisen in diesem Kontext auch darauf hin, dass die häusliche Pflege von an AIDS erkrankten Angehörigen und Familienmitgliedern angesichts einer steigenden Anzahl der AIDS-Fälle in Tansania ein wichtiger Bestandteil von HIV/AIDS-Präventionsprogrammen wurde. Denn bildungsbezogene HIV-Präventionsprojekte in der Schule können helfen, die Angst und Stigmatisierung im Umgang mit AIDS-Patienten zu verringern (vgl. Klepp et al., 1997, S. 1934).

Die Autoren merken bei der Studie das Problem der Selektivität der Teilnehmer an. Denn es nehmen an präventiven Interventionen im schulischen Kontext tendenziell eher Schüler teil, die sich von vorneherein weniger risikoreich verhalten. So berichteten Nicht-Teilnehmer an der Studie von subjektiven Normen, nach denen sie ein weitaus aktiveres sexuelles Verhalten als die Teilnehmer zeigen würden, jedoch bei den Studienteilnehmern unterrepräsentiert waren. Des Weiteren scheint die Schulabbrecher-Quote in Tansania bedeutsam zu sein, so dass settingbasierte HIV-Präventionsprogramme im schulischen Kontext nur einen Anteil der gesamten Kinder und Jugendlichen in Tansania erreichen. Um einen größeren Anteil der Menschen in dieser Altersspanne zu erreichen, wäre die Zielgruppe um Jugendlichen außerhalb der Schule durch informelle Angebote zu ergänzen (vgl. Klepp et al., 1997, S. 1935).

Pfander (2000) konnte in der obenerwähnte KAP-Studie nachweisen, dass es bei Erwachsenen in Tansania nach wie vor Defizite bezüglich der Kenntnisse hinsichtlich reproduktiver Gesundheit, sexuell übertragbarer Krankheiten und HIV/AIDS gibt. Aber auch wenn ein bestimmtes Wissen über HIV/AIDS vorhanden ist, konnte fest-

gestellt werden, dass sich das individuelle Verhalten daran nicht orientiert (vgl. Pfander, 2000, S. 21).

Ebenso weisen Weinreich und Benn (2003) darauf hin, dass Befragte in Untersuchungen angaben, grundlegendes Wissen über HIV/AIDS zu besitzen, jedoch weitere Informationen über die „Krankheit, über sexuellen Missbrauch, Kondomgebrauch und -verhandlungen, sexuell übertragbare Krankheiten, Counselling, Pflege für HIV-Infizierte und Waisen, und über Rechte benötigen“ (Weinreich & Benn, 2003, S. 83). Weinreich und Benn (2003) betonen, dass junge Frauen bei einer Befragung in Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz nicht davon ausgehen, einem hohen HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt zu sein (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 83). Vermutlich spielt hier auch der verbreitete Mythos eine Rolle, dass Geschlechtsverkehr mit einer Jungfrau AIDS heilen kann (vgl. Vidal, 2005, #Zambia struggles with power of witchdoctors).

Es zeichnet sich eine *Diskrepanz zwischen Wissen und Verhalten* ab. Dieses Problem scheint nach Hirschmanns (2003) Erklärung in den traditionellen Vorstellungen zu liegen, die das Handeln der Menschen beeinflussen. So formuliert der Autor die Haltung der Menschen in Afrika südlich der Sahara gegenüber dem HIV/AIDS-Problem in einer Feldnotiz trefflich mit dem Zitat „Is this snake poisonous?‘ ,It depends – if it is your day to die ...“¹³⁴ (Hirschmann, 2003, S. 7).

Das Wissen um die Ursachen und Übertragungswege von HIV/AIDS ist nach den Beobachtungen von Hirschmann (2003, S. 7) anders als nach den Erkenntnissen von Pfander (2000) auch in abgelegenen Dörfern verbreitet. Ebenso wird HIV/AIDS durch Medieninformationen, den öffentlichen Diskurs und die alltägliche Erfahrung des Todes von an AIDS verstorbenen Menschen in das alltägliche Bewusstsein gerückt. Aber dennoch ist keine individuelle Verhaltensänderung und Reduktion des HIV-Infektionsrisikos zu erkennen. Entsprechend geht Hirschmann (2003) nicht davon aus, dass nur ein Mangel an Informationen eine *Verhaltensänderung* verhindert. Diese Annahme lässt sich auch mit den Erkenntnissen aus Kapitel 2.2.4 belegen. Es

¹³⁴ „Ist die Schlange giftig?‘ ,Es hängt davon aber, ob es dein Tag ist, an du sterben sollst“ (freie Übersetzung).

konnte gezeigt werden, dass die HIV-Prävalenz in Tansania nach den Daten der Studie des NACP (2006) in Städten höher als in ländlichen Gegenden ist (vgl. Kapitel 2.2.4). Obgleich der Informationsstand über die Medien zu HIV/AIDS hoch ist und die Menschen oft über einen höheren Bildungsstand als in ländlichen Gegenden verfügen (vgl. Kapitel 2.2.4). Hirschmann (2003) betont, dass darin die Herausforderung der Prävention liegt und es gilt, diese Diskrepanz zu verringern.

Die verfolgte Strategie der Streuung von Informationen, Vermittlung von medizinischen Ursachen und die Aufforderung des Kondomgebrauchs haben zwar in Deutschland und anderen Industrieländern den gewünschten Erfolg einer sinkenden HIV-Inzidenz gebracht. Jedoch scheint die rational-naturwissenschaftlich ausgerichtete Aufklärung und Information für Gesellschaften in Afrika südlich der Sahara keinen Effekt zu erzielen. Es scheint die *Akzeptanz* für die Informationen und das Wissen zu fehlen, das der Erklärung der Geschehnisse um HIV/AIDS und dem Schutz davor dienen soll.

Hirschmanns (2003) Beispiel der HIV-Verbreitung unter malawischem Pflegepersonal und Ärzten verdeutlicht den Einfluss des kulturellen Hintergrundes, der das Verhalten eher als rationales Wissen determiniert. Bis zu 70 Prozent dieser vermeintlichen Multiplikatoren der HIV/AIDS-Prävention sind HIV-positiv, wobei nicht das berufsbedingte Risiko zu dieser hohen Prävalenz geführt hat. Trotzdem ihnen das HIV-Infektionsrisiko bewusst sein müsste, ist davon auszugehen, dass sich der überwiegende Anteil über ungeschützten Geschlechtsverkehr infiziert hat (vgl. Hirschmann, 2003, S. 8). Der Autor schlussfolgert, dass hier „kulturell definierte Strukturen und Konfliktlinien [...] [vorliegen], die für das einzelne Subjekt verbindlicher und Verhalten bestimmender sind, als das [im deutschen] Verständnis rationale, ‚bessere‘ Wissen“ (Hirschmann, 2003, S. 8). Diese Strukturen sind auch maßgebend für die Geschlechterbeziehungen, die daraus resultierenden Kommunikationsstrukturen und die subjektive Einschätzung des Risikos für eine HIV-Infektion (ebenda, S. 9).

Auch Kalipeni et al. (2004) versuchen für dieses Phänomen der Diskrepanz zwischen Wissen und Verhalten eine Erklärung zu finden und erklären diese im Entstehen ei-

ner zunehmenden *Risikogesellschaft*.¹³⁵ Die Autoren verweisen auf eine Theorie, nach der das Risiko als ein zentrales Konzept des menschlichen Lebens angesehen wird, dem sich eher mit einem institutionell-funktionalen Ansatz als durch eine sozial-evolutionäre Perspektive zu nähern ist (Kalipeni et al., 2004, S. 192). So bestimmt vorrangig der soziale Kontext die Risiko-wahrnehmung. Hingegen gibt die Institutionalisierung vor, welche Risiken besorgniserregend sind oder welche ignoriert werden können. Zum Beispiel ist Autofahren unter Alkohol ein gesellschaftlich anerkanntes Risiko. Hingegen stellen aber übersteigerte Karriereambitionen für die Gesellschaft kein Risiko dar, sondern werden eher durch Ansehen gefördert.

Wenngleich sie das Risiko einer ernsthaften Erkrankung durch Stress und ungesunde Lebensweise in sich bergen kann. Letztendlich gibt es somit keine moralisch eindeutige Linie, was als Risiko eingestuft wird und was nicht. Vielmehr reflektiert die Risiko-Einschätzung die Normen, Werte und Moralvorstellungen, die sozial und institutionell geprägt sind.¹³⁶ Trotz des Wissens um die Fakten zu HIV/AIDS scheint auch diese Theorie keine hinreichende Erklärung für ausbleibende Effekte in der HIV-Prävalenz zu sein, weil Menschen ihr sexuelles Verhalten nicht an moralischen Orientierungen ausrichten.

Kalipeni et al. (2004) merken dazu an, dass Menschen zwar zwischen moralischen Vorstellungen und möglichen Gefahren abwägen, aber bekanntlich das glauben, was sie glauben wollen. So konstatieren die Autoren, dass ein sich an gesellschaftlich vorgegebenen Werten und Normen orientierendes Verhalten schwer zu ändern ist. Ferner nehmen in Afrika südlich der Sahara häufig die gesellschaftlichen Eliten eine bedeutsame Rolle in der Prägung der Moralvorstellungen ein. Denn sie bestimmen, wer zu einer Risikogruppe zählt und welches Verhalten als risikoreich einzustufen ist,

¹³⁵ Kalipeni et al. (2004) zeigen zum Beispiel, dass in Uganda die nachweislich zurückgegangene Anzahl HIV-positiver Menschen nicht auf das IEC-Programm, sondern auf die Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Infrastruktur zurückgeführt werden kann (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 192).

¹³⁶ Die Risiko-Einschätzung ist vergleichbar mit der gewünschten Richtung eines Entwicklungsprozess, bei dem auch, wie bereits in Kapitel 2.1 dargestellt, die Normen und Werte einer Gesellschaft reflektiert werden, die einem gesellschaftlichen Wandel obliegen.

wobei die Vorstellungen je nach Region, Beruf, Geschlecht oder Alter variieren können (vgl. Kalipeni et al., 2004, S. 192).

Hirschmann (2003) merkt in diesem Kontext an, dass in Afrika südlich der Sahara ein Misstrauen gegenüber dem aus Industrieländern importierten oder mit dem Kolonialmächten in Verbindung stehenden Wissen wahrzunehmen ist. Wenngleich es auch einen großen Anteil aufgeklärter Bürger gibt, ist in Ländern, in denen die Apartheid Spuren hinterlassen hat, Rassismusverdacht weiterhin Bestandteil des alltäglichen Lebens. Dieses Misstrauen gilt auch für das Wissen, dass im Kontext der HIV/AIDS-Aufklärung und -Information vermittelt wird. Es orientiert sich an westlichen Normen und Vorstellungen. Beispielsweise rufen subventionierte Kondome den Verdacht hervor, von minderwertiger Qualität zu sein. Denn anfangs haben die Menschen in Afrika südlich der Sahara gedacht, die Verteilung von Kondomen soll zur Dezimierung der Bevölkerung dienen (vgl. Hirschmann, 2003, S. 10).

3.2.8 Pflege und Behandlung

Menschen, die mit HIV/AIDS leben, benötigen umfassende Pflege und Behandlung, die als verschiedene Präventionsformen ineinander übergehen. Nach Weinreich und Benn (2003) sollte die Pflege HIV-infizierter und an AIDS erkrankter Menschen von verschiedenen miteinander vernetzten Bereichen geleistet werden, die medizinische, pflegerische, spirituelle, psychologische, soziale und materielle Komponenten berücksichtigen, weil diese nicht voneinander getrennt betrachtet werden können (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 101; Lamptey et al., 2002, S. 22). Wenngleich die Behandlung nach Caplans (1964) Präventionsprinzip vorrangig der sekundären Prävention zugeordnet wird, hat sie in der Aussicht auf eine adäquate Behandlung auch eine primäre Präventionsfunktion (vgl. Kapitel 3.2.5). Entsprechend sieht die Empfehlung von Weinreich und Benn (2003) auch vor, dass die Prävention und Verhütung des HI-Virus der Behandlung immer vorzuziehen ist. Jedoch muss die Pflege und Behandlung bei einer Infektion in Aussicht gestellt werden, um glaubwürdig zu erscheinen und Stigmatisierung vorzubeugen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 102; sowie Kapitel 3.2.5).

Die chronische Erkrankung und das Sterben an HIV/AIDS erstrecken sich oft über mehrere Jahre, in denen die Krankheit in manchen Perioden in schwereren Formen

auftritt und die Personen dann mehrere Symptome gleichzeitig zeigen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 101). Die Pflege, Behandlung und Versorgung kann in diesen verschiedenen Stadien des *Krankheitsprozesses* mit unterschiedlichen Maßnahmen präventiv wirken. Zum Beispiel hilft die psychosoziale Unterstützung den Menschen, die mit HIV leben und ihren Familien, mit den Belastungen der Krankheit umzugehen. Wenngleich die Maßnahmen den unweigerlichen Krankheitsprozess nicht reversibel machen, können sie eine Re-Infizierung mit HIV vermeiden. Vor allem in Afrika südlich der Sahara ist die Unterstützung von Waisen und schutzlosen Kindern eine wichtige Präventionsmaßnahme, um sie vor einer HIV-Infektion zu schützen. Die Bereiche der *Pflege und Unterstützung* umfassen auch die Prävention vertikaler HIV-Mutter-Kind-Transmissionen. Ebenso gehört die Behandlung opportunistischer Infektionen in diesen Bereich der Prävention, um ein weiteres Fortschreiten der HIV-Infektion aufzuhalten. Im Stadium der AIDS-definierenden Erkrankungen kann Pflege präventiv zur Vermeidung oder Verringerung von Schmerzen wirken. Ebenfalls kann die Anwendung der antiretroviralen Therapie im Bereich der Behandlung präventiv sein, in dem sie *lebensverlängernd* wirkt (vgl. Schwarzer, Jerusalem & Weber, 2002, S. 3; Lamptey et al., 2002, S. 22). Die medizinische Behandlung umfasst in Industrieländern und armen Ländern in Afrika südlich der Sahara die gleiche Versorgung, denn die Erkrankung unterscheidet sich aus medizinischer Sicht nicht wesentlich. Allerdings haben die meisten Menschen in Entwicklungsländern einen mangelnden Zugang zu Behandlung und Medikamenten, so dass die Erkrankung für das Individuum schwerwiegender ist (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 101).

Die *Behandlung von HIV-Infektionen* umfasst aus medizinischer Sicht im Wesentlichen die Einnahme verschiedener Medikamente in Form einer Kombinationstherapie. Diese ermöglicht eine weitgehende Senkung der Virenlast im Blut (Siehe hierzu Kapitel 2.2.1). Das größte Problem bei der Behandlung ist, dass sich Mutationen des HIV-Virus bilden und damit Resistenzen gegen ein zuvor noch wirksames Medikament entstehen. Es sind daher immer neue Wirkstoffe und Medikamente zu entwickeln. Um Resistenzen zu verhindern, wird von vorneherein eine Kombinationen verschiedener Medikamente verabreicht (siehe auch Kapitel 2.2.1). Medizinische Fortschritte gibt es in der Behandlung vieler einzelner Krankheiten, die bei AIDS wegen der fortgeschrittenen Immunschwäche auftreten können. Dadurch wird die Häufigkeit von Erkrankungen und opportunistischen Infektionen gesenkt. So können

Menschen mit HIV/AIDS gesünder und länger leben (BZgA, 2011, #Behandlung von HIV und Aids).

Die Behandlung von HIV/AIDS und HIV-assoziierten Erkrankungen wird in Entwicklungsländern von Krankenhäusern und Gesundheitszentren übernommen. Diese können wesentliche Aufgaben in der HIV-Bekämpfung erfüllen, weil sie über die benötigte Infrastruktur, Ressourcenausstattung und den Zugang zu weiten Teilen der Bevölkerung verfügen. Auch können sie in der häuslichen oder privaten Pflege mitwirken, HIV-Aufklärung beispielsweise für schwangere Frauen anbieten sowie weitere sexuell übertragbare Krankheiten und opportunistische Erkrankungen einer HIV-Infektion behandeln (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 105).

3.2.9 Reduzierung sexuell übertragbarer Krankheiten

Die frühzeitige Diagnose und Behandlung der sexuell übertragbaren Krankheiten hat eine große Bedeutung in der Prävention von HIV/AIDS, weil sie bei Nichtbehandlung das Risiko einer HIV-Transmission erheblich erhöhen. Doch sind sexuell übertragbare Krankheiten in Entwicklungsländern aufgrund des *mangelnden Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung* verbreitet. Sie werden daher häufig auch nur unzureichend diagnostiziert und behandelt. Jedoch gelten sie als bedeutsame Faktoren bei der HIV-Transmission durch den sexuellen Kontakt, der in Afrika südlich der Sahara den vorrangigen Übertragungsweg darstellt (vgl. Kapitel 2.2.3).¹³⁷

Eine weitverbreitete opportunistische Erkrankung in Afrika Südlich der Sahara ist die *Tuberkulose* (TB), weil HIV-infizierte Menschen eine höhere Wahrscheinlichkeit besitzen, an TB zu erkranken. Tuberkulose ist sehr viel ansteckender als HIV/AIDS und kann zum Beispiel durch Husten übertragen werden. So gibt es Länder, in denen 60 Prozent der HIV-positiven Menschen auch mit Tuberkulose infiziert sind. Doch ist Tuberkulose heilbar, so dass eine TB-Prophylaxe für HIV-infizierte Menschen ein wich-

¹³⁷ Weinreich und Benn (2003) führen hierzu eine Studie aus Tansania an, die eine deutliche Reduzierung der HIV-Übertragung durch die Bandlung sexuell übertragbarer Geschlechtskrankheiten unter der Voraussetzung angemessen ausgestatteter Gesundheitszentren erfasst hat. Allerdings schränken die Autoren ein, dass die Ergebnisse durch das individuelle Sexualverhalten und unterschiedliche Basiswerte von HIV-Prävalenzen verzerrt wurden (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 93–94).

tiger Bestandteil der Behandlung darstellt. Kontrollprogramme zur HIV/AIDS-Bekämpfung sollten immer auch die Tuberkulose-Reduktion einschließen.

Die Behandlung von Tuberkulose verlangt die Einnahme verschiedener Medikamente unter Aufsicht eines ausgebildeten Pflegers oder Arztes. Die Voraussetzung dafür ist, dass die Medikamente zur Verfügung stehen. Diese Versorgung stellt jedoch in Entwicklungsländern häufig ein Problem dar (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 92–93).

3.2.10 Rechtliche Maßnahmen

Tabelle 20: Übersicht der rechtlichen HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen (eigene Darstellung).

Ebene	HIV/AIDS-relevante Rechte	Geltungsrahmen	HIV/AIDS-beeinflussende Gesetze	Einflussbereich
International	Menschenrechte ¹³⁸	Verträge, Abkommen, Deklarationen, informelle Instrumente	Würde des Menschen (Artikel 1); Recht auf Gesundheit (Artikel 25)	Teilweise explizites Verbot von Stigmatisierung und Diskriminierung gegen Menschen, die mit HIV/AIDS leben
National	Einhaltung der Menschenrechte; nationale Rechte und Gesetze	Verfassungen, Statuten, Verordnungen, Regeln	Arbeits-, Patienten-, Sozialrecht, Versicherungen, Vorsorge, Strafrecht, Antidiskriminierungsgesetze	Wahrung der Privatsphäre, Schutz vor Diskriminierung, Bevollmächtigung des Gesundheitsbereichs zur HIV-Prävention und Behandlung

Internationale und nationale Rechte sowie Gesetze nehmen eine entscheidende Rolle bei der Prävention der HIV-Ausbreitung, der Behandlung und Pflege von Menschen ein, die mit HIV leben oder an AIDS erkrankt sind (vgl. Gable, Gostin & Hodge Jr., 2009, S. 260). Für die HIV/AIDS-Prävention mittels rechtlicher Maßnahmen sind auf internationaler, aber auch nationaler Ebene die *Menschenrechte* bedeutsam. Ebenso wie zur Erreichung der Ziele der Entwicklungszusammenarbeit werden auch

¹³⁸ Vgl. UNHCHR, 1948, #Allgemeine Erklärung der Menschenrechte.

im Rahmen der HIV/AIDS-Bekämpfung zunehmend Strategien entwickelt, die sich an menschenrechtsbasierten Ansätzen orientieren (Siehe hierzu auch Kapitel 3.2).

Menschenrechte sind ein unerlässliches Mittel zur Bekämpfung von HIV/AIDS, weil sie die rechtliche Grundlage für Gesetze und Richtlinien bieten, die einen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung vorsehen (vgl. Patterson & London, 2002, S. 964). Die Menschenrechte definieren international verbindliche Bestimmungen zum Schutz der wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, bürgerlichen und politischen Rechte. „Menschenrechte sind universell (sie gelten für jeden Menschen, immer und überall), nicht entäußerbar (man kann das Recht nicht wegnehmen oder weggeben), und unteilbar (es gibt keine Hierarchien von Rechten) (Weinreich & Benn, 2003, S. 72). Die Würde des Menschen ist nach den Menschenrechten unantastbar und schützenswert. Sie wird durch die Förderung ihrer Einhaltung bewahrt. Nach Patterson und London (2002) bilden die Menschenrechte die rechtliche Grundlage für die HIV/AIDS-Prävention, weil sie einen Rahmen formulieren, in dessen Einflussbereich Gesetze und Richtlinien für das Gesundheitswesen aufzustellen sind. Zugleich ist dieser Geltungsrahmen das Hilfsmittel, um die Einhaltung von Standards zu überprüfen und Verstöße gegen die Menschenrechte aufzudecken. Darüber hinaus sprechen Menschenrechte das Pflicht- und Verantwortungsgefühl von Politikern, Ärzten und Pflegepersonal an. Sie werden somit verpflichtet, die Gesundheit der Bevölkerung auf einem gewissen Niveau zu sichern und zu fördern (vgl. Patterson & London, 2002, S. 967).

Bei den internationalen Verpflichtungen zur Umsetzung der Menschenrechte sehen Patterson und London (2002) den Schlüsselfaktor in der *Partizipation der Bevölkerung*. So weisen die Autoren darauf hin, dass Gesetze eher Ungleichheiten, Diskriminierung und damit auch das Risiko für HIV-Infektionen erhöhen können, wenn sie ohne Einbezug und Beratung durch die zivile Bevölkerung implementiert werden. Deshalb werden Staaten aufgefordert, die Bevölkerung mittels politischer und finanzieller Unterstützung in allen Phasen der Implementierung von HIV/AIDS-

Programmen einzubeziehen. Zum Beispiel wurde die südafrikanische Regierung von der Treatment Action Campaign (TAC)¹³⁹ unterstützt.

Die Organisation hat sich in ihrer Beratung auf die internationalen Menschenrechte berufen und dafür gesorgt, dass der Zugang zu bezahlbaren Medikamenten für einen großen Anteil der HIV-positiven Menschen erhöht wurde (vgl. Patterson & London, 2002, S. 966). Des Weiteren gewinnen im Gesundheitssektor strategische Allianzen zwischen dem professionellen Gesundheitswesen, Gemeinden oder Kommunen und Organisationen HIV/AIDS-betroffener Menschen zunehmend an Bedeutung (vgl. Patterson & London, 2002, S. 964).

In der Universellen Deklaration der Menschenrechte wird das Recht auf Gesundheit als ein grundlegendes Recht festgesetzt (vgl. Tabelle 20; sowie Weinreich & Benn, 2003, S. 72). Ein mangelnder Zugang zu Pflege und Behandlung mit Medikamenten von HIV-infizierten Menschen, die auch die Behandlung opportunistischer Krankheiten einschließt, bedeutet eine Verletzung des *Rechts auf Gesundheit*. Zum Beispiel wird in einigen Ländern der Zugang zu Medikamenten zur Verhinderung der pränatalen HIV-Mutter-Kind-Transmissionen sichergestellt (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 72). Auch die Diskriminierung und Stigmatisierung HIV-infizierter Menschen bedeutet eine Verletzung der Menschenrechte, weil Menschen nicht aufgrund des Gesundheitsstatus benachteiligt oder vernachlässigt werden dürfen (vgl. UNHCHR, 2001, #Allgemeine Erklärung der Menschenrechte).

Doch ist die HIV/AIDS-Epidemie durch globale Ungleichheiten gekennzeichnet. Zudem verschärfen Verletzungen der Menschenrechte die negativen Effekte der HIV/AIDS-Epidemie (vgl. Gable et al., 2009, S. 260). Dementsprechend weisen Weinreich und Benn (2003) darauf hin, dass die Vulnerabilität für eine HIV-Infektion

¹³⁹ Die Treatment Action Campaign (TAC) ist eine südafrikanische Organisation und ein Beispiel für eine nationale Organisation, die sich für einen menschenrechtsbasierten Ansatz zur HIV/AIDS-Prävention und Behandlung einsetzt. Sie bietet auch Rechtshilfe für HIV-infizierte Menschen oder von der HIV/AIDS-Epidemie betroffene Menschen an (vgl. Patterson & London, 2002, S. 966). Ihre Vision ist ein einheitliches Gesundheitssystem, das allen Menschen den gleichen Zugang zu HIV-Prävention und Behandlung gewährt. Sie berufen sich dabei auf das Menschenrecht, wonach das Recht auf Gesundheit jedem Menschen zusteht (vgl. TAC, 2010, S. 3).

steigt, wenn Menschen ihre Rechte nicht beanspruchen können. Folglich besteht die HIV-Prävention aus rechtlicher Perspektive darin, die Einhaltung der Menschenrechte durchzusetzen und die Verantwortlichkeit von Staaten für ihren Schutz zu erhöhen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 72). Auch von den Verletzungen der Menschenrechte sind ähnlich wie bei den sozialen und ökonomischen Ungleichheiten Bevölkerungsgruppen betroffen, die wegen ihrer HIV-Infektion diskriminiert werden, einen geringen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und über weniger Ressourcen zur Gestaltung ihres Lebens verfügen (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 73; sowie Kapitel 2.2.3).

Die zwanghafte Einführung des HIV-Tests oder die Zulassung der Mitteilung über den HIV-Status an Aufsichtsbehörden verstößt ebenfalls gegen ethische Grundsätze internationaler Menschenrechtsorganisationen. Die Maßnahmen würden der Bekämpfung von HIV schaden, da sie Stigmatisierung fördern (vgl. Weinreich & Benn, 2003, S. 84–85).¹⁴⁰ Nach Bosmans (2006) Analysen bestehen die drei Komponenten, auf denen eine rechtsbasierte Methode von HIV-Präventionsprogrammen beruht, aus der

- i. Information und Erziehung,
- ii. Erleichterung des Zugangs zum Gesundheitssystem und
- iii. gesundheitlichen Versorgung, die zum Beispiel freiwillige HIV-Tests, Behandlung und Pflege umfasst (vgl. Bosmans, 2006, S. 8).

Über die allgemeine Anerkennung der Menschen- und Grundrechte eines Menschen lässt sich nach Bosmans (2006) auch der Sport als rechtsbasiertes Instrument zur Erleichterung des Zugangs von Kindern und Jugendlichen zur HIV/AIDS-Prävention begründen. Diese Annahme stützt sich auf der zunehmenden Wahrnehmung des Sports als grundlegendes Recht des Menschen. Entsprechend formuliert der Autor, dass „the recognition of sport as a human right grounded on the principle of dignity

¹⁴⁰ Zum Beispiel stimmte bei der Frage der Einführung für verbindliche HIV-Tests für UN-Friedenssicherheitstruppen eine Expertenrunde aufgrund der internationalen Menschenrechte einheitlich dafür, verpflichtende Tests abzulehnen und freiwillige HIV-Tests anzubieten (vgl. Patterson & London, 2002, S. 966).

and non-discrimination constitute a basic asset for developing a fully rights-based approach of HIV/AIDS prevention through sport” (Bosmans, 2006, S. 12).

Bosmans (2006) sieht den Sport als ein grundlegendes Recht eines jeden Menschen, das auf der Würde und Gleichheit des Menschen beruht und hinsichtlich der Gleichheit ein konstitutives Element des Sports bildet. Folglich kann das Gleichheitsprinzip die Grundlage für die Verhinderung von Diskriminierung und Stigmatisierung HIV/AIDS-betroffener Menschen im Rahmen sportbezogener Präventionsmaßnahmen bieten (vgl. hierzu auch Kapitel 4.3.5; sowie Bosmans, 2006, S. 12). Wenngleich sich der Sport gemäß den fundamentalen Prinzipien nach den Aussagen des IOC verpflichtet hat, gegen HIV/AIDS-assoziierte Stigmatisierung und Diskriminierung vorzugehen, muss dieser Ansatz nach Bosmans (2006) Verständnis einer rechtsbasierten Methode noch intensiviert werden.¹⁴¹ So sind Maßnahmen einzuleiten, um den Zugang zum Sport für Jugendliche beider Geschlechter zu ermöglichen, die besonders vulnerabel für eine HIV-Infektion sind, überproportional häufig diskriminiert und wegen ihres niedrigen soziökonomischen Status stigmatisiert werden (vgl. Bosmans, 2006, S. 9).

Auf *nationaler Ebene* hat jedes Land ein eigenes Rechtssystem, das national jeweils unterschiedlich angegangen wird.¹⁴² Nach Autexier (2000) ist dabei von einer nationalen Rechtskultur auszugehen. Wesentliche Merkmale kennzeichnen und differenzieren die jeweiligen nationalen Rechtsordnungen gegenüber anderen und beeinflussen das Denken der im System tätigen Juristen (vgl. Autexier, 2000, S. 121). Ähnlich wie in Europa gibt es nach Kouassi (2007) in Afrika nicht ein Rechtssystem, sondern verschiedene afrikanische Rechtssysteme. Sie sind einerseits von den

¹⁴¹ Die fundamentalen Prinzipien der Olympischen Bewegung sind die Wahrung der Menschenwürde, die Anerkennung der Praxis des Sports als ein Recht des Menschen und die Beseitigung jeglicher Form von Diskriminierung (vgl. IOC, 2007, S. 11).

¹⁴² In Deutschland oder Frankreich wird das Recht durch ein Rechtssystem oder Rechtsordnungen erfasst. Demgegenüber unterscheidet sich das in Großbritannien oder Nordamerika übliche Common-Law-System wesentlich von dieser Rechtsauffassung (vgl. Autexier, 2000, S. 119). Das Rechtssystem stellt eine formale Erfassung von Beziehungen zwischen den Menschen untereinander, der Menschen zu Sachen und der Menschen zum Staat dar (vgl. Autexier, 2000, S. 120).

ehemaligen Kolonialmächten beeinflusst. Daneben stellen sie aber andererseits eine Mischung aus traditionellem und islamischem Recht dar (vgl. Kouassi, 2007, S. 15).¹⁴³

Durch die Modernisierung und bedingungslose Anpassung an das Recht der ehemaligen Kolonialmächte haben die Rechtssysteme afrikanischer Staaten wenig mit dem alltäglichen Leben ihrer Bevölkerung gemeinsam. Folglich sind die Gesetze und Ordnungen umso eher von regelmäßigen Übertretungen geprägt (vgl. Kouassi, 2007, S. 16). Gesetze können sowohl ein förderliches Instrument als auch Hindernisse in der Gestaltung öffentlicher Gesundheitsinterventionen darstellen. Letzteres ist dann der Fall, wenn HIV-infizierte Menschen, wie es in vielen afrikanischen und islamisch geprägten Ländern üblich ist, durch strafrechtliche Sanktionen oder andere Politiken belastet werden (vgl. Gable et al., 2009, S. 260).

Auf nationaler Ebene wird der Geltungsrahmen von Gesetzen durch Verfassungen, Statuten, Verordnungen und Regeln festgelegt. Gesetzliche Maßnahmen sind eine *grundlegende Voraussetzung* zur Umsetzung der Präventionsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten im öffentlichen Gesundheitswesen und erleichtern diese (vgl. Gable et al., 2009, S. 260). Ebenfalls sorgen nationale Gesetze für die Einhaltung der internationalen Menschenrechte. Dementsprechend fordern sie, dass adäquate HIV/AIDS-Behandlungen nach dem Recht auf Gesundheit zur Verfügung gestellt werden muss und HIV-infizierte Menschen vom Fortschritt der Wissenschaft profitieren. Um dieser Forderung nachzukommen, haben viele Länder Gesetze und Richtlinien verabschiedet, die Kampagnen zur HIV-Behandlung umsetzen und Unterstützungsleistungen für HIV-infizierte Menschen bereitstellen. Allerdings können

¹⁴³ Das traditionelle Recht ist auf Versöhnung der Parteien aus, wobei materielle Normen weniger Beachtung finden. Die Aufgabe des Rechts besteht in der Befriedung der Gesellschaft und der Harmonieherstellung. Weil wirksame Verfahren zur Vollstreckung von Urteilen fehlten, war das Ziel, ein wechselseitiges Einvernehmen der Parteien herzustellen. Das Gewohnheitsrecht war ein Recht von Gemeinschaften, die nur unter sich lebten. Im Gegensatz ist das moderne Recht notwendigerweise für Völker und eine Gesellschaft geschaffen, in der vielfältige Gemeinschaften miteinander leben müssen (vgl. Kouassi, 2007, S. 15).

Rechtsprechungen nur unterstützend wirken, die nötigen Ressourcen sind von der Politik zur Verfügung zu stellen (vgl. Gable et al., 2009, S. 261).¹⁴⁴

Gesetze bieten auch die Grundlage für die Entscheidungen gegen oder für *verpflichtende HIV-Tests*.¹⁴⁵ Die Rechtslage dazu ist von Land zu Land verschieden. Manche Länder schreiben zum Beispiel routinemäßige HIV-Tests bei bevorstehenden Krankenhausaufenthalten vor, ohne dass eine explizite Zustimmung nötig ist. Auch können Vorschriften erlassen werden, dass Menschen Auskunft über den HIV-Status des Partners erhalten, um diesen vor einer HIV-Infektion zu schützen. Präventionskampagnen rufen immer wieder dazu auf, sich freiwillig testen zu lassen. Der zwanghafte HIV-Test ist in Tansania nicht erlaubt (vgl. Gable et al., 2009, S. 261).

Gable et al. (2009) weisen darauf hin, dass die Offenlegung des HIV/AIDS-Status Stigmatisierung und Diskriminierung fördern oder auch durch die Teilnahme an Gesundheitsprogrammen oder Studien zur Datenerfassung erfolgen kann (vgl. Gable et al., 2009, S. 261).¹⁴⁶ So entscheiden die entsprechenden Gesetze darüber, ob die Erfassung der epidemiologischen Daten über den Namen von Menschen oder anonym erfolgt. Auch hierzu gibt es keine einheitliche Linie. Gesundheitsorganisationen erfassen für die HIV-Statistik vorwiegend die Namen der getesteten Menschen, Anwälte hingegen sehen darin eine Verletzung der Privatsphäre.

¹⁴⁴ Vor allem Patentrechte und Handelsabkommen, die an den wirtschaftlichen Interessen der Pharmakonzerne ausgerichtet sind, können in den meisten Ländern begrenzend auf den Zugang zu fortschrittlicher Medizin wirken (vgl. Gable et al., 2009, S. 261).

¹⁴⁵ Verpflichtende HIV-Tests werden selten angewendet. Sie werden wegen ihres zwanghaften Einflusses auf die Autonomie von Menschen weitgehend verurteilt (vgl. Gable et al., 2009, S. 261).

¹⁴⁶ Trotz der Notwendigkeit eines Rechtsschutzes in Bezug auf HIV/AIDS gibt es Konflikte zwischen individuellen Erwartungen zur Einhaltung der Privatsphäre und der kommunalen Bedürfnissen zugänglicher Daten, um die öffentliche Gesundheit zu fördern. Die Nutzung von personenbezogenen HIV/AIDS-Daten sind unerlässlich, um einen Fortschritt in der Gesundheit durch Forschung, epidemiologische Studien, Prävention und Behandlung zu erzielen. Gesetze hingegen verlangen die Einhaltung von Vertraulichkeit und Sicherheit, um eine vorsätzliche oder fahrlässige Verletzungen der Privatsphäre und das daraus resultierende Diskriminierungspotential zu verhindern (vgl. Gable et al., 2009, S. 262).

Wie im internationalen Kontext gibt es auch auf nationaler Ebene verschiedene Gesetze und Richtlinien, die im Sinne des rechtlichen Schutzes von Menschen präventiv auf die HIV/AIDS-Ausbreitung einwirken können. Beispielsweise schützt das *Arbeitsrecht* in Deutschland vor Diskriminierung im Berufsleben. Es bietet die Grundlage für Menschen, damit sie trotz ihrer HIV-Infektion arbeiten können. Ein Arbeitnehmer ist bis auf wenige Ausnahmen nicht verpflichtet, seinen HIV-Status dem Arbeitgeber mitzuteilen und dieser hat kein Recht, darüber Auskunft zu erhalten. Bis auf die Einschränkung, dass HIV-positive Ärzte und Pflegekräfte bestimmte Tätigkeiten nicht ausüben dürfen, gibt es kaum Verbote, dass HIV-infizierte Personen zum Beispiel nicht in der Gastronomie oder in Pflegeberufen arbeiten dürfen (vgl. DAH, 2011b, #Arbeitsrecht).

Das *Strafrecht* bietet die Grundlage dafür, dass HIV-Transmissionen oder ein risikoreiches Verhalten bezüglich einer HIV-Übertragung strafrechtlich verfolgt wird (vgl. Gable et al., 2009, S. 262). Gable et al. (2009) betonen, dass die strafrechtliche Verfolgung beispielsweise sexueller Dienstleistungen nur dann präventive Funktionen für die HIV/AIDS-Verbreitung einnehmen kann, wenn diese Gesetze mit entsprechenden Präventionsmaßnahmen einhergehen. Andernfalls wird nur die Angst vor Strafverfolgung und Stigmatisierung erhöht. Es sind die Aussicht auf Behandlungsmöglichkeiten, die Wissensvermittlung über HIV-Risiken und die Fähigkeit, Safer Sex einzufordern, zu vermitteln, um sexuelle und ökonomische Ausbeutung zu verhindern. Dazu sind auch Bemühungen zur Entkriminalisierung und konsequente Regulierung von Sexdienstleistungen notwendig (vgl. Gable et al., 2009, S. 262).

Bosmans (2006) kritisiert in diesem Zusammenhang, dass zwar der Schutz von Frauen und Mädchen vor sexueller Gewalt vielerorts gesetzlich verankert ist, jedoch andere Vergehen wie Eheschließungen in einem jungen Alter, Zwangsheirat oder sexuelle Dienstleistungen von Straßenkindern toleriert werden (vgl. Bosmans, 2006, S. 8). Die absichtliche oder fahrlässige Weitergabe des HI-Virus wird in Deutschland aus strafrechtlicher Beurteilung als *Körperverletzung* eingestuft und ist strafbar.¹⁴⁷ „Ob

¹⁴⁷ Es gibt kein eigenes Gesetzbuch, das die Weitergabe von HIV unter Strafe stellt, sondern die Paragraphen 223 und 224 des Strafgesetzbuches werden dafür herangezogen (DAH, 2011b, #Strafrecht).

tatsächlich eine Strafe verhängt wird, hängt aber davon ab, ob der oder die HIV-Negative von der HIV-Infektion seines Gegenübers gewusst und eingewilligt hat, ungeschützten Sex zu haben“ (DAH, 2011b, #Strafrecht). Ebenso kann aber auch ungeschützter Sex strafbar sein, der zu keiner HIV-Infektion führt, weil dieser als versuchte Körperverletzung gilt. Strafrechtlich sind jedoch keine Konsequenzen zu erwarten, wenn der HIV-positive Mensch alles versucht, um den Sexualpartner zu schützen und sich an die Safer-Sex-Regeln hält (vgl. DAH, 2011b, #Strafrecht).

In Tansania ist davon auszugehen, dass es nicht die gleichen sozialen Versicherungssysteme wie in Deutschland gibt. Mittels eines Studienergebnisses zu Invalidenleistungen für Beschäftigte des formellen Sektors, die an HIV/AIDS erkrankten und arbeitsunfähig wurden, konnte auf den Mangel sozialer Leistungen hingewiesen werden (vgl. Ackson, 2008, S. 79). Wenngleich beschäftigte des formellen Sektors durch die Sozialversicherungsgesetze und die entsprechenden gesetzlich vorgesehenen Systemen offiziell versichert sind, bestehen Schwierigkeiten der sozialen Systeme, einen rechtlichen Bezug zwischen HIV/AIDS und Berufskrankheiten herzustellen. Entsprechend können auch keine Leistungsansprüche umgesetzt werden. Gleichzeitig besteht in Tansania das Problem, dass die Versicherungen eine geringe Deckung aufweisen, weil der formelle Sektor durch Krankheiten schrumpft (vgl. Ackson, 2008, S. 79).

Dies ist ein allgemeines Problem in Entwicklungsländern, denn der formelle Sektor ist klein. 50 bis 80 Prozent der Beschäftigung entfallen auf den informellen Bereich. Doch die Beschäftigten des informellen Sektors sind nicht anerkannt. Sie genießen weder legislativen Schutz noch soziale Sicherheit und befinden sich daher oftmals in prekären Situationen. Abhilfe kann dabei nur die Schaffung von regulären Arbeitsplätzen und die Verbesserung der sozialen Sicherheit im informellen Sektor leisten (vgl. Stamm, 2003, S. 11). Darüber hinaus ist in Tansania die Anerkennung der Eigentums- und Erbschaftsrechte sowie auch der Rechte auf Bildung und Arbeit ein wichtiges Instrument, um Frauen und Kinder vor einer erhöhten Vulnerabilität für das Risiko einer HIV-Transmission zu schützen (vgl. Gable et al., 2009, S. 262).

3.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Insbesondere in den Entwicklungsländern scheint die Prävention von HIV/AIDS angesichts immer noch unzureichender Heilungs- und Behandlungsmöglichkeiten eine bedeutsame Methode zu sein, um gegen die Epidemie vorzugehen. Ebenso wurde bisher auch noch kein wirksamer Impfstoff gegen HIV/AIDS entwickelt. Die Grundidee der Prävention ist das Ziel der Verhaltensänderung durch Aufklärung und Wissensvermittlung. Es gibt verschiedene Interventionsinstrumente, die in der HIV/AIDS-Prävention Anwendung finden. Die Prävention ist eine Spezialform sozialer Interventionen, die das Ziel der Normalitätsherstellung haben. Hiefür werden bestimmten Personenkreisen spezifische Defizite zugesprochen. Zum Beispiel sollen Jugendliche und Schüler aufgrund der epidemiologischen Kenntnisse der HIV-Prävalenzen durch soziale Interventionen davon abhalten werden, erste sexuelle Aktivitäten in einem jungen Alter zu begehen und sich ein riskantes sexuelles Verhalten anzueignen. Dabei wird ihnen das spezifische Defizit unterstellt, dass sie sich entsprechend verhalten und nicht über die erforderlichen Persönlichkeitseigenschaften verfügen, um dagegen vorzugehen.

Zur Bearbeitung sozialer Probleme wird aus theoretischer Perspektive grundsätzlich in rechtliche, ökonomische, ökologische, pädagogisch-psychologische und punitive Interventionsstrategien differenziert. Für die sportbezogene HIV/AIDS-Prävention erscheinen auf den ersten Blick die pädagogisch-psychologischen Interventionsstrategien und die ökologische Interventionen angemessen. In der Unterscheidung nach der primären, sekundären und tertiären Präventionsform ist die primäre Prävention entscheidend für die HIV/AIDS-Prävention, weil sie das Ziel der Reduzierung der HIV-Inzidenzrate und damit die Anzahl der Neuinfektionen verfolgt. Allerdings wird bei der Differenzierung der Präventionsformen von heilbaren Krankheiten ausgegangen, die durch primäre Prävention verhindert und deren weiterer Verlauf durch die sekundäre Prävention gesteuert werden kann.

Jedoch werden bei unheilbaren Krankheiten immer automatisch alle Stufen der Prävention durchlaufen. Demzufolge sind die sekundäre und tertiäre Prävention nicht die vordergründigen Instrumente zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie, so dass Prävention nachfolgend im Sinn der primären Prävention aufgefasst wird. Weil die primäre Prävention die HIV-Prävalenz und das HIV-Übertragungsrisiko senken möchte,

sind die persönliche Risikowahrnehmung und die Förderung der Selbstwirksamkeit entscheidend. Allerdings weist die Risikowahrnehmung auch Verzerrungen auf, weil zum Beispiel klar definierte HIV-Transmissionswege ein Gefühl der Kontrolle vermitteln.

Präventive Interventionen sind dann erfolgreich, wenn sie die Menschen erreichen, die eine erhöhte HIV/AIDS-Vulnerabilität besitzen. Hiermit ist das Problem der Selektivität der Teilnehmer an Präventionsmaßnahmen verbunden. So haben praktische Erfahrungen in der Durchführung von Präventionsangeboten gezeigt, dass diese häufig in formale Strukturen wie Schulunterricht zum Beispiel an einer Secondary School für Jungen eingebunden sind. Damit ist jedoch bereits die Zielgruppe festgelegt. Stattdessen nehmen vermutlich Menschen, die ein viel höheres HIV-Risiko besitzen, gar nicht erst an solchen Angeboten teil.¹⁴⁸ Die Faktoren für HIV/AIDS-Präventionsprogramme, die in empirischen Dokumenten und der Literatur als erfolgreich betrachtet werden, sind im Wesentlichen folgende Punkte: die Partizipation der HIV/AIDS-betroffenen Menschen und der lokalen Akteure, die Wissensvermittlung, die Befähigung zum Schutz vor HIV/AIDS, die kontextbezogene Beeinflussung auf verschiedenen Ebenen, die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung, die Förderung der Menschenrechte und die Behandlung weiterer sexuell übertragbarer Krankheiten.

Die Analyse verschiedener HIV/AIDS-Präventionsprojekte in Tansania (Femina HIP, IEC-Programme, KAP-Studie) hat gezeigt, dass Informations- und Aufklärungskampagnen die Sexualerziehung, die Ausbildung von Life-Skills und die Gleichberechtigung der Geschlechter fördern. Die Zielgruppen aller vorgestellten Projekte sind primär Kinder und Jugendliche.

Entscheidend erscheint bei diesen Projekten die Anwendung verschiedener Kommunikationsinstrumente und -kanäle, über die Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichem Bildungsniveau erreicht werden können. Hierfür ist die jugendspezifische Ge-

¹⁴⁸ Diese Vermutung beruht auch persönlichen Beobachtungen eines HIV-Präventionsprogramms vom Ministry of Education and Vocational Training an einer Secondary School in der Nähe von Dar es Salaam im Rahmen der IAAF-Trainerausbildung.

staltung der Instrumente bedeutsam, die sich der Kultur und Sprache der jeweiligen Zielgruppe bedienen. So werden zum Beispiel die Magazine, TV-Soaps oder Internetinhalte in swahilischer Sprache verfasst. Im Erziehungs- und Bildungssektor werden HIV/AIDS-Präventionsprojekte im schulischen Kontext, aber auch über informelle Bildungsangebote für Kinder und Jugendliche umgesetzt. Sie verfolgen ebenfalls die Schulung der Life-Skills, Vermittlung von Wissen über die reproduktive Gesundheit und Sexualität sowie die damit verbundenen Risiken bezüglich HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten.

Vor allem IEC-Programme gehen davon aus, dass Menschen ein risikoreiches Verhalten unterlassen, wenn sie genügend Informationen über HIV/AIDS erhalten. Eine wichtige Methode und als erfolgreich bewertete Komponente dieser HIV/AIDS-Präventionsprojekte ist die Peer-Education.

Ein Problem vieler Projekte in Tansania ist die Diskrepanz zwischen Wissen über HIV/AIDS und dem sexuellen Verhalten. Zwar haben gemäß der Studien und Evaluationen von Projekten viele Menschen ein fundiertes Wissen über HIV/AIDS, das jedoch nicht bestimmend für ihr sexuelles Verhalten zu sein scheint. Es gibt bisher keine aufschlussreichen Theorien, warum und welche Faktoren bedeutsamer für das Verhalten sind. Häufig angeführte Begründungen werden mit kulturellen Hintergründen und traditionellen Weltanschauungen belegt.

Die vorgestellten empirischen Projekte weisen darauf hin, dass eine reine Informationsvermittlung auf individueller Ebene oder an die Bevölkerung gerichtete Kampagnen ohne die Beeinflussung des Kontextes wenig wirksam erscheinen. Damit zeigen die Erkenntnisse der praktischen Präventionsprojekte ähnliche Empfehlungen wie die theoretische Differenzierung der präventiven Interventionen gemäß den drei Ebenen (vgl. Kapitel 3.1.1). Zum Beispiel zeigt das Femina-Projekt, dass eine reine Informationsvermittlung nicht als wirksam betrachtet wird. Vielmehr wird auf verschiedene interaktive Methoden gesetzt, bei denen die Partizipation der Zielgruppe in Magazinen, durch Roadshows und interaktive TV-Formate im Vordergrund steht.

Auch die vom MoEVT gesteuerten HIV/AIDS-Präventionsprojekte in Schulen entsprechen settingbasierten Interventionsformen. Zum Beispiel wird durch die Ausbildung von Peer-Educators das Umfeld in der Schule verändert, weil diese als perma-

nente Ansprechpartner für die Schüler zu Verfügung stehen. Die in diesem Kapitel analysierten Präventionsstrategien werden in der nachfolgenden Tabelle 21 hinsichtlich ihrer Eignung in Entwicklungsländern zur HIV/AIDS-Prävention geprüft. Dafür werden die wesentlichen Maßnahmen der einzelnen Strategien zusammengefasst und eine Stärken-und-Schwäche-Analyse durchgeführt.

Tabelle 21: Zusammenfassender Überblick der Präventionsstrategien und -maßnahmen und die Eignung der entsprechenden Interventionsmaßnahmen in der HIV/AIDS-Bekämpfung in Entwicklungsländern beziehungsweise in Tansania (eigene Darstellung).

Präventionsstrategien	Stärken und Schwächen in der HIV/AIDS-Prävention in EL
1. Medizinische Intervention	
<ul style="list-style-type: none"> • Impfstoff • Diagnose • Medikamentöse Behandlung • Medikamente gegen die HIV-Mutter-Kind-Transmission • Vermeidung des Stillens • Zirkumision 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung eines falschen Sicherheitsgefühls durch die Medikamente, die nicht heilen können • Flächendeckende medikamentöse Behandlung ist nicht vorhanden. • In Tansania und anderen EL wurde begonnen, vermehrt finanzielle Mittel für Medikamente bereitzustellen, um den Zugang für die Bevölkerungsmasse der HIV-positiven Menschen zu erhöhen. • Spezifische Medikamente sind nicht für alle schwangeren Frauen zugänglich und erfordern zusätzliche Ressourcen für HIV-Tests, Beratung etc. • Nicht-Stillen wird stigmatisiert. • Blutprodukte werden auch in EL auf HIV getestet. • Bei Beschneidung wird Hygiene oft nicht befolgt.
2. Traditionelle Medizin	
<ul style="list-style-type: none"> • Traditionelle Heilmethoden in Verbindung mit westlich geprägter wissenschaftlicher Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Stellenwert, Ignoranz kaum möglich • Einbindung traditioneller in wissenschaftlich basierte Medizin erscheint sinnvoll.
3. Kondomgebrauch	
<ul style="list-style-type: none"> • Safer Sex • Reduktion wechselnder Sexualpartner 	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten-Nutzen-Abwägungen • Mangelnde Akzeptanz und Vorbehalte traditioneller Weltanschauungen
4. Information und Aufklärung	
<ul style="list-style-type: none"> • Wissensvermittlung über Behandlungsmöglichkeiten • Verbindung traditioneller Rituale mit westlich medizinisch-wissenschaftlichen Modellen • Entmystifizierung der Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Textbotschaften können von Analphabeten nicht gelesen werden. • Traditionelle Kulturpraktiken und Erklärungsmuster sollten berücksichtigt werden.

Präventionsstrategien	Stärken und Schwächen in der HIV/AIDS-Prävention in EL
4. Information und Aufklärung	
<ul style="list-style-type: none"> • Informations- und Aufklärungskampagnen in Tansania: Organisation Femina HIP • Nutzung verschiedener Instrumente wie Internet, Magazine, Events, Raod-shows, TV 	<ul style="list-style-type: none"> • Femina HIP nutzt unterschiedliche Medien und erreicht durch edukatives Entertainment Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichem Bildungsniveau. • Kampagnenbotschaften gemäß der ABC-Methode sind wenig wirksam und bewirken ohne Ergänzung durch weitere Methoden keine Verhaltensänderung.
5. Freiwillige HIV-Tests und psychologische Beratungsangebote	
<ul style="list-style-type: none"> • HIV-Test in Verbindung mit Beratung der HIV-betroffenen sowie des Umfelds / des Partners • Informations- und Aufklärungskampagnen zu HIV-Test und Beratung • Selbsthilfegruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine ausreichenden HIV-Tests und Beratungsangebote • HIV-Test, Beratung und Aussicht auf Behandlung sind entscheidende Kriterien zur Senkung der HIV-Inzidenzrate. • Vorbehalte gegenüber westlich-wissenschaftlicher Medizin und Haltung der Kirchen tragen zur Diskriminierung und Stigmatisierung bei
6. Erziehung, Bewusstsein und Kommunikation	
<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung von Life-Skills • IEC-Programme, z. B. PASHA in Tansania • HIV/AIDS und Life-Skills-Programme an Schulen • Peer-Education 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwächung des Bildungs- und Erziehungssektor durch z. B. Mangel an qualifiziertem Lehrpersonal • Erziehung und Bildung von Kindern und Jugendlichen ist die effektivste Methode, weil sie im Idealfall noch nicht sexuell aktiv sind. • Selektivität der Teilnehmer von HIV-Präventionsprogrammen
6. Erziehung, Bewusstsein und Kommunikation	
<ul style="list-style-type: none"> • KAP-Methode als Instrument zur Wirkungsmessung in Tansania • Wissen versus Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulabbrecherquote bedingt außerschulische, informelle Angebote in Gemeinden und Institutionen, um schwer zugängliche Gruppen bzw. Kinder zu erreichen, die nicht zur Schule gehen. • Ausbildung von Life-Skills und Fähigkeit zur Verhaltensänderung ist bedeutsamste Methode der HIV/AIDS-Prävention. • Peer-Education ist ein erfolgversprechender Ansatz. • Chance, HIV/AIDS-Prävention als Bestandteil des Unterrichtscurriculum festzuschreiben • Veränderung der subjektiven Wahrnehmung sexueller Normen und des sexuellen Verhaltens durch KAP-Methode • Umfeld sozialen Lernens ist förderlich für HIV/AIDS-Prävention. • Misstrauen gegenüber westlich-medizinischem Wissen und kritische Haltung gegenüber Kondomverteilung • Kulturelle Hintergründe sind einzubeziehen, z. B. Sprache und Lebenswirklichkeit. • Traditionelle Weltanschauungen bestimmen das Verhalten eher als rationales Wissen.

Präventions-Strategien	Stärken und Schwächen in der HIV/AIDS-Prävention in EL
7. Pflege und Behandlung	
<ul style="list-style-type: none"> • Verbindung von Prävention, Pflege, Betreuung, Unterstützung und Behandlung • Psychosoziale Unterstützung HIV-betroffener Menschen, ihres Umfeldes und z. B. von AIDS-Waisen 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheit ist für Individuen aufgrund des mangelnden Zugangs zur medizinischen Versorgung in EL meist schwerwiegender. • Aussicht auf Behandlung wirkt primär präventiv. • Behandlung ist aufwendig in Betreuung und Mitarbeit der Patienten, verlangt qualifizierte Ärzte.
8. Reduzierung sexuell übertragbarer Krankheiten	
<ul style="list-style-type: none"> • Frühzeitige Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Verbreitung und unzureichende Diagnosen aufgrund des mangelnden Zugangs zur medizinischen Versorgung in EL
9. Rechtliche Maßnahmen	
<ul style="list-style-type: none"> • Einhaltung der Menschenrechte auf internationaler und nationaler Ebene durch Verträge, Abkommen etc. • Nationale Rechte und Gesetze als Voraussetzung für präventive Interventionen und zum Schutz HIV/AIDS-betroffener Menschen • Verpflichtende HIV-Tests • Arbeits- und Strafrecht (absichtliche oder fahrlässige Weitergabe des HI-Virus ist in Deutschland strafbar) • Eigentums- und Erbschaftsrechte sowie Rechte auf Bildung und Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Ungleichheiten, Stigmatisierung und Diskriminierung bei Nichteinhaltung der Menschenrechte, betroffen von Verletzungen der Menschenrechte sind Gruppen, denen weniger Ressourcen zur Verfügung stehen und deren Zugang zur Gesundheitsversorgung mangelhaft ist. • HIV-Vulnerabilität steigt, wenn Recht auf Gesundheit nicht umgesetzt wird. • Sport als rechtsbasiertes Instrument in EL zur Erleichterung des Zugangs zu HIV/AIDS-Prävention, Gleichheitsprinzip des Sports ist die Grundlage für die Verhinderung von Diskriminierung und Stigmatisierung HIV/AIDS betroffener Menschen im Rahmen sportbezogener Präventionsmaßnahmen. • Gesetze behindern häufig eher öffentliche Gesundheitsinterventionen, strafrechtliche Verfolgung der HIV-Transmission kann zu Diskriminierung und Stigmatisierung führen. • Gesetze zum Schutz vor sexueller Gewalt scheitern an ihrer Einhaltung, Zwangseheschließungen in einem frühen Alter werden häufig toleriert.

Aus den vorgestellten Präventionsstrategien werden Kategorien gebildet. Hierzu werden insbesondere die Interventionsformen herangezogen, für die der Sport in der HIV/AIDS-Prävention als geeignete Methode erscheint (Siehe hierzu Kapitel 3.1). Es wurden die Interventionen als wirksam erachtet, die *pädagogisch-psychologische* Interventionsstrategien verfolgen und pädagogische, psychologische oder psychotherapeutische Maßnahmen anwenden.

Tabelle 22: Übersicht der entscheidenden Kategorien der primären Präventionsstrategien in der HIV/AIDS-Bekämpfung und ihre definierenden Kriterien (eigene Darstellung).

Kategorien	Kriterien
Kondomgebrauch	<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Verbreitungsgrad, Kosten-Nutzen-Abwägung • Akzeptanz bei der Bevölkerung, Überwindung traditioneller Vorbehalte
Aufklärung und Wissensvermittlung	<ul style="list-style-type: none"> • Aussicht auf Behandlungsmöglichkeiten senkt HIV-Ausbreitungsdynamik, Stigmatisierung und Diskriminierung • Ansprache erfolgt über Sprache der Jugendlichen, Nutzung von zielgruppenspezifischen Instrumenten (TV, Print, Online, Event), die auf das Bildungsniveau der Zielgruppe abgestimmt sind. • Kampagnenbotschaften gemäß der ABC-Methode sind durch weitere Methoden zu ergänzen, um Verhaltensänderung zu bewirken.
Erziehung und Bildung	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen und Bildung führen zur Verhaltensänderung. • Ausbildung von Life-Skills und Fähigkeiten zur Verhaltensänderung • Peer-Education • Wissen versus Verhalten
Freiwillige HIV-Tests und psychologische Beratungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> • HIV-Test, Beratung und Aussicht auf Behandlung sind entscheidende Kriterien zur Senkung der HIV-Inzidenzrate. • Vorbehalte gegenüber westlich-wissenschaftlicher Medizin und Haltung der Kirchen tragen zur Diskriminierung und Stigmatisierung bei.
Rechtliche Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Verletzung der Menschenrechte führen zu Ungleichheiten, Stigmatisierung und Diskriminierung bei Nichteinhaltung der Menschenrechte. • Gesetze und Rechte sind grundlegende Voraussetzung für HIV/AIDS-Prävention. • Gleichheitsprinzip des Sports bietet Grundlage für rechtsbasierte Präventionsmethode und verhindert Diskriminierung und Stigmatisierung.

Der Fokus liegt dabei auf der Förderung individueller Kompetenzen, die nützlich sind, um andere Interventionen wirksam werden zu lassen. Demgegenüber erscheint der Einsatz des Sports bei der medikamentösen Intervention eher nur als präventive Maßnahmen einsetzbar, die in Begleitung der Interventionen durchgeführt wird, diese aber nicht unbedingt wirksamer werden lassen. Der Bereich der Pflege und Behandlung wird ebenfalls nicht weiter in die Analyse der HIV/AIDS-Prävention hinsichtlich der Eignung des Sports einbezogen, da in dieser Arbeit der Schwerpunkt auf den Sport in der primären Prävention zur Verringerung der HIV-Prävalenz und Senkung der Inzidenzrate gelegt wird.

4 Sport in der Entwicklungszusammenarbeit

Die Kennzeichnung des HIV/AIDS-Phänomens im entwicklungstheoretischen Kontext im zweiten Kapitel und die Analyse entscheidender Kriterien präventiver Interventionen zur Begegnung der Krankheit im dritten Kapitel zeigen, dass der Sport keine Bedeutung auf diesem Gebiet einnimmt. Dennoch werden ihm Funktionen im entwicklungstheoretischen Kontext und auch in der HIV/AIDS-Prävention zugesprochen (vgl. Digel & Fornoff, 1989; United Nations, 2003a).

Um der Frage nach den dem Sport zugewiesenen Funktionen nachzugehen, rekonstruiert das folgende Kapitel den Sport im entwicklungstheoretischen und -politischen Kontext. Das vierte Kapitel bildet das Kernstück der Arbeit, weil es die Annahmen und Begründungen zu analysieren und zu diskutieren sucht, die den Sport als Instrument für die Entwicklungszusammenarbeit und im Spezifischen für die HIV/AIDS-Prävention als geeignet erscheinen lassen. Daraus leitet sich folgende zielführende Frage des Kapitels ab: Aufgrund welcher Eigenschaften und dem Sport zugewiesenen Funktionalität weist dieser Plausibilität für präventive Interventionen auf?

Das Vorgehen verlangt zunächst einen einleitenden Blick in die Definition des Sports. Die Komplexität des Sports wird schnell deutlich und erfordert die Strukturierung des dieser Arbeit zugrundeliegenden Sportverständnisses. Dieses wird mittels grundlegender Modelle des Sports erläutert. Sie bilden eine entscheidende theoretische Grundlage der Arbeit, weil sie den modernen Sport infolge funktionaler Differenzierung als ein ausdifferenziertes gesellschaftliches System kennzeichnen. Die Theorie gesellschaftlicher Differenzierung kann im Rahmen eines modernisierungstheoretischen Ansatzes die entwicklungstheoretische Grundlage des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit darstellen, die bereits im zweiten Kapitel nachgezeichnet wurde. Hierfür wird eine eingehende Beleuchtung der gesellschaftlichen Funktionalität des modernen Sports in der Gesellschaft als notwendig erachtet, die anschließend auf den entwicklungstheoretischen Kontext übertragen wird. Es wird der Frage nachgegangen, welche Funktionen der Sport im Allgemeinen im entwicklungstheoretischen Kontext einnehmen kann, bevor sich die Erörterung anschließt, welche Funktionen der Sport zur Erreichung der HIV/AIDS-Prävention ausüben kann.

Auf den ersten Blick erscheinen hierfür der Einsatz des Sports in Erziehungs- und Bildungsmaßnahmen und als Plattform zur Aufklärung und Information plausibel. Weitere Funktionen, die der Sport in der HIV/AIDS-Prävention erfüllen könnte, sind im Rahmen einer theoretischen Reflexion zu beleuchten. So wird das Potential des Sports für die Entwicklungszusammenarbeit in Bezug auf das Entwicklungsziel der HIV/AIDS-Prävention diskutiert.

4.1 Sport in der Gesellschaft

4.1.1 Definition des Sports

Aus einer relativ überschaubaren Sportlandschaft in den 1950er und 1960er Jahren ist bis heute eines der bedeutendsten gesellschaftlichen Teilsysteme der modernen Gesellschaft geworden. Digel und Burk (2001) konstatieren, dass sich die Sportlandschaft im Rahmen dieses Prozesses zu einem komplexen System entwickelt hat. Es hat eine „Versportlichung der Gesellschaft“ stattgefunden, die imperialistische Züge aufweist (Digel & Burk, 2001, S. 16). Sport ist dabei ein Synonym für die gesamte Bewegungs-, Spiel- und Körperkultur geworden. Diese Ausweitung der Semantik des Begriffs *Sport* zeigt sich darin, dass Orte oder auch Tätigkeiten mit dem Sport besetzt oder gekennzeichnet werden (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 16). Sport ist ein allseits bekanntes gesellschaftliches Phänomen. Aber Sport ist nicht gleich Sport, sondern seine Erscheinungs- und Organisationsformen sind durch eine hohe Ausdifferenzierung gekennzeichnet (Weis & Gugutzer, 2008, S. 7).

Nach Digel (1997) ist der Sport „ein schillernden Begriff geworden, der Phänomene umfasst, mit denen sich Wissenschaftler aller Disziplinen beschäftigen und somit zu einem Synonym für nahezu alles, was sich den Menschen mittels Bewegung ermöglicht, geworden“ (Digel, 1997, S. 14). So resümiert der Autor, dass diese unscharfe Begriffsbestimmung ein beeinträchtigendes Problem darstellt und gleichzeitig auch ein kennzeichnendes Merkmal des Sportbegriffs ist (vgl. Digel, 1997, S. 14).

Nach Heinemanns (2007) Definition des Sports verbinden verschiedene Personengruppen mit dem Sport unterschiedliche Formen und Aktivitäten, die für eine Person das Ausführen des Hundes und für andere Personen der regelgebundene Wettkampfsports sein kann. Auch verändern sich die Auffassungen über den Sport im Laufe der Zeit. Ebenso ist das Verständnis des Sports von Land zu Land durch un-

terschiedliche Vorstellungen geprägt, bei denen zum Beispiel die Italiener die Vogelzucht als unverzichtbaren Sport titulieren (vgl. Heinemann, 2007, S. 53). Entsprechend führen Befragungen über das Sportverständnis häufig zu individuellen Erfahrungsberichten des alltäglichen Lebens oder darüber, wo der Sport jemandem begegnet (vgl. Heinemann, 2007, S. 54).

Digel (1995) nimmt eine primäre Einteilung des Sports vor, die zwischen dem *organisierten* und *dem nichtorganisierten, informellen Sport* unterscheidet. Die Formen des organisierten Sports sind der Leistungssport, Wettkampf- und Profisport mit seinen unterschiedlichen Sportverbänden. Das Ausmaß des organisierten Sports wird bei der Betrachtung weiterer Organisationen deutlich, wie zum Beispiel Schulen, Universitäten, Militär, Unternehmen und Kirchen, die ebenfalls Institutionen des organisierten Sports sein können. Darüber hinaus muss Sport nicht nur als organisierter Sport von Institutionen stattfinden, sondern es gibt auch den Sport, bei dem Freizeit- und Erholung im Vordergrund stehen. Dementsprechend fasst Digel (1995) zusammen, dass Sport von verschiedenen Menschen in unterschiedlichen Situationen mit divergierenden Motiven und Intentionen betrieben wird (vgl. Digel, 1995, S. 13).

Die Formen, in denen Sport betrieben werden kann, sind uneinheitlich, schwer zu bestimmen und haben sich in den letzten Jahrzehnten immer weiter differenziert (vgl. Heinemann, 1980, S. 6). Heinemann (2007) spricht in diesem Kontext von „immer wieder neue[n] Begriffsschablonen“, die benutzt werden, um der diffusen Vielfalt, was unter Sport verstanden wird, gerecht zu werden (Heinemann, 2007, S. 54). Sie grenzen den Sport mit Begriffen wie Freizeitsport, Abenteuer-, Risiko- und Extremsport, Erlebnissport oder Trendsportarten näher ein. Es gibt zwar immer mehr körperliche Aktivität, die nicht zu dem traditionellen wettkampf- und leistungsorientierten Sport zählt, aber dennoch auch wettkampf- und regeldominiert sein kann. So räumt der Autor ein, dass auch diese Varianten unscharf bleiben. Heinemann (2007) unterstreicht damit die Begriffsvielfalt im Sport, die zugleich auch die „Popularisierungs-, Differenzierungs- und Banalisierungsprozesse“ des Sports verdeutlicht (Heinemann, 2007, S. 55).

Digel (1995) verweist bei der Frage der Definition des Sports auf die Richtlinien des Deutschen Sportbundes (DSB)¹⁴⁹ zur Charakterisierung des Sports, die dafür eine Hilfestellung bieten. Die in den 1980er Jahren herausgegebenen Grundsätze verfolgten auch die Intention, zukünftige Entscheidungsprozesse von Sportverbänden zu erleichtern, wenn es um die Aufnahme und Anerkennung von neuen Formen des Sports geht. Dementsprechend bieten sie einen Rahmen sowie eine einheitliche Sprachregelung bezüglich der Definition des Sports in Vereinen und Verbänden des DSB (vgl. Digel, 1995, S. 13). Gemäß den Richtlinien des DSB zeichnet sich der Sport durch sieben Eigenschaften aus, die im Wesentlichen mit folgenden Merkmalen umschrieben werden können (vgl. Digel, 1995, S. 14):

- a) Körperliche Aktivität,
- b) Nicht lebenswichtige, produktive Bedeutung des Sports im Gegensatz zur Arbeit,
- c) Leistungs- und Zielorientierung,
- d) Strukturierte Organisation, um Sport mit anderen betreiben zu können,
- e) Regeln,
- f) Chancengleichheit,
- g) Möglichkeit im Sport, Erfahrungen zu sammeln.

Entsprechend der Definition des DSBs erscheint eine Sportart dann als legitim, wenn ihr Dachverband vom DSB zugelassen wurde. Digel (1995) konstatiert, dass die Richtlinien des DSBs grundsätzlich hilfreich sind, um die Beziehung des Sports zur Gesellschaft zu beschreiben (vgl. Digel, 1995, S. 15). Dennoch weist der Autor darauf hin, dass auch diese Definition häufig nicht eindeutig festlegt, was als Sport zählt und was nicht. Digel (1995) wirft zum Beispiel die Frage auf, ob Abfahrtskifahren mit einer Geschwindigkeit von 125 km/h die Sensationslust befriedigt oder als Sport definiert werden kann. Dabei scheinen die Richtlinien die Wirklichkeit des Sports in der Gesellschaft eher zu verfehlen (vgl. Digel, 1995, S. 15).

¹⁴⁹ Das Nationale Olympische Komitee (NOK) und der Deutsche Sportbund (DSB) sind fusioniert und haben sich im Jahr 2006 zur Organisation des Deutschen Olympischen Sportbunds (DOSB) mit Sitz in Frankfurt vereint (vgl. DOSB, 2006, #DOSB-Gründung mit Feierstunde in der Paulskirche besiegelt).

Eine weitere Definition des Sports ist im Council of Europe in der European Sport Charter zu finden. Dieser definiert Sport als „all forms of physical activity which, through casual or organised participation, aim at expressing or improving physical fitness and mental well-being, forming social relationships or obtaining results in competition at all le-vels” (Council of Europe, 2001). Auch diese Definition macht die nicht klar zu bestimmenden Inhalte des Sports deutlich und offenbart die Komplexität des Sports als Teilsystem der Gesellschaft, dass gewisse Aufgaben erfüllt. So lässt sich abschließend resümieren, dass es verschiedene Ansätze für Definitionen des Sports gibt, die seine Komplexität widerspiegeln. Dementsprechend wird der Sport in den folgenden Kapiteln in seiner Komplexität näher betrachtet.

4.1.2 Ausdifferenzierung des Sports

Hinsichtlich des Verhältnisses des Sports zur Gesellschaft betont Digel (1995) die Korrelation zwischen einer bestimmten Gesellschaft und dem, was unter Sport verstanden wird. Denn nicht nur Sportsoziologen sehen den Sport als ein gesellschaftliches Phänomen, sondern der Bezug zwischen Sport und Gesellschaft wird auch von Politikern und Sportlern hergestellt. Sowohl der Sport als auch die Gesellschaft sind Gegenstand von politischen und gesellschaftlichen Veränderungen. Deshalb haben die Bedeutung und die Beziehung der Begriffe angesichts der jeweiligen aktuellen gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Bedingungen immer nur einen exemplarischen Stellenwert (vgl. Digel, 1995, S. 13). Gesellschaften obliegen einem Entwicklungsprozess, der in modernen Gesellschaften durch eine *zunehmende Differenzierung* gekennzeichnet und gleichzeitig das Merkmal moderner Gesellschaften ist (vgl. Cachay & Thiel, 2000, S. 29; sowie Kapitel 2.1.1).

Der Prozess zunehmender Differenzierung wird durch den Übergang von einer unbestimmten Homogenität zu einer relativ bestimmten Heterogenität bestimmt (vgl. Cachay & Thiel, 2000, S. 29). So ist die niedrigste Stufe der Gesellschaft nach Cachay und Thiel (2000) durch eine homogene Sammlung von Individuen mit gleichen Kräften und Funktionen gekennzeichnet. Diese entwickelt sich mit zunehmender Differenzierung hin zu einer immer heterogener werdenden Gesellschaft. Die zentralen Mechanismen gesellschaftlicher Entwicklung sind folglich die Differenzierung und Integration. Ihre Ausprägung ist das entscheidende Merkmal für den Entwicklungsgrad einer Gesellschaft. Es gib verschiedene Differenzierungsformen, die

jeweils verschiedene Gesellschaftstypen bilden (vgl. Cachay & Thiel, 2000, S. 29–31).¹⁵⁰

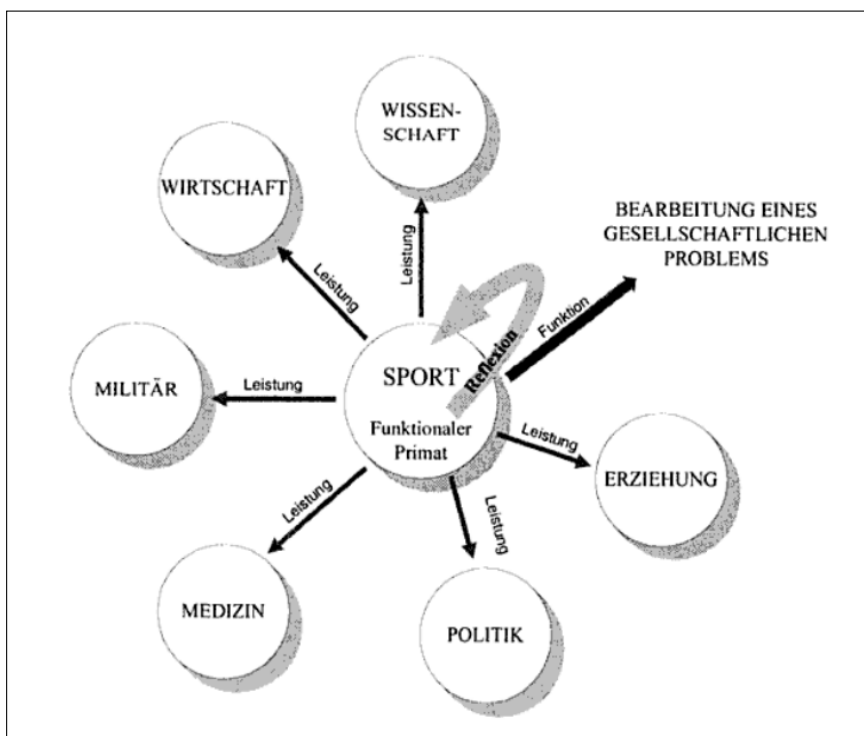


Abbildung 19: Referenzen des Sportsystems (vgl. Cachay & Thiel, 2000, S. 44).

Cachay und Thiel (2000) beschreiben des Weiteren neben der Entstehung *gesellschaftlicher Teilsysteme* auch ihre *Funktionalität* in der Gesellschaft und ihre Beziehung zu anderen Systemen. Demnach leiten gesellschaftliche Teilsysteme ihre Identität aus ihren spezifischen Funktionen ab. Ebenso werden Reflektionsprozesse in Gang gesetzt. Die Beziehung eines Teilsystems zu anderen Teilsystemen wird durch die Systemreferenzen *Funktion* und *Leistung* beschrieben. Die fortschreitende Spezi-

¹⁵⁰ Cachay und Thiel (2000) führen dazu näher aus, dass ein Wechsel von verschiedenen Differenzierungsformen mit zunehmender Komplexität einhergeht. Diese wird durch das mögliche Verhältnis zwischen der Anzahl der Elemente in einem System und der ihrer Beschränkungen durch die jeweilige Struktur ausgedrückt. Denn jede Realisierung von Möglichkeiten bildet eine Struktur, die das dann noch Mögliche limitiert und in ein mögliches Verhältnis zur Größe des Systems bringt (vgl. Cachay & Thiel, 2000, S. 31).

alisierung der Funktionen verstärkt die gegenseitige Abhängigkeit der Teilsysteme (vgl. Cachay & Thiel, 2000, S. 42).¹⁵¹

Die spezifische Funktion eines Teilsystems setzt voraus, dass es ein Bezugsproblem ausgewählt hat, auf dessen Lösung sich das System in Abgrenzung zu anderen spezialisiert. Das funktionale Primat eines Bezugsproblems trägt gleichzeitig auch wesentlich zur Entstehung und Stabilisierung eines Systems bei, um sich durch Reflexionsprozesse beim gesellschaftlichen Wandel immer wieder durchsetzen zu können (vgl. Cachay & Thiel, 2000, S. 40).

Digel, Burk und Fahrner (2005) nennen als Beispiele für ausdifferenzierte Funktionsbereiche

„die Wirtschaft, die zur Bedürfnisbefriedigung im Sinne zukunftsstabilisierender Vorsorge Waren produziert und ihren Absatz auf Märkten organisiert, oder die Familie, welche für die Erziehung der Nachfolgenerationen zuständig ist“ (Digel, et al., 2005, S. 231).

Mit der Entstehung einer funktional differenzierten Gesellschaft hat sich, wie bereits angedeutet wurde, das Sportsystem als ein eigenständiges *Funktionssystem* ausdifferenziert (Digel & Burk, 2001, S. 16). Das soziale System des Sports umfasst wie auch andere Teilsysteme eigenständige soziale Werte, Normen und Regeln, die zusammengenommen eine soziale Struktur des Systems bilden. Sie geben dem Sport eine eindeutige Identität und Autonomie. Als ein Teil der Gesellschaft steht der Sport immer in Beziehungen zu anderen gesellschaftlichen Bereichen, die durch nicht klar zu definierende Abhängigkeiten gekennzeichnet sind. Deshalb ist die Autonomie¹⁵² des Sports auch nicht als Unabhängigkeit gegenüber anderen Teilsystemen zu verstehen.

¹⁵¹ Ferner ist die notwendige Inklusion ein Merkmal ausdifferenzierter Teilsysteme, die unter ihren systemspezifischen Funktionen die Gesamtbevölkerung einzubeziehen haben und sich als gesellschaftlich relevant behaupten müssen (vgl. Cachay & Thiel, 2000, S. 37).

¹⁵² „Autonomie eines Systems heißt nicht Isolierung von der Umwelt, sondern bezeichnet den Grad an Freiheit, den das System erwirbt, um seine Beziehung mit der Umwelt nach Maßgabe systeminterner Regeln zu regeln“ (Cachay & Thiel, 2000, S. 41).

Zwar unterscheidet sich der Sport von seiner sozialen Umwelt, doch steht er zu dieser auch in einer spezifischen Beziehung. Der Sport profitiert von anderen sozialen Teilsystemen und stiftet ebenso auch Nutzen für diese (vgl. Digel, 1995, S. 16). Heinemann (2007) führt dazu aus, dass vollzogene Diversifikations-Prozesse in der Gesellschaft aufgrund dieser wechselseitigen Abhängigkeiten auch die Wertestruktur im Sport verändern (vgl. Heinemann, 2007, S. 303). Das Sportsystem hat die Funktion, allgemeine Muster für körper- und bewegungsbezogene Bedürfnisse der Gesellschaft bereitzustellen (vgl. Digel, et al., 2005, S. 231).

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Menschen kurzweilig, aktiv oder passiv zu unterhalten – Unterhaltungsfunktion 2. Den Menschen interessante Erfahrungen und Erkenntnisse, Spaß und Freude zu vermitteln – emotionale Funktion 3. Die Menschen leiblich zu bilden und zu erziehen – Erziehungsfunktion 4. Den Menschen einen Weg in die Gesellschaft ermöglichen – Sozialisationsfunktion 5. Die Menschen gesund zu erhalten, zu deren Wohlbefinden einen positiven Beitrag leisten – biologische Funktion bzw. Gesundheitsfunktion 6. Den Menschen in ihren sozialen Problemen zu helfen, diese eventuell zu mindern und zu lösen (Kriminalität, Alter, Drogenkonsum, Arbeitslosigkeit) – sozialpolitische Funktion 7. Den Menschen Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft zu ermöglichen („communitarism“) – sozial-integrative Funktion 8. Nationen und Gesellschaften zu repräsentieren („nation building“) – außenpolitische Funktion 9. Einen Beitrag zur Wehrtüchtigung leisten – militärische Funktion 10. Den Menschen Lebenssinn zu stiften (sinnvolle Freizeitgestaltung, Erhöhung der Lebensqualität) zur Individualität des Menschen einen Weg eröffnen (positive Selbsteinschätzung, Selbstwertgefühl) – Identitätsfunktion 11. Menschen ihren Lebensunterhalt zu sichern – berufliche Funktion 12. Sport als Instrument des sozialen Aufstiegs – Mobilitätsfunktion 13. Vehikel für Promotion, Sponsoring und Werbung zu sein – Marketingfunktion 14. Waren und Güter für den Markt zu erzeugen – ökonomische Funktion |
|--|

Abbildung 20: Funktionen des Sports (Digel, 2004, S. 3–4).

Wegen der immer mehr an den Sport herangetragenen Funktionen steigert der Sport seine Funktionalität. Die entsprechenden Funktionen werden in Abbildung 20 vorgestellt (vgl. Digel, 2004, S. 3). Die gestiegene Funktionalität führt zu den bereits ange deuteten Belastungs- oder auch Überlastungstendenzen im Sport (vgl. Kapitel 4.1.2). Auch innerhalb des Sportsystems lässt sich eine weitere Differenzierung erkennen, die zu der obenbeschriebenen Vielfalt des Sportverständnisses führt (vgl. Kapitel 4.1.1; Heinemann, 2007, S. 303).

Ursprünglich gab es dabei die Unterscheidung in den Spitzensport auf der einen Seite und den Freizeit- und Breitensport auf der anderen Seite. Die Differenzierung des Sports umfasst eine Vielzahl von verschiedenen Untergliederungen und wird nach Digel et al. (2005) im Prozess der funktionalen Differenzierung dargestellt. Es kann von einer Versportlichung der Gesellschaft gesprochen werden (vgl. Digel, et al., 2005, S. 231).

Tabelle 23: Die Versportlichung der Gesellschaft – ein Prozess funktionaler Differenzierung (vgl. Digel & Burk, 2001, 22).

Strukturen des Sportsystem	Schwache Differenzierung	Fortgesetzte Differenzierung
Anbieter	Wenige (staatliche, gemeinnützige)	Viele (staatliche, private, kommerzielle)
Angebote	Wenig Sportarten	Viele Spiele, Sportarten, -aktivitäten, Bewegungsmuster
Personen	Junge Menschen, Ehrenamtliche	Alle Menschen
Raum	Urbane Sportstätten	Land, Wasser, Luft
Zeit	Abends, Wochenende	Zu jeder Zeit
Finanzen	Eigenleistungen	Variable Finanzen
Motive	Leistung, Wetteifer	Viele verschiedene Motive
Institutionen/Organisationen	Verein, Schule	Viele verschiedene Institutionen

Die *Ausdifferenzierung des Sportsystems* erfolgt in verschiedenen Strukturbereichen des Systems. Auf der Seite der Anbieter verändert sich der Markt von einem Monopol zu einem Polypol, das durch neue Anbieter aus dem privaten und kommerziellen Sektor gewachsen ist. Gleichzeitig ist die Anzahl der Verbandsangebote von ehemals 21 auf 55 Spitzensportverbände gestiegen. Des Weiteren werden in der Stadt- und Raumplanung mehr als 240 Sportaktivitäten, -arten und Bewegungsmuster unterschieden (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 18). Ebenfalls hat sich neben den traditionellen Sportarten eine Vielzahl an Formen wie Yoga, Entspannungsformen und Walken entwickelt, die auch zum Sport gezählt werden (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 16). Im Sport entstehen Teilsysteme, die nicht als geschlossenes System betrachtet werden können (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 20)

Auf Seite der sporttreibenden Menschen weisen Digel und Burk (2001) in ihrem Prozessmodell der funktionalen Ausdifferenzierung darauf hin, dass nun nicht mehr nur junge Männer die Teilnehmer sind, sondern Frauen für das Wachstum des Sportsystems sorgen (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 18; sowie Tabelle 23).

Auch nach Heinemanns (1990) Ausführungen hat sich der zunächst auf junge Männer beschränkte, selektive Zugang zum Sport aufgelöst. Vielmehr ist es gelungen, nahezu alle Gruppen der Gesellschaft zu erreichen und ein fester Bestandteil der Kultur geworden zu sein. Zugleich hat sich die Teilnehmerstruktur aufgrund eines gewandelten Sportinteresses geändert und ist durch eine inhomogene und unstrukturierte Motivationslage gekennzeichnet (vgl. Heinemann, 1990, S. 319). Entsprechend hat sich der Sport zu einem Massenphänomen für Frauen und Männern entwickelt (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 16).

Darüber hinaus weisen Digel und Burk (2001) auf die Funktionen hin, die an den Sport zunehmend herangetragen werden. So wurde der Sport auch auf Problemlagen der Gesellschaft angewendet, die dadurch mehr oder weniger erfolgreich gelöst werden konnten, jedoch ganz neue Zielgruppen in diese integriert haben (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 18). Hierzu führen Schmidt und Hurrelmann (2000) Beispiele an, in denen Sport in der außerschulischen Jugendarbeit zur Prävention von Alkohol und Drogen in Kooperation mit den größten Deutschen Sportverbänden eingesetzt wird. Jugendliche können dabei in freizeitorientierten Angeboten außerhalb ihrer gewohnten Möglichkeiten Erfahrungen sammeln.

Die Autoren unterstreichen angesichts der in den letzten Jahren gestiegenen Anzahl der Initiativen von außerschulischen Sportangeboten, die häufig in Kooperation mit der BZgA durchgeführt werden, dass „der Zugang über den Sport inzwischen [...] immer breiter genutzt“ wird (Schmidt & Hurrelmann, 2000, S. 277). Digel und Burk (2001) weisen des Weiteren auf den zunehmenden Variantenreichtum des Sports in der Luft, im Wasser und am Boden hin, weil Sport nicht mehr nur in Turnhallen oder auf Freiluftplätzen betrieben wird (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 16).

Neben der Pluralität der Räume haben sich Sportangebote auch in ihrer zeitlichen Disposition ausdifferenziert. Ebenso sind die Finanzierungsmodelle des Sports vari-

abler und die Motive vielfältiger geworden. Verschiedenartige Institutionen und Organisation prägen das komplexe System des Sports (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 18).

Die Komplexität des Sports lässt sich nach Digel und Burk (2001) sowie Heinemann (2007) anschaulich anhand der grundlegenden *Modelle des Sports* darstellen. Diese drücken die Ausdifferenzierung und Vielfalt des Sportverständnisses aus und spiegeln die typischen Variations- und Ausprägungsformen von Sport wider (vgl. Heinemann, 2007, S. 56). Mittels dieser Modelle werden die differenzierten Funktionen des Sports aus dem zugrundeliegenden Sportverständnis verdeutlicht, um letztendlich die Plausibilität des Sports im entwicklungstheoretischen Kontext aufzeigen zu können.

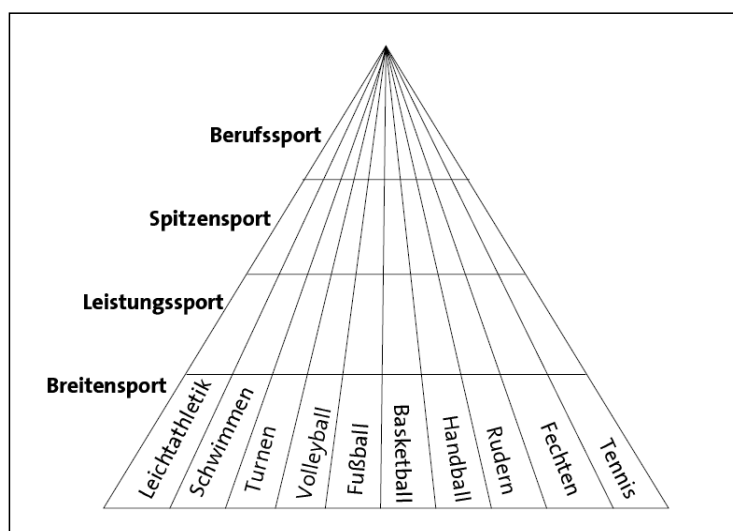


Abbildung 21: Pyramidenmodell (Digel & Burk, 2001, S. 19).

Das klassische Modell des Sports wird im *Pyramidenmodell* von Digel (2001) abgebildet. Es erfasst das Sportverständnis in den 1950er und 1960er Jahren. Die Leistung weist sich damit als die wesentliche Unterscheidungsgrundlage aus (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 19). Heinemann (2007) bezeichnet das Pyramidenmodell als das klassische Modell des englischen Sports, das ein traditionelles Sportverständnis verfolgt (vgl. Heinemann, 2007, S. 57). Das Modell geht auf die zweckfreie Freizeitbeschäftigung zu Beginn des 19. Jahrhunderts in England zurück.

Die Sportausübung wird dabei in verschiedene Leistungsniveaus gegliedert, die den Breiten-, Leistungs- und Hochleistungssport umfassen. Der Breitensport nimmt die Basis und der Hochleistungssport die Spitze ein. Auf diese Weise kann der Sport

einheitlich abgebildet werden (vgl. Heinemann, 2007, S. 57). Weil das Pyramidenmodell als Folge der funktionalen Ausdifferenzierung des Sports und die damit verbundene Optionsvielfalt mit wachsenden Handlungsalternativen überholt ist, haben Digel und Burk (2001) ein weiteres Modell entwickelt. Das dabei entstandene Säulenmodell vermag die komplexe Sportlandschaft abzubilden (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 19).

Zunächst wird jedoch ein Modell nach Heinemann (2007) vorgestellt, das ebenfalls die Ausdifferenzierung des Sports abbildet, um dieses dem Modell von Digel und Burk (2001) gegenüberstellen zu können. Denn wie Heinemann (2007) feststellt, ist die Ausdifferenzierung des Sports selber ein Phänomen geworden, das es soziologisch zu untersuchen gilt. Der Autor schlägt dazu konstitutive Merkmale vor, die dann in verschiedenen Modellen des Sports auf ihr Vorkommen zu prüfen sind. Denn Sport ist nach Heinemann (2007) ein „soziales Konstrukt [, das erst durch] situationspezifische Rezeption und Bedürfniszuweisung durch die Handelnden [zu einem] Bedeutungsfeld [mit verschiedenen] konstitutiven Elementen wird, in dem eine Aktivität als Sport bezeichnet wird“ (Heinemann, 2007, S. 56). Je nach Gewichtung dieser Merkmale, die Sport als diesen identifizieren lassen, werden unterschiedliche Modelle des Sports typisiert.

Tabelle 24: Ausdifferenzierung verschiedener Sportmodelle (vgl. Heinemann, 2007, S. 57).

Verschiedene Sportmodelle	Konstitutive Elemente			
	Körperliche Bewegung	Leistungsprinzip	Sportartentypisches Regelwerk	unproduktiv
Traditioneller Wettkampfsport	gegeben	gegeben	gegeben	gegeben
Professioneller Sport	gegeben	gegeben	gegeben	nicht gegeben
Expressives Sportmodell	gegeben	bedingt gegeben	nicht gegeben	gegeben
Funktionalistisches Sportmodell	gegeben	bedingt gegeben	nicht gegeben	nicht gegeben
Traditionelle Spielkultur	gegeben	bedingt gegeben	bedingt gegeben	gegeben

Nach Heinemann (2007) gibt es fünf verschiedene Sportmodelle, in denen sich die konstitutiven Elemente unterschiedlich ausdifferenzieren (vgl. Heinemann, 2007, S. 57). Die konstitutiven Elemente sind, wie in Tabelle 24 vorgestellt, die körperliche Bewegung, das Leistungsprinzip, der Wettkampf, das sportartenspezifische Regel-

werk und die Unproduktivität. Letztere hat Relevanz, weil der Sport an sich keinen Wert hätte, wenn Handlungen im Sport auf ein produktschaffendes Ziel ausgerichtet sind. Den Sportmodellen nach Heinemann (2007) liegt ein *Sportverständnis* zu Grunde, dass durch Zielorientierung, Leistungsstreben und ein eindeutiges sportartenspezifisches Regelwerk charakterisiert ist. Es werden dadurch das Ziel, die Mittel, der Raum, die Zeit und die Fertigungsregeln festgelegt. Diese umfassen die Kenntnisse, Fähigkeiten und Techniken, die zur Ausübung des Sports zu beherrschen sind. Des Weiteren ist der Sport durch eine spezifische Wertestruktur geprägt, die auf Fairplay, Kooperation, Teamgeist und das Anerkennen von Normen und Regeln beruht (vgl. Heinemann, 2007, S. 57).

Tabelle 25: Beispiele für innere Widersprüchlichkeiten im Sport (eigene Darstellung nach Heinemann, 1990, S. 15).

Ausprägungsform einerseits	Ausprägungsform andererseits
Wunsch nach Individualität, Selbstbestimmung (Bedingungen, Zeitpunkt und Form)	Organisierte Sportangebote mit Anleitung
Nicht regelgebundene und wettkampforientierte Sport- und Bewegungsformen (Erholung, Ruhe und Entspannung)	Wettkampfsportarten im Breitensport (Marathon, Fitnesstraining)
Trendsport- und Bewegungsformen (interkulturelle Formen, Selbsterfahrung, -darstellung)	Traditionelle Sportarten (Tennis, Segeln, Golf)

Der Sport scheint für Heinemann (1990) im Idealfall auch ein Bereich zu sein, in dem Merkmale sozialer Ungleichheit, die ethnische Herkunft, der Bildungsstand, die Nationalität und Schichtenzugehörigkeit keine Bedeutung finden. Vielmehr kann sich der Einzelne ausschließlich aufgrund seiner individuellen Fähigkeiten messen. So wird dem Sport die Sozialisierungsfunktion zugeschrieben (Heinemann, 1990, S. 12). Dieses Sportverständnis legt nahe, dass Merkmale sozialer Ungleichheit im Sport keine Bedeutung finden (vgl. Heinemann, 1990, S. 7).¹⁵³

¹⁵³ Darüber hinaus weist Heinemann auch darauf hin, dass die konstitutiven Elemente auch das klassische Sportmodell nach Digel (2001) aufgreifen und darin enthalten sind. Denn Sport wird in seinem Modell auf verschiedenen Leistungsniveaus mit bestimmten Leistungszielen verbunden, die in regelgebundenen Sportarten in einer sportlichen Konkurrenz zu erreichen sind (Heinemann, 1990, S. 12).

Allerdings weist Heinemann (2007) darauf hin, dass die Modelle teilweise in Konkurrenz zueinander stehen beziehungsweise sogar Widersprüchlichkeiten aufweisen (vgl. Tabelle 25). Die Unübersichtlichkeit und Widersprüchlichkeit kann als das Spezifische der Sportkultur aufgefasst werden. Die Modelle unterscheiden und widersprechen sich in ihren Motiven des Sporttreibens. Zugleich werden auch unterschiedliche Organisationsformen oder Erscheinungsbilder des Sports typisch für einzelne Modelle. Beispielsweise zieht die Ausdifferenzierung des Sports Folgen für Vereine nach sich, da sie verschiedenen Modellen gerecht werden müssen, um ihren Zuspruch nicht einzubüßen (vgl. Heinemann, 1990, S. 13).

Organisierter Wettkampfsport	Sport ohne organisierten Wettbewerb	Instrumenteller Sport		
Wettkampf	Spaß	Soziale Dienstleistung	Alternativsport	Berufssport
Spannung	Freude	Erziehungsinstrument	Subkultur	Kommerz
„Amateur“	Mitmachen	Rehabilitationsinstrument	Körperkultur	Medien
Vereinsmitgliedschaft	Selbstwert	Präventionsinstrument	Entspannung	Wettkampf
	Offene Organisation		Offene Organisation	Arbeitsvertrag

Abbildung 22: Säulenmodell des Sport als Folge funktionaler Ausdifferenzierung (eigene Darstellung nach Digel & Burk, 2001, S.20)

Digel (2001) entwickelte ebenfalls das traditionelle Sportkonzept weiter und berücksichtigte dabei mehr den Wandel der Werte in der Gesellschaft, in der Freizeit und im Sport, der sich in modernen Industriegesellschaften und damit verbunden auch im Sport vollzogen hat. Das traditionelle Bild des Sports besitzt keine Gültigkeit mehr und ist durch die modernen gesellschaftlichen Grundlagen ersetzt worden. „Das ‚frisch, fromm, fröhlich, frei‘ eines Turnvater Jahns ist in der Versportlichung unserer Gesellschaft von den vier P abgelöst worden: ‚Product, Price, Placement, Promotion‘“ (Digel & Burk, 2001, S. 20).

So baut das Säulenmodell von Digel und Burk (2001) auf der Theorie des Prozesses der funktionalen Ausdifferenzierung des Sports und der Entstehung von Teilsystemen im System des Sports auf und unterscheidet in fünf verschiedene Sportmodelle. Das traditionelle Pyramidenmodell hat damit seine Gültigkeit verloren (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 20). Der im Modell aufgegriffene Wertewandel der nachindustriellen Gesellschaft ist durch den Verlust der Pflicht- und Akzeptanzwerte gekennzeichnet. Dafür sind Werte wie Leistung, soziale Kompetenzen, zunehmende Individualisierung und die Hinwendung zum praktischen Hedonismus in den Vordergrund gerückt (vgl. Digel, 1986, 25).

Digel (1986) verortet die Ursachen dieses Wertewandels primär im Prozess der funktionalen Differenzierung (vgl. Digel, 1986, S. 20). Dabei scheint sich eine größere Pluralität der Werte zu entfalten, da für einige Gruppen der Gesellschaft weiterhin auch traditionelle Wertorientierungen bedeutsam sein können oder es zu einer „Mischung von Werten“ kommt (Digel, 1986, S. 20). Vom Wertewandel der Gesellschaft ist ebenso das gesellschaftliche Teilsystem des Sports betroffen.¹⁵⁴ Wenngleich von einer retardierten Entwicklung des Sportsystems ausgegangen werden kann. Vor allem der Leistungssport hielt im Gegensatz zu anderen postmaterialistisch orientierten Teilsystemen länger an traditionellen materialistischen Wertorientierung fest. Im Streben nach besseren Sportstätten, neuen Technologien und Fortschritt in der Trainingswissenschaft zählten zunächst weiterhin die traditionellen Werte (vgl. Digel, 1986, 36–37).

Digel (1986) erklärt den Wertewandel auf die Weise, dass sich die zeitlichen Dimensionen und damit die Priorität von Arbeit und Freizeit verschoben haben. Die Arbeits-

¹⁵⁴ Die nachindustrielle Gesellschaft bringt Probleme wie das Hunger- Energie- und Ökologieproblem mit sich, die das Verhältnis der Menschen zur Natur, zu ihrer Arbeit und zu ihrer Freizeit, aber auch zum Glauben, zu ihrer Familie und zu ihren Mitmenschen verändert hat. Damit haben sich auch die Werte der Gesellschaft gewandelt. So scheinen die Werte der protestantischen Leistungsethik, wie sie von Max Weber beschrieben wurden, die Arbeitswelt nur noch bedingt zu regulieren (vgl. Digel, 1986, S. 14). Es hat sich ein Werteverlust, eine Wertsubstitution und eine Entwertung von beispielsweise Glaubenswerten vollzogen. Leistungsethische Werte werden durch Werte der Persönlichkeitsentfaltung ersetzt (vgl. Digel, 1986, S. 16).

welt hat ihre beherrschende Stellung gegenüber anderen Lebensbereichen wie Freizeit, Familie und Bildung verloren (vgl. Digel, 1986, S. 16). Die Freizeit ist nicht mehr ein Gegenstück zu den pflichtethischen Werten der Arbeitswelt und die Zeit zur Wiederherstellung der Arbeitskraft. Vielmehr sind die Anerkennung und Selbstverwirklichung wichtig geworden (vgl. Digel, 1986, S. 34). Dabei hat die bewegungsaktive Erholung als eine Variante des freizeitkulturellen Lebensstils an Bedeutung gewonnen.

Es ist auch im Sport eine Hinwendung zu hedonistischen Verhaltensweisen zu erkennen. Sie drückt sich in der Zunahme der aktiven Mitglieder in bestimmten Sportarten aus.¹⁵⁵ Zugleich vermischen sich die ursprünglichen Werte des Sportsystems. War es in erster Linie durch Training und Wettkampf¹⁵⁶ bestimmt, kommen nun neue Wertorientierungen des Lebensbereichs der Freizeit hinzu. Sie umfassen kommunikative Bedürfnisse und Aktivitäten, das Ausleben von Körperlichkeit und ein zunehmendes Reisebedürfnis (vgl. Digel, 1986, S. 32–35). Der Prozess der Wertdifferenzierung geht mit einem Verlust der einheitlichen Sinnstruktur und Wertorientierung des Sports einher und führt zur Entwicklung eigenständiger Sportmodelle (siehe hierzu die Modelle in Abbildung 21, Abbildung 22 und Tabelle 24; sowie Digel, 1986, S. 38). Die einzelnen Sportmodelle nach Digel (2001) weisen wie auch bei Heinemann (2007) jeweils isolierte Ansprüche sowie eigene Wertstrukturen auf, wobei die Wertänderungen unterschiedliche Intensitäten aufweisen (Digel, 1986, S. 34–38).

Ferner akzentuiert Digel (1986) in seinen Forschungen zum Wertewandel der Gesellschaft die postmaterialistisch orientierten Werte. Sie wurden aufgrund verschiedener sozialer Problemlagen von bestimmten Gruppen in das Sportsystem einge-

¹⁵⁵ Sportarten wie Fußball, Handball, Leichtathletik, Rudern und Tischtennis nehmen zugunsten von Sportaktivitäten wie Judosport, Golf, Saunen, Skihochtouren, Skilanglauf und Windsurfen ab (vgl. Digel, 1986, S. 36).

¹⁵⁶ Sport hat dadurch in seiner gesamtgesellschaftlichen Bedeutung seine Eindeutigkeit verloren und seine „traditionelle Symbolkraft eingebüßt“. Dies zeigt sich auch im Leistungssport, in dem bedeutende Siege beispielsweise in den 1980er Jahren im Tennis Symbolkraft für menschliche Leistung in der Gesellschaft hatten und eine Erfolgsgeschichte verkörperten. Die Verdienstmöglichkeiten stiegen dabei ins Inflationäre und zeigten die verlorengegangenen Maßstäbe für menschliche Leistung (Digel, 1986, S. 35).

bracht und begünstigten seine Ausdifferenzierung. Der Sport fungierte nach Rittner (1984) als „Integrationsfaktor erster Ordnung“ für zunehmende gesundheitliche Probleme und eine problembehaftete Körperlichkeit (Rittner, 1984, S. 45–46, zitiert nach Digel, 1986, S. 38). Der Sport wurde darüber hinaus sozialpolitisch auf alle Problemlagen der Gesellschaft bezogen, die nicht in das traditionelle Sportmodell passen, sondern seine Differenziertheit ausdrücken.¹⁵⁷ Zitiert nach Digel (1996) bedeutet das, „je mehr Menschen nach Sport verlangen, desto mehr wird das Sportsystem funktional ausdifferenziert und neigt zu Teilsystementwicklung“ (Digel, 1986, S. 38).

Digel (1986) hat das Modell des Sports mit fünf eigenständigen Teilsystemen bereits im Jahr 1986 veröffentlicht (vgl. Digel 1986, S. 39). Beim Vergleich der Sportmodelle von Digel der Jahre 1986 und 2001 wird die fortschreitende Ausdifferenzierung innerhalb des Sports deutlich, die sich im Modell des instrumentellen Sports zeigt (vgl. Digel 1986, S. 39; Digel, 2001, S. 20). Der Sport als Präventionsinstrument wurde offenbar erst im Jahr 2001 aufgenommen. Folglich ist es erst in den 1990er Jahren aufgrund weiterer Ausdifferenzierungsprozesse zu einer Loslösung der präventiven Funktion von allgemeinen Gesundheitsmotiven des Sports gekommen. Im traditionellen Sportverständnis waren Sport und Gesundheit als übliche Verknüpfung noch an den traditionellen, wettkampforientierten Vereinssport gekoppelt (vgl. Digel, 1986, S. 38).

Digel (2001) vergleicht den Wertewandel im Sport mit dem in der Arbeitswelt. Dabei kommt er zu dem Ergebnis, dass sich im Allgemeinen die Abwertung des pflichtethischen Handelns, die im Säulenmodell nach Digel (2001) erfasst wird, ähnlich wie der Wertewandel in der Arbeitswelt vollzieht. Allerdings findet die wertorientierte Sicht des Sports in Grundsatzserklärungen oder Leitlinien des Sports ihren Ausdruck und vollzieht sich damit auf einer abstrakteren Ebene. In ähnlicher Weise drückt der Freizeit- und Alternativsport die hedonistischen Werte aus, die für die Freizeit prägend geworden sind (vgl. Digel, 1986, S. 39). Heutzutage treten insbesondere der Sport

¹⁵⁷ Die aufsteigende Nachfrage nach der Anwendung des Sports als Lösung für immer komplexer werdende sozialpolitische Probleme drückt sich in Differenzierungen des Sportsystems zum Beispiel im Alterssport oder Sport für Migranten aus (vgl. Digel, 1986, S. 38).

ohne organisierten Wettbewerb, der instrumentelle Sport und der Berufssport in Erscheinung und erfahren Aufmerksamkeit in den Medien (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 20).

Im Vergleich des Säulenmodells nach Digel (2001) mit den Sportmodellen nach Heinemann (2007) ist der organisierte Sport beziehungsweise traditionelle Wettkampfsport in beiden Konzepten als eigenständiges Modell zu finden. Ebenfalls wird der professionelle Showsport vergleichbar mit dem Berufssport jeweils als Sportmodell einbezogen. Der Sport ohne organisierten Wettbewerb nach Digel (2001) weist weiterhin konstruktivistische Elemente des expressiven Sportmodells auf. Zugleich sind Ähnlichkeiten zwischen dem funktionalistischen Sportmodell und dem instrumentellen Sport festzustellen. Hingegen beziehen Heinemann (2007) die Spielkulturen und Digel (2001) den Alternativsport mit ein (vgl. Tabelle 24; sowie Abbildung 22). Für die vorliegende Arbeit ist die Differenzierung des Sports nach dem Säulenmodell von Digel (2001) am aussagekräftigsten. Dies begründet sich darin, dass die im Säulenmodell erfassten Teilsysteme des Sports den instrumentellen Sport berücksichtigen, in dem Sport als Präventionsinstrument ausdifferenziert wird.

Wenngleich auch das Modell des funktionalistischen Sports von Heinemann (2007) Varianten des Sports zur Förderung der Gesundheit, Sport in Prävention oder Therapie einbezieht, wird die Funktion der Prävention von Digel (2001) im instrumentellen Sports stärker betont und Sport als Baustein dabei herausgestellt. Dennoch wäre es zu kurzfristig aufgefasst, das Modell des instrumentellen Sports als Definition des Sports in der vorliegenden Fragestellung der Arbeit festzulegen. Zumal eine Definition des Sports nicht Zielsetzung dieser Arbeit ist und auch keine begriffliche Differenzierung des Sports vorgenommen werden soll. Deshalb werden fortan unter dem Sportbegriff alle vielfältigen Sport-, Spiel- und Bewegungsformen verstanden. Das Modell nach Digel (2001) bietet vielmehr die grundlegende theoretische Fundierung des Sports.

4.1.3 Sport als Teilsystem moderner Gesellschaften

Die Definitionsbemühungen des Sports zeigen, dass Sport immer im Kontext der Gesellschaft zu sehen ist und eine Wechselseitigkeit zwischen Sport und Gesellschaft besteht. Digel (1995) kennzeichnet die Verbindungen des Sports mit der Gesell-

schaft, die im Folgenden skizziert werden. Die Ausführungen geben einen Einblick in die Bedeutung des Sports in modernen Gesellschaften. Zu diesem Zweck werden zunächst die Merkmale moderner Gesellschaften gekennzeichnet. Sie stellen die theoretische Grundlage dar, um den Nutzen des Sports für entwicklungspolitische Ziele wie der HIV/AIDS-Begegnung einordnen zu können. In der Annahme, dass die Millenniumsziele (vgl. Kapitel 2.1.4) zur Entwicklung von Entwicklungsländern in Richtung moderner Gesellschaften verabschiedet wurden, ist der Beitrag des Sports in einem modernisierungstheoretischen Konzept darzustellen (vgl. Kapitel 2.1.1).

Die Gesellschaft kann mit einem Bereich umschrieben werden, der zwischen dem Staat und dem Individuum liegt, in dem verschiedene, unabhängige Akteure interagieren. Dadurch entsteht ein verhältnismäßig selbstständiges und vollkommenes gesellschaftliches System. Es basiert auf kulturellen sowie sozialen Strukturen, die das Individuum davon befreien, alle Probleme alleine lösen zu müssen (vgl. hierzu auch 4.1.2). Die Arbeitskraft und die Bedeutung der Produktion sind die wichtigsten Elemente des Systems. Ihr Zwischenspiel ist konstitutiv für die soziale Struktur und die sozialen Bedingungen der Produktion.

Die Gesellschaft ist quasi der Rahmen verschiedener Subsysteme, die sich in Wirtschaft, Arbeit, Politik, Massenmedien, Religion und Erziehung differenzieren können (vgl. Digel, 1995, S. 16). Wie in Kapitel 2.1.1 dargestellt, differenzieren sich „moderne Gesellschaften [...] zur Bewältigung ihrer Komplexität [in] funktionale Teilbereiche aus, die sich auf die Bearbeitung systemrelevanter Probleme spezialisieren“ (Digel, Burk & Fahrner, 2005, S. 231). Aus modernisierungstheoretischer Perspektive hat Digel (1995) sechs kennzeichnende Merkmale für moderne Gesellschaften herausgearbeitet (vgl. Digel, 1995, S. 123–124).

- i. Die grundlegenden Merkmale einer modernen Gesellschaft sind eine wettbewerbsfähige Demokratie, die Marktwirtschaft, der Massenkonsum und die Idee eines Wohlfahrtsstaates.
- ii. Determinanten der Modernität einer Gesellschaft sind Rationalität, Aktivismus, Individualismus und Universalismus. Eine nicht-moderne Gesellschaft dagegen ist durch soziale Immobilität, Verletzung der Menschenrechte und keine aktive Konfliktlösungsstrategie charakterisiert.

- iii. Moderne Gesellschaften sind definiert durch die effiziente Kraft der Gleichheit ziviler Rechte und die Wahrnehmung sowie Lösung von sozialen Konflikten. Die Vielfalt sozialer Interessen und die Möglichkeit zur Bildung von Eliten sind erwünscht.
- iv. Es ist der Zuwachs in Status und sozialer Mobilität durch Wachstum von materiellem Reichtum und Wohlstand wichtig. Die Förderung sozialer Kompetenz und die Wahrnehmung der politischen und sozialen Rechte sind erwünscht und werden gefördert.
- v. Moderne Gesellschaften leben von der Innovationsfähigkeit der Menschen, die individuell und kollektiv handeln und gegen etablierte Interessen kämpfen.
- vi. Moderne Gesellschaften zeigen eine Tendenz zu humanistischer Selbstkritik.

Wie bereits Müller (2004) die Merkmale moderner Gesellschaften nach Digel (1995) zusammenfasste, ist die Mobilität eine der wesentlichen Eigenschaften von Modernität. Sie ist als Qualitätsmerkmal für die Anpassungsfähigkeit sozialer Systeme als grundlegend für materiellen Reichtum und Wohlstand zu sehen. Dazu gehört neben der geographischen und zeitlichen die soziale Mobilität. Sie kann durch die Förderung sozialer Kompetenzen erreicht werden. Dabei wird die Bedeutung des Individuums zunehmend in den Vordergrund gestellt (vgl. Müller, 2004, S. 25). So führt Digel (1995) aus, dass eine moderne Gesellschaft aus mobilen Individuen besteht, die ihre Teilnahmerechte an der Gemeinschaft wahrnehmen (Digel, 1995, S. 124).

Ebenso schlussfolgert der Autor, dass Gesellschaften, die sich durch fortschrittliche Merkmale kennzeichnen, erfolgreicher, anpassungsfähiger und damit auch moderner als solche sind, die diese Kennzeichen nicht aufweisen. Auch kann das Modell in Übertragung auf die Entwicklungsländer ein geeigneter Schwerpunkt für die Politik sein (siehe hierzu Modernisierungstheorien in Kapitel 2.1.1).

Es steht für die Fähigkeit der Gesellschaft, die Entwicklung mittels der sozialen Mobilität und Innovationsfähigkeit mit eigenen Impulsen voranzutreiben. Digel (1995) bezeichnet diesen Prozess als „reinvention“ und „initiatives of self-invention“ (Digel, 1995, S. 124). Wie bereits in Kapitel 2.1.1 ausgeführt, kann der Sport ein Teil moderner Gesellschaften sein und eine wichtige Katalysatorfunktion in modernisierungstheoretischen Konzepten von Entwicklungsprozessen unterentwickelter Gesellschaf-

ten einnehmen (vgl. Kapitel 2.1.1; sowie Digel, 1995, S. 124). Allerdings gilt es die spezifischen Potentiale des Sports in der Modernisierung von Gesellschaften noch näher zu beleuchten (vgl. Kapitel 4.2.5).

4.1.4 Abhängigkeitsverhältnis von Sport und Gesellschaft

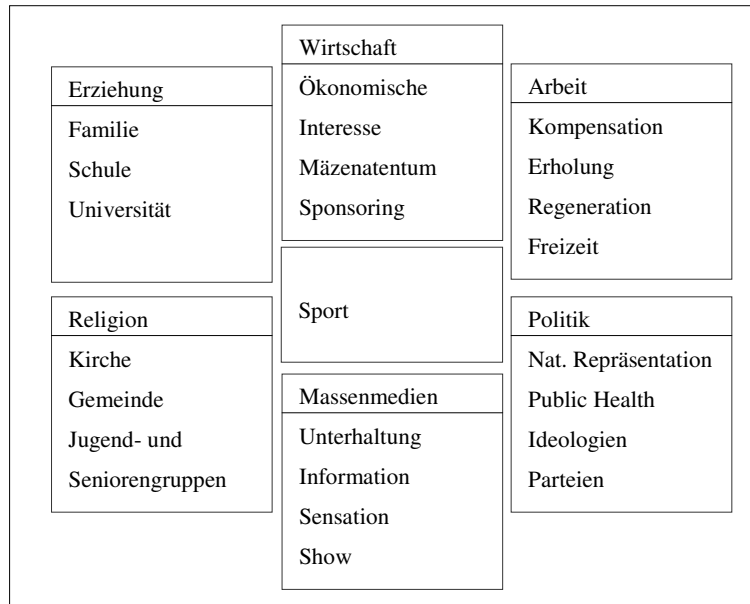


Abbildung 23: Sport und ausgewählte Systeme der Gesellschaft (in Anlehnung an Digel, 1995, S. 15).

Nach Digel (1995) wurde der Sport lange Zeit als eine eher private Angelegenheit, Bewegungsform ohne Ziel und unabhängig der Einflüsse gesellschaftlich relevanter Gruppen betrachtet. Diese Idee ist auch heutzutage noch verbreitet, wenn Topathleten ihre eigene Leistung als individuellen Erfolg ansehen, den sie unabhängig von der sozialen Umwelt erreicht haben. Allerdings betont Digel (1995), dass die Vorstellungen der Unabhängigkeit überholt sind und der Sport als Teilsystem der Gesellschaft in vielfältigen Beziehungen zu anderen Teilsystemen wie Wirtschaft und Arbeit steht (vgl. Abbildung 23; sowie Digel, 1995, S. 16).

Der moderne Sport war weder in seinen Anfängen im 18. Jahrhundert in der englischen Gesellschaft noch in seiner folgenden Entwicklung frei von politischen Zusammenhängen und ist es auch heute in seiner weltweiten Verbreitung nicht (vgl. Digel, 1989, 23). Die Art und Qualität der Abhängigkeiten von Sport und Gesellschaft wird von Digel (1995) mittels *zweier Modelle* interpretiert (vgl. Digel, 1995, S. 16).

Das erste Modell sieht den Sport als Ausdruck einer eigenständigen Entwicklung und als sozial erwünscht an. Digel (1995) spricht dabei von der „*Relativität des Sports*“ (Digel, 1995, S. 130). Das bedeutet gemäß den Ausführungen von Müller (2004), dass der Sport durch komplexe und unbewusste strukturelle Verflechtungen mit der jeweiligen Kultur einer Gesellschaft verbunden ist (Müller, 2004, S. 35; Digel, 1995, S. 130). Digel (1995) beschreibt anhand der Entwicklung des Sports die Ursachen der sozialen Erwünschtheit des Sports und warum er ein ideales Modell verkörpert, um Verhaltensmuster einer modernen und leistungsorientierten Gesellschaft zu erlernen. Dies führt der Autor auf die Entwicklung des Sports zurück, die bereits vor der Industriellen Revolution in England begonnen hat.¹⁵⁸

Die typischen Formen des modernen Sports haben sich jedoch erst innerhalb der kapitalistischen industriellen Gesellschaften und parallel zum Rückgang der handwerklichen Produktion ausgebreitet (vgl. Digel, 1995, S. 17).¹⁵⁹ Der Sport ist ein Ausdrucksmittel für die Prozesse, die mit den Begriffen Kommerzialisierung und Globalisierung erfasst werden, weil er ihre Ideale verkörpert (vgl. Digel, 2002, S. 1). Das Prinzip der Leistung wurde immer stärker in allen Lebensbereichen betont. Daher ist es kein Zufall, dass der Sport durch Prinzipien wie Gleichheit, Leistung und Regeln geprägt wird. Vor allem in der Erziehung und im Sportunterricht ist der Sport eine wünschenswerte Institution, Kinder und Jugendliche in die Ziele und Werte der Gesellschaft wie Fair Play, Leistung und Regeln einzuführen. Ebenfalls bietet der Sport einen Ausgleich für vorwiegend bewegungsarme Arbeitssituationen moderner Gesellschaften. In der Freizeit ist der Sport ein Möglichkeitsraum für Abenteuer, Spannung, Erfolgserlebnisse (vgl. Digel, 1995, S. 17).

¹⁵⁸ Die Entwicklung des Sports war das Ergebnis von wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Veränderungen, die zu den beschriebenen Ausdifferenzierungsprozessen führten und diese weiter vorantrieben (vgl. Kapitel 4.1.2; sowie Digel, 1995, S. 17).

¹⁵⁹ Der englische Sport war auf das Engste mit dem Wetten verknüpft und hatte somit einen Warencharakter, da sportliche Leistungen gegen Geld eingetauscht wurden. So war der Sport anfangs auch eine Angelegenheit des Adels und erreichte danach anderer gesellschaftlicher Gruppen. Der moderne Sport ging einher mit der Verbreitung der Kommunikationsmittel, dem Bau von Straßen, der Einführung der Eisenbahn sowie weiteren Entwicklungen der Industrialisierung (vgl. Digel, 2002, S. 1).

Im zweiten Modell begründet Digel (1995) die Abhängigkeit des Sports und der Gesellschaft aus einer Perspektive, die den Sport als Institution zur Vertretung kapitalistischer Interessen sieht und als *Begründung für soziale Ungerechtigkeit* auslegt. Das Erfolgsstreben kann nur von erfolgreichen und leistungsorientierten Menschen erfüllt werden, die ihren kapitalistischen Nutzen damit maximieren können. Der Sport repräsentiert die Ideologie einer erfolgreichen, leistungsorientierten Gesellschaft, hingegen werden Menschen mit Behinderung und Senioren eher ausgegrenzt. Im Schulsport wird demnach der physische Wettbewerb gefördert, um auf die Anforderungen der Arbeitswelt vorzubereiten. Der Sport wird dabei aber nicht als erholsame Freizeitgestaltung begriffen. Im Zuschauer- und Hochleistungssport werden Athleten zu Wirtschaftsgrößen und der Sport als ein Wirtschaftsunternehmen verstanden. Der Freizeitsport dient in oder außerhalb der Vereine der Regeneration der Arbeitskraft. Diese dienen wiederum als Übungsraum für parlamentarische und demokratische Verhaltensmuster. Der institutionelle Sport hilft dabei, bestehende Machtverhältnisse zu festigen (vgl. Digel, 1995, S. 17–18).

Beide Ansätze zeigen, dass die Beziehung zwischen Sport und Gesellschaft ganz unterschiedlich dargestellt und die Realität eben nur in einem begrenzten Maße abgebildet werden kann. Ebenfalls weist Digel (1995) darauf hin, dass die dargestellten unterschiedlichen Funktionen keiner wissenschaftlichen Prüfung obliegen und dabei die internen und externen Strukturen des Sports zu berücksichtigen wären. Denn der Sport kann abhängig von externen Einflussfaktoren und sozialen Strukturen in verschiedenen Gesellschaften in unterschiedlichen Formen auftreten. Hierfür führt der Autor das Beispiel der Ausprägung von typischen Frauen- und Männersportarten an, die von spezifischen sozialen Strukturen determiniert werden (vgl. Digel, 1995, S. 19; sowie Kapitel 5.1).

Ferner kann sich einer weiteren, andersartigen Perspektive der Abhängigkeit des Sports in der Gesellschaft bedient werden. Die *Zivilisationstheorie* verortet die Verbindung des Sports mit der Gesellschaft im Prozess der Zivilisation.¹⁶⁰ Sie zielt zwar

¹⁶⁰ Vaz (2004) setzte sich auf Basis dieser zivilisationstheoretischen Sicht mit der kritischen Sporttheorie der Frankfurter Schule und der von Elias und Dunning der ‚Neuen Linken‘ auseinander und untersuchte, welche Rolle dem Sport im Zivilisationsprozess zukommt (Vaz, 2004, S. 88).

auch eher auf die soziale Erwünschtheit des Sports als Kompensationsfunktion für die Routinen der industriellen Gesellschaft, verortet jedoch die Entstehung des Sports in den biologischen und soziologischen Aspekten des Menschen (Vaz, 2004, S. 95). So ruft der auf die „Monopolisierung und Zentralisierung der Abgaben und der körperlichen Gewalt“ abzielende Zivilisationsprozess eine Veränderung des menschlichen Verhaltens hervor. Dabei verlagert sich der gesellschaftliche Zwang immer mehr zu einem individuellen Selbstzwang (Vaz, 2004, S. 74).

Dies zeigt sich daran, dass die „menschlichen Verrichtungen hinter die Kulisse des gesellschaftlichen“ verlegt und mit Schamgefühl belegt werden (Vaz, 2004, S. 74). Affekte und Triebe werden immer mehr durch die Selbstkontrolle geregelt. Als Voraussetzung für den Zivilisationsprozess wird die Körperbeherrschung beziehungsweise auch Naturbeherrschung gesehen, um „Affekte und Emotionen zu äußern, ohne die Gesellschaftsdynamik selbst in Gefahr zu bringen“ (Vaz, 2004, S. 92). Diese Rolle kommt dabei dem Sport zu, weil er den menschlichen Ausdruck und die Gewalt regeln kann. Sport und Industrialisierung haben sich aus dieser Perspektive nicht zufällig entfaltet, sondern sind interdependente Teilentwicklungen einer umfassenden Veränderung der Staatsgesellschaft. Bedeutsam ist immer die zunehmende gesellschaftliche Regulierung der Gewalt (vgl. Vaz, 2004, S. 93–94).¹⁶¹

Im Sport können Affekte und Emotionen geäußert werden, die in der Gesellschaft verboten sind (Vaz, 2004, S. 95). Digel (1995) hat ebenfalls die Effekte des Sports zur Kompensation und Regeneration untersucht und ist dabei zu dem Ergebnis ge-

¹⁶¹ Diese Annahme lässt sich am Beispiel des Einflusses der Gewalt in der Antike und der zunehmenden gesellschaftlichen Regulierung verdeutlichen. Die Spiele und Wettkämpfe der griechischen Antike wiesen einen geringeren Grad von Gewalt auf, als es in der damaligen griechischen Gesellschaft üblich war. Verglichen mit den heutigen Standards ließen sie jedoch ein hohes Gewaltpotential zu (vgl. Vaz, 2004, S. 94). Das detailliert ausdifferenzierte Regelwerk des modernen Sports wird im Gegensatz zu den informell veränderbaren Regeln des griechischen Sports in der Antike als „Merkmal einer festen und unpersönlichen Monopolisierung der physischen Gewalt in modernen Nationalstaaten angesehen“ (Vaz, 2004, S. 94). Um die Unterschiede in der Zivilisierung der Wettkampfsportarten zu verstehen, müssen sie mit dem allgemeinen Standard der sozial zulässigen Gewalt, der Organisation der Gewaltkontrolle sowie mit dem Gewaltbewusstsein in der jeweiligen Gesellschaft in Beziehung gesetzt werden (vgl. Vaz, 2004, S. 94).

kommen, dass Menschen diese Effekte des Sports nur nutzen können, wenn die Bedingungen der Produktion eine Trennung von Arbeit und Freizeit zulassen. Das bedeutet, dass nur geregelte Arbeitszeiten genügend Raum für Regeneration und Freizeit ermöglichen. Diese Bedingungen existieren in Entwicklungsländern vorwiegend nur in Metropolen. Aufgrund notwendiger finanzieller Ressourcen für Sportausübung können somit nur privilegierte Schichten die Kompensationsfunktion des Sports nutzen (vgl. Digel, 1995, S. 147–150).

Neben der skizzierten Art und Qualität der Abhängigkeit von Sport und Gesellschaft lässt sich dieses Verhältnis auch mit der *Kolonialismusthese* von Digel (2008) veranschaulichen. Diese verweist auf die Instrumentalisierungen, die sich im Sport und durch den Sport vollziehen (vgl. Digel, 2008, S. 62). Da diese zur Erklärung der Funktionszuschreibungen und Verdeutlichung der Instrumentalisierungen des Sports in der entwicklungspolitischen Diskussion bedeutsam sind, werden sie mittels der Kolonialismusthese im Folgenden kurz skizziert. Zum einen ist der Sport ökonomischen Zielen, machtpolitischen Bestrebungen ausgesetzt und durch eine umfassende Kommerzialisierung geprägt. Denn auch in der Umwelt des Sports wird nach neuen Ressourcen in fremden Gebieten des Sports gesucht. Weil der Sport mit Ansehen und Prestige assoziiert wird, können durch ihn Machtbestrebungen befriedigt werden. Zugleich kann er aufgrund seiner Organisationsstruktur auf die Gesellschaft einwirken, ohne dass es dafür eine Gegenleistung gibt. Die Machtausübungen des Sports sind im nationalen und internationalen Sport zu erkennen¹⁶² (vgl. Digel, 2008, S. 62).

Der Sport kann als Konstrukt eines „magisches Dreiecks“ aus Wirtschaft, Politik und Massenmedien verstanden werden, die auf den Sport einwirken (Digel, 2008, S. 62). Die Kolonialmächte sind dabei die Vertreter der gesellschaftlichen Teilbereiche, die über die Macht verfügen. Der Sport ist in seinem Abhängigkeitsverhältnis zu anderen Teilsystemen verschiedenen Instrumentalisierungen ausgesetzt. Denn die universelle Bedeutung des Sports ruft unterschiedliche Interessen hervor. So ziehen Sponsoren,

¹⁶² Digel (2008) führt dazu an, dass die Machtausübungstendenz im Hinblick auf den zerstörerischen Einfluss des olympischen Sports auf die traditionellen Kulturen auch kritisch betrachtet werden (vgl. Digel, 2008, S. 62).

Medien, Politik, Bildung und sporttreibende Menschen ihren Nutzen aus dem Sport und beeinflussen diesen ebenso. Zum Beispiel nutzt die Politik den Sport, um sich bei internationalen Wettkämpfen zu präsentieren, die nationale Leistungsfähigkeit zu demonstrieren und das Image der nationalen Streitkräfte zu pflegen. Ebenso wird der Sport von der Politik als sozial integratives Medium sowie als Instrument für die Gesundheitspolitik eingesetzt (vgl. Digel, 2008, S. 62).

Zum anderen nutzt der Sport selber seine Macht, um politische und ökonomische Interessen durchzusetzen und Gesellschaften bis in den Alltag hinein zu bestimmen (vgl. Digel, 2008, S. 62). Dabei wird der Sport nicht kolonialisiert, sondern nimmt selber die Rolle einer Kolonialmacht ein. Die Macht des Sports zeigt sich in den Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Gesellschaft, die insbesondere bei internationalen Sportorganisationen wie dem IOC (International Olympic Committee), der FIFA oder der IAAF deutlich wird. Ihre Entscheidungen reichen bis in das Alltagsgeschehen hinein. Beispielsweise hat die IAAF die Lizenzierungsmacht über die Sportgeräte, so dass Veränderungen von Regeln oder Vorgaben Konsequenzen weit hinein in den Schulsport haben. Vordergründig werden dabei die bedeutsamen Werte der Gesellschaften in Industrienationen wie Fair Play¹⁶³ und Solidarität vorgetäuscht. In der Realität werden diese jedoch von machtpolitischen und ökonomischen Interessen verdrängt. Die Definitionsmacht wird auch bei der Fußballweltmeisterschaft deutlich, die mehr als vier Wochen eines Jahres die Aufmerksamkeit der gesamten Weltöffentlichkeit beansprucht. Wenige Sportarten scheinen diesen Einfluss und die Dominanz zu haben. Zumal die Gewöhnung an die Dominanz der FIFA auch eine wachsende Nachfrage hervorruft, wie es in den letzten Jahren im Fußball zu sehen ist. Mit der negativen Konsequenz, dass dieser andere Sportarten verdrängt.

¹⁶³ Fair Play sind die grundlegenden Werte des Sports, die die fundamentalen menschlichen Werte fördern und damit vor Gewalt und Fremdenfeindlichkeit schützen. Fair Play bedeutet Respekt vor dem Gegner, Achtung und Befolgung von Regeln, das Einhalten von Fair Play, Abbau von Vorurteilen und Entwicklung des Teamgeists. Sie sind die unverzichtbaren Voraussetzungen für einen reellen Leistungsvergleich, setzen ein einzuhaltendes Regelwerk voraus, sorgen für Gleichberechtigung und sollen bewirken, dass die Gegnerschaft auf den Sport beschränkt bleibt (vgl. BMI, 2005, #Die zentrale Bedeutung des Fair Play).

Die Legitimationsargumente dieser Entwicklungen stützen sich darauf, dass vorgestellte Sachverhalte ein Spiegelbild der Gesellschaft sind und der Sport diese Widersprüchlichkeiten nur abbildet (vgl. Digel, 2008, S. 64 f.). Zusammenfassend kann der Sport einerseits durch Abhängigkeitsverhältnisse infolge von Profit- und Machtstreben charakterisiert werden. Andererseits nutzt er seine Macht, um politische und ökonomische Interessen durchzusetzen und Gesellschaften bis in den Alltag hinein zu bestimmen. Die zwei Richtungen der Abhängigkeitsverhältnisse zeigen die politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Bedeutsamkeit und die damit verbundenen Machtansprüche im Sport auf.

4.2 Potentiale des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit

Nachdem der moderne Sport als ausdifferenziertes Teilsystem moderner Gesellschaften dargestellt wurde, wird dieser im folgenden Abschnitt im entwicklungstheoretischen Kontext beschrieben. Zu diesem Zweck wird zunächst die entwicklungspolitische Bedeutung des Sports anhand historischer Meilensteine und bedeutsamer Deklarationen in der Entwicklungszusammenarbeit dargestellt. Dabei werden wesentliche Legitimationsargumente des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit nachgezeichnet. Allerdings beziehen sich diese vorrangig auf den Beitrag des Sports zur Erreichung allgemeiner entwicklungspolitischer Ziele, wohingegen der Fokus dieser Arbeit auf das Millenniums-Entwicklungsziel der HIV/AIDS-Bekämpfung liegt. Entsprechend wird die entwicklungspolitische Legitimation des Sports auch mittels der Meilensteine des Sports zur HIV/AIDS-Bekämpfung herangezogen. Des Weiteren werden die entwicklungspolitischen Legitimationsbemühungen anhand von sportwissenschaftlichen Argumentationsmodellen zum Beitrag des Sports im Modernisierungsprozess verdeutlicht (vgl. hierzu auch die theoretischen Grundlagen zu Modernisierungstheorien in Kapitel 2.1.1 sowie Sport als Teilsystem moderner Gesellschaften 4.1). Anschließend werden die Potentiale des Sports im Entwicklungsprozess und die sich daraus ableitenden Funktionszuschreibungen an den Sport diskutiert (vgl. Kapitel 4.2 und 4.3).

4.2.1 Begriffliche Bestimmungen

Die begriffliche Bestimmung des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit führt zunächst zu der Erkenntnis, dass der verwendete Begriff des Sports bereits eine Er-

findung der Moderne ist. Der Ursprung des Worts *Sport* ist in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in England zu finden. Dort wurde er anfänglich als Synonym für Fußball verwendet. Später wurde er aber als Sammelbegriff für die verschiedenen damals ausgeübten Sportarten wie Pferderennen, Ringen, Boxen, Tennis oder Leichtathletik gebraucht (vgl. Müller, 2004, S. 35). Aus „semantischer Sicht“ stellt sich die Problematik der Verbindung von Sport und Entwicklungszusammenarbeit insbesondere in der Verbindung der Begriffe und ihren damit einhergehenden Assoziationen (Digel, 1989, S. 149).

Sport wird mit buntgefüllten Fußballstadien, moderner Sportbekleidung sowie aufwendigem Material für Golfen, Tennis, Skifahren und Surfen verbunden. Im Gegensatz dazu ruft Entwicklungszusammenarbeit Bilder von Elend, Armut, Hunger, Dürre und Katastrophen aufgrund der klimatischen Veränderungen hervor (vgl. Digel, 1989, S. 149). An dieser Stelle wird jedoch nicht weiter auf diese gegensätzlich erscheinenden Bedeutungen und die damit verbundene entwicklungstheoretische Diskussion eingegangen. Sondern es ist für die vorliegende Arbeit eine Begriffsbestimmung vorzunehmen, die für die Einordnung der entwicklungspolitischen Bedeutung des Sports in die Entwicklungszusammenarbeit bedeutsam ist.

Weil der Bereich Entwicklungszusammenarbeit und Sport nach Groll und Hillbring (2011) kein klar zu definierendes Handlungsfeld ist, schlagen die Autoren eine einheitliche Terminologie vor. Sie soll ihrer Meinung nach auch die vielfältigen Umschreibungen wie Sport in der Dritten Welt, Sportentwicklungshilfe, Sportförderung für Länder der Dritten Welt, Entwicklungszusammenarbeit im Sport oder sportliche Entwicklungszusammenarbeit ablösen. Sie sprechen sich daher für den Begriff der „sportbezogenen Entwicklungszusammenarbeit“ aus, die zwei Stoßrichtungen beinhaltet (Groll & Hillbring, 2011, S. 13). Er ist auch das deutsche Adäquat zu dem von Levermore und Beacom (2009) geprägten Oberbegriff „Sport and International Development“ (Levermore & Beacom, 2009). So unterscheiden die Autoren einerseits in die *Entwicklung des Sports* und andererseits die *Entwicklung durch Sport*. Bei der Entwicklung des Sports wird die Sportförderung als Bestandteil und Ziel der Entwicklungszusammenarbeit betrachtet.

Bei der Entwicklung durch Sport wird der Sport als Instrument eingesetzt, um weitere soziale, politische oder ökonomische Ziele in der Entwicklungszusammenarbeit zu

erreichen. Ebenfalls werden diese zwei Stoßrichtungen unter anderem von der DEZA (2005) mit den Begriffen *Sport plus* und *Plus Sport* bezeichnet, die auch für *Sport plus Development* und *Development plus Sport* stehen (vgl. Groll & Hillbring, 2011, S. 14; DEZA, 2005, S. 19). Coalter (2009) präzisiert diese Definition, in der Sport entweder entwicklungspolitische Verbesserungen als Nebeneffekt der Entwicklung des zumeist Leistungssports oder als Instrument unter vielen in der allgemeinen Entwicklungszusammenarbeit bestimmte Ziele verfolgt (vgl. Coalter, 2009, S. 58).

First, sport plus programmes, give primacy to the development of sustainable sports organizations, programmes and development pathways. However, even within such organizations, sport is also used to address a number of broader social issues. [...] Second, plus sport programmes give primacy to social and health programmes where sport is used, especially its [sic!] ability to bring together a large number of young people, to achieve some of their objectives. Short term outcomes (e. g. HIV/AIDS education and, much more ambitiously, behaviour change) are more important than the longer-term sustainable development of sport (Coalter, 2009, S. 58, zitiert nach Groll & Hillbring, 2011, S. 14).

Anzumerken ist, dass auf die in dieser Definition dargestellten Funktionszuschreibungen an den Sport angesichts des hier vordergründigen Interesses an der definitiven Bestimmung an dieser Stelle nicht weiter eingegangen wird. Diese sind vielmehr Bestandteil der weiteren Arbeit und werden im Verlauf der Arbeit ausführlich behandelt (vgl. Kapitel 4.3 und Kapitel 5.3). Wenngleich auch darauf hinzuweisen ist, dass die von Coalter (2009) formulierte Definition bereits auf die Programme und ihre Effektivität abzielt (vgl. Groll & Hillbring, 2011, S. 15).

Die dargestellten Begriffsbestimmungen sind zur Erklärung der zwei Möglichkeiten der Einordnung des Sports in den entwicklungspolitischen Kontext bedeutsam. Sie verdeutlichen, dass es zum einen den Sport als Sportförderung gibt, die als Bestandteil der Entwicklungszusammenarbeit ein eigenständiges Ziel darstellt. Zum anderen wird dabei erklärt, dass der Sport auch als Instrument für weitere entwicklungspolitische Ziele eingesetzt wird, die auch außerhalb des Sports liegen können. Diese Variante ist für die vorliegende Arbeit relevant, da der Sport in seiner Funktion in der HIV/AIDS-Prävention analysiert werden soll.

Demzufolge wird auch von der eingangs erklärten, eher übergeordneten Begriffsbestimmung nach Groll und Hillbring (2011) abgesehen, weil sie für die differenzierte Untersuchung der Funktionszuschreibungen an den Sport im entwicklungstheoreti-

schen Kontext als unpräzise erscheint. Zudem umfasst diese Begriffsbestimmung auch die weitere Stoßrichtung der Sportförderung als Bestandteil der Entwicklungszusammenarbeit, so dass sie für die vorliegende Arbeit nicht in Frage kommt. Wenngleich sie den aktuellen Stand der Wissenschaft zu repräsentieren scheint. Vielmehr wird der Sport nachfolgend entsprechend möglichst präzise im jeweiligen Kontext beschrieben und zugeordnet.

Ebenso ist zu erläutern, dass der Begriff der Sportentwicklungshilfe nicht mit Entwicklungshilfe in einem inhaltlichen Zusammenhang stehen sollte, da er impliziert, dass er sich entsprechend der Entwicklungshilfe auf die ökonomische und gesamtgesellschaftliche Entwicklung eines sich entwickelnden Landes bezieht. Der Sport kann jedoch keinesfalls in diesem Sinne die gesamtgesellschaftlichen Prozesse positiv beeinflussen. Der Begriff Sportförderung deutet hingegen lediglich auf die Entwicklung des Sports hin und ist mit einem geringeren Anspruch belastet. In diesem Zusammenhang weist Digel (1995) jedoch auch auf das Missverständnis hin, dass der Begriff der Sportförderung in sich tragen könnte, denn der Sport ist keineswegs problemlos und in den gleichen Strukturen exportierbar (Digel, 1985, S. 256).

4.2.2 Entwicklungspolitische Bedeutung des Sports auf internationaler Ebene

Die Historie der Legitimationsversuche des Sports für die Entwicklungszusammenarbeit lässt sich im Wesentlichen in zwei Phasen gliedern (in Anlehnung an Rockenfeller, 2008, S. 24):

- a) Die erste Phase wird von Deklarationen, internationalen Abkommen und Entscheidungen bestimmt.
- b) Die zweite Phase kennzeichnet das Bestreben der praktischen Umsetzung. Der Sport wird als ein konkretes Instrument für die Entwicklung angesehen und soll entsprechend eingebunden werden.

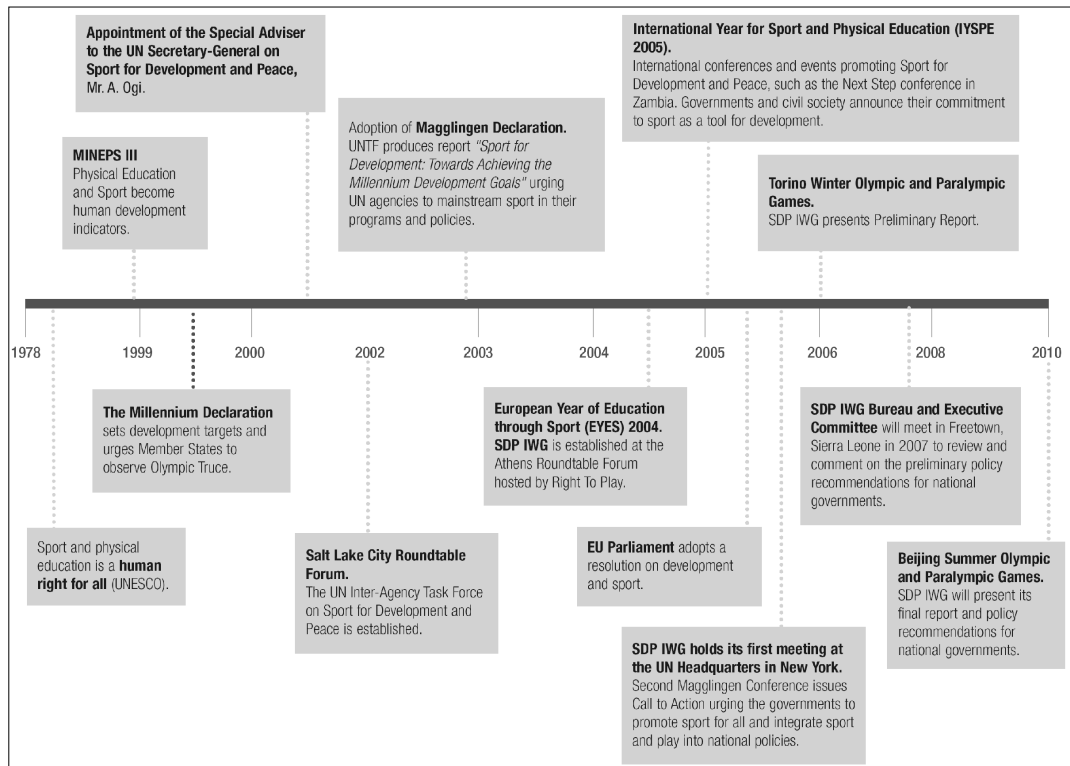


Abbildung 24: Internationale Meilensteine zur Anerkennung des Sports als Instrument für Entwicklung und Frieden (modifiziert nach UN, 2005b, S. 397).

Nach Artikel 1, Absatz 1.1 der Charta hat jeder Mensch das grundsätzliche Recht auf Leibeserziehung und Sport, die wichtig für eine ganzheitliche Entwicklung seiner Persönlichkeit sind. So heißt es weiter: „The freedom to develop physical, intellectual and moral powers through physical education and sport must be guaranteed both within the educational system and in other aspects of social life” (UNESCO, 2007, #Article 1. The practice of physical education and sport is a fundamental right for all).

Bis zu der erwähnten Funktionszuweisung an den Sport als Grundbedürfnis im Erziehungssystem haben die Vereinten Nationen den Sport nicht als einen im Mittelpunkt stehenden Ansatz gedacht. Daher wurde der Zugang zu körperlicher Aktivität und Sport bis zum Jahr 1978 nicht als Grundrecht eines Menschen angesehen, sondern erst ab diesem Zeitpunkt als wesentliche Voraussetzungen für die wirksame Ausübung der Menschenrechte in der UN-Charta verkündet. Ebenfalls wurde dabei auf die praktische Umsetzung dieser Forderung hingewiesen (vgl. UNESO, 2007, #Preamble).

Im darauffolgenden Jahr wurde das Internationale Jahr des Kindes ausgerufen, um den Bedürfnissen der Kinder weltweit mehr Beachtung zu geben und die Ausarbeitung der Kinderrechtskonvention zu beginnen (vgl. UN, 1979, S. 154). Die dann zehn Jahre später verabschiedete *Convention on the Rights of the Child* legte das Recht des Kindes auf Ruhe und Freizeit sowie auf Spiel und altersgemäße aktive Erholung fest (UN, 2010, # Article 31). Der Sport wurde dabei von den Vereinten Nationen als eine offenbare Möglichkeit angesehen, die Rechte eines jeden Kindes auch durchzusetzen. Ebenso betonte die Konvention die Notwendigkeit der Aufnahme kultureller Werte und Bedürfnisse der Entwicklungsländer, um eine universelle Bestätigung zu finden (vgl. UN, 2010, #Preamble). Wie auch der Abbildung 24 zu entnehmen ist, können internationale Konferenzen und Deklarationen als Indikatoren für den entwicklungspolitischen Diskussionsstand gelten, weil sie versuchen, politische Impulse zu geben. Der Sport wird in politischen Aussagen als Instrument zur Erreichung von Entwicklungszielen genutzt und seine Potentiale in entsprechenden Deklarationen präsentiert.

Im europäischen Raum kann die Schweizer Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) vorgestellt werden, die immer wieder auf die Potentiale des Sports zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele hinweist. Die DEZA hat dementsprechend eine Broschüre mit dem Titel *Sport für Entwicklung und Frieden* herausgebracht, in der verschiedene Projekte des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit sowie theoretische Funktionszuschreibungen vorgestellt werden (vgl. DEZA, 2005).

Die DEZA bemängelt darin auch, dass den politischen Absichtserklärungen bis zur Jahrtausendwende in der praktischen Umsetzung zunächst wenig nachgekommen wurde (vgl. DEZA, 2005). Ebenfalls wurde in der Schweiz im Jahr 2003 die bedeutende *Maglingen-Konferenz* im gleichnamigen Ort abgehalten. Die damit verbundene *Maglingen-Deklaration* (vgl. Abbildung 24) war nach den Aussagen der Vereinten Nationen ein bedeutender Meilenstein zur Anerkennung des Sports als Instrument für Entwicklung und Frieden, weil sie die Implementierung des Sports in die UN-

Agenturen zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele verabschiedete (vgl. Schupp, 2003, S. 22–25).¹⁶⁴

Die Vereinten Nationen wiesen in ihrer Resolution im Jahr 2003 darauf hin, dass sie die Herausforderungen des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit zunehmend erkannt haben, und forderten die Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen auf, der entsprechenden Umsetzung nachzukommen. Hiefür beschloss die Generalversammlung der Vereinten Nationen in der Resolution 58/5, den *Sport als Mittel zur Förderung der Bildung, der Gesundheit, der Entwicklung und des Friedens* einzusetzen (vgl. UN, 2003a, #Sport as a means to promote education, health, development and peace).

Die Aufforderung richtete sich an Regierungen, internationale Sportgremien, Organisationen, Institutionen, Verbände, Unternehmen, Entwicklungsorganisationen, Nichtregierungsorganisation und deren zahlreiche Partner (vgl. UN, 2005a). Sie sollten strategische Partnerschaften mit den vielfältigen Interessengruppen im Bereich des Sports aufbauen, um Programme und Projekte im Sport als Instrument für Entwicklung und Frieden durchzuführen. Die Intention der Vereinten Nationen war, den Sport als Kommunikationsinstrument und Anlass für Aktivitäten zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele zu nutzen. Unter Mitwirkung vielfältiger Akteure auf internationaler und nationaler Ebene sollte die Zivilgesellschaft zur aktiven Mitwirkung bewegt werden. Ein besonderer Fokus lag dabei auf dem Erziehungs- und Bildungswesen (vgl. UN, 2003a, #1. Invites).

Es wurde angenommen, dass sich die Vereinten Nationen die hohe Verbreitung des Sports zunutze machen wollten. Ebenfalls ist der Sport trotz Doping und anderer Vergehen in der Öffentlichkeit weitgehend mit positiven Werten besetzt und weckt das Interesse vieler Menschen. Botschaften, die anlässlich einer Sportveranstaltung oder im Kontext Olympischer Spiele kommuniziert werden, erreichen eine hohe Anzahl an Menschen beziehungsweise eine große Zielgruppe.

¹⁶⁴ Die Bedeutung der Magglingen-Deklaration wird darüber hinaus bekräftigt, weil auf die bedeutsame Mitwirkung an ihrem Ergebnis durch die Vertreter der Vereinten Nationen (Adolf Ogi, UNO-Sonderkommissar für Sport) und des IOCs (Jacques Rogge, IOC-Weltpräsident) hingewiesen wird.

Zur Umsetzung dieser Aufforderung wurde in der Resolution ebenfalls festgelegt, das Jahr 2005 zum *Internationalen Jahr des Sports und der Leibeserziehung* (International Year of Sport and Education, IYPSE) zu erklären. Es sollte ein weiterer bedeutsamer Meilenstein der Anerkennung des Sports als Mittel zur Förderung der Bildung, der Gesundheit, der Entwicklung und des Friedens sein (vgl. UN, 2005a, #Introduction). Dabei sollte die Idee des *Sports for all* kommuniziert werden (vgl. UN, 2005, #Objectives).

Die Idee der Sport-für-alle-Programme fördert ein Sportverständnis, das nach Heinemann (1980) auch in der Bundesrepublik Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg entwickelt und verbreitet wurde. Es bezieht sich auf eine anzustrebende einheitliche Verfassung, Identität, Wertorientierungen, Ethik sowie auf die Erlebens- und Motivationsgehalte des Sports. Diese Programme sollten jedem die Möglichkeit des Sporttreibens geben, so dass möglichst alle Bevölkerungsgruppen in eine sportliche Betätigung eingebunden werden (vgl. Heinemann, 1980, S. 7).

Ein Blick in die Dokumentationsbroschüre zum IYSPE der Vereinten Nationen vermittelt den Eindruck, dass sich die Ziele der UN hinsichtlich des Sportjahres erfüllt haben. Im *Report on the International Year of Sport and Physical Education 2005, Sport for a better World* wurden zahlreiche Beispiele von Sportprogrammen und -projekten zur Erreichung entwicklungspolitischer Ziele vorgestellt, die insgesamt in 70 Ländern umgesetzt werden sollten. Demzufolge haben Länder aller Kontinente sportbezogene Projekte initiiert und die Ziele des internationalen Jahres des Sports in ihren Fokus gerückt (vgl. UN, 2005b). Ein Beispiel ist das Projekt *Run 4 Youth Development and Health* der Karnataka Athletic Association in Kooperation mit der Regierung und dem Olympischen Komitee von Karnataka in Indien (vgl. UN, 2005b, S. 147). Das Programm richtete sich an junge Menschen, denen durch das Laufen grundlegende Werte und Fähigkeiten wie Selbstvertrauen, Teamgeist, kommunikative Fähigkeiten sowie eine gesunde Lebens- und Ernährungsweise vermittelt wurden (vgl. UN, 2005b, S. 147).

Ferner wurde für den internationalen Austausch über Sportprojekte in der Entwicklungszusammenarbeit die Internetplattform *sportanddev.org* eingerichtet (The International Platform on Sport and Development, 2007, #Steering Board). Es kann davon ausgegangen werden, dass der Erfolg eines solchen Jahres schwierig zu bewerten

ist. Zudem waren in den relevanten UN-Dokumenten auch keine messbaren Indikatoren aufgeführt, durch die eine Auswertung hätte erfolgen könnte. Dementsprechend wird an dieser Stelle nur auf das politische Statement von Kofi Annan, dem damaligen Generalsekretär der UN, hingewiesen, der abermals den universellen Wert des Sports und dessen Beitrag zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele betont hat.

Weiterhin konnte nach seinen Aussagen der Grundstein zur Etablierung des Sports als Instrument zur Erreichung von Entwicklungszielen gelegt werden (vgl. UN, 2005a).¹⁶⁵ Bosmans (2006) weist darauf hin, dass die politischen Absichtserklärungen wichtig sind, die Herausforderung jedoch darin liegt, die Prinzipien in die Praxis im Kontext von HIV/AIDS zu implementieren (vgl. Bosmans, 2006, S. 10).

4.2.3 Entwicklungspolitische Bedeutung des Sports auf nationaler Ebene

Ein Blick in die deutsche Förderung von Sportprojekten zeigt, dass auch in Deutschland anlässlich des IYSPE nationale und internationale Projekte umgesetzt wurden. So fördert das *Bundesministerium des Inneren (BMI)* seit 2005 in Fortsetzung des Internationalen Jahrs des Sports und der Leibeserziehung internationale Sportprojekte und Tagungen. Wie im 12. Sportbericht der Bundesregierung (2010) formuliert wird, verfolgt die Sportförderung im Rahmen der Entwicklungspolitik hierbei das Ziel, den Sport „als Mittel zur Friedens- und Integrationsförderung mit internationalem Bezug oder unter internationaler Beteiligung“ einzusetzen (Deutscher Bundestag, 2010, S. 106). Das BMI unterstützt dabei primär Vorhaben, die der Repräsentation der „Sportnation Deutschland in der Welt“ dienen (Deutscher Bundestag, 2010, S. 106). Demgemäß sollen die Maßnahmen einen eindeutig überregionalen Charakter haben, nicht durch ein Land alleine wahrgenommen werden können und die Auslandsbeziehungen festigen.

Die Schwerpunkte der geförderten Projekte umfassen die Bereiche der Integration von Migranten, der Gleichstellung von Männern und Frauen im Sport, der Integration

¹⁶⁵ In den Berichten zum Jahr des Sports 2005 wird der Sport an verschiedenen Stellen als Katalysator für ökonomisches Wachstum und als kostengünstiger Weg beschrieben, um Gesundheit, Erziehung und Bildung der Menschen in den Projektländern voranzutreiben (vgl. UN, 2005a).

von Menschen mit Behinderung und die Unterstützung des Fair-Play-Gedankens (vgl. Deutscher Bundestag, 2010, S. 106). Allerdings sind die dabei vom BMI geförderten Projekte kein Bestandteil der eigentlichen *Sportförderung*. Diese wurden in Entwicklungsländern von der Bundesrepublik Deutschland seit Anfang der 1960er Jahre zunächst nur im Auftrag des *Auswärtigen Amtes (AA)* und dann seit den 1970er Jahren auch vom *BMZ* durchgeführt (vgl. Digel, 1989, S. 175). Die Bundesregierung nahm dabei eine Unterscheidung zwischen der *internationalen Sportförderung des AA* und der *internationalen Sportpolitik im Rahmen der Entwicklungspolitik des BMZ* vor (Deutscher Bundestag, 2006, S. 21; Deutscher Bundestag, 2006, S. 103). Denn die vom BMZ geförderten Projekte waren ein Bestandteil der allgemeinen Entwicklungszusammenarbeit der deutschen Bundesregierung, die in der Verantwortung des BMZ liegt (Siehe hierzu auch Kapitel 2.1.2).

Jedoch wird im 12. Sportbericht der Bundesregierung (2010) darauf hingewiesen, dass die Sportförderung im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit des BMZ nun nur noch eine untergeordnete Rolle spielt beziehungsweise seit dem Jahr 2004 ausgelaufen ist. Begründet wird diese Veränderung mit einer anderen Schwerpunktsetzung, die sich gemäß dem Sportbericht durch die Notlage vieler Entwicklungsländer und einer entsprechenden Umverteilung der vorhandenen Haushaltsmittel ergibt. Demnach orientiert sich die deutsche Entwicklungszusammenarbeit „vorrangig an der Unterstützung von Maßnahmen zur Armutsbekämpfung, Bildung, gesundheitlichen Basisversorgung und Bekämpfung von HIV/Aids sowie des Umweltschutzes“ (Deutscher Bundestag, 2010, S. 105).

Die Befassung mit der deutschen Sportförderung legt die Legitimationsbemühungen und die Interessenkonflikte verschiedener Bereiche der Entwicklungspolitik offen, wie sie in ähnlicher Weise bereits auf internationaler Ebene skizziert wurden. Insbesondere Digel (1989) hat sich hierzu im Forschungsbericht zum Sport in der Entwicklungszusammenarbeit tiefgehend mit den Strukturen der deutschen Sportförderung auseinandergesetzt (vgl. Digel, 1989). In den Anfängen der Sportentwicklungshilfe schien nach Digels (1989) Ausführungen die Begründung für die Sportentwicklungshilfe-Leistungen im

„Wettlauf zwischen Ost und West um den Einfluss in Ländern der Dritten Welt [zu liegen], für den Sport ein hilfreiches Mittel zu sein schien. Es wurde dabei

die Auffassung vertreten, dass die Entwicklungspolitik der Bundesrepublik Deutschland als Eindämmungspolitik gegen den sich ausbreitenden Kommunismus in der Dritten Welt verstanden werden kann“ (Digel, 1989, S. 175).

Es waren Zielbestimmungen, die in keinen Kriterienkatalogen für bestimmte Sportförderkonzepte auftauchten. Diese anfänglichen Überlegungen bezüglich der Sportentwicklungshilfe beziehungsweise der verdeckten Gebermotive sind auch für die heutige Sportpolitik relevant. Denn die internationale Sportförderung verfolgt im Rahmen der Außenpolitik des Auswärtigen Amtes nicht das Ziel, die Entwicklung einer Gesellschaft oder den Aufbau von Strukturen voranzubringen. Vielmehr steht die Förderung internationaler Sportbeziehungen als Bestandteil der auswärtigen Kulturpolitik auf dem Programm. Die Zielsetzung des Auswärtigen Amtes ist, die Sportförderung als Sympathiewerbung für Deutschland „durch einen tatkräftigen und wirkungsvollen Beitrag zur sportlichen Leistungssteigerung des einzelnen Programmteilnehmers“ umzusetzen (Digel, 1989, S. 199). Dabei treten Fragen nach möglichen Entwicklungsfunktionen und die Evaluation von Sportfördermaßnahmen zunächst in den Hintergrund (vgl. Digel, 1989, S. 178).

Digel (1989) spricht sich gemäß den Grundsätzen der Entwicklungspolitik der Bundesregierung für eine sinnvolle Ergänzung der Außen-, Wirtschafts- und Entwicklungspolitik aus, die als Teil der Gesamt- und insbesondere der Außenpolitik verstanden wird (vgl. Digel, 1989, S. 181). Entsprechend den Analysen der Sportstrukturen hat die „Sportförderung in den Entwicklungsländern kein einheitliches übergeordnetes Thema verschiedener Politiken und Ressortzuständigkeiten, sondern [ist] ein Anwendungsfeld oder auch Instrument der jeweils übergeordneten Politikfelder“ (Digel, 1989, S. 184). Weil diese sich nicht gegenseitig dominieren, ist die Sportförderung als ein Bestandteil der gesamten Entwicklungspolitik zu verstehen. Demnach orientieren sich einzelne Sachgebiete wie der Sport mit ihren spezifischen Aufgaben auch daran, wie sie als nutzenstiftendes Instrument zur Erreichung übergeordneter politischer Ziele auftreten können. Digel (1989) weist darauf hin, dass die Bundesregierung den Sport zwar grundsätzlich als ein einheitliches Ganzes betrachtet. Dennoch weichen die Inhalte und Instrumente des Sports in der Entwicklungshilfe und in der auswärtigen Kulturpolitik wegen ihrer jeweiligen Ziele voneinander ab (vgl. Digel, 1989, S. 184–185).

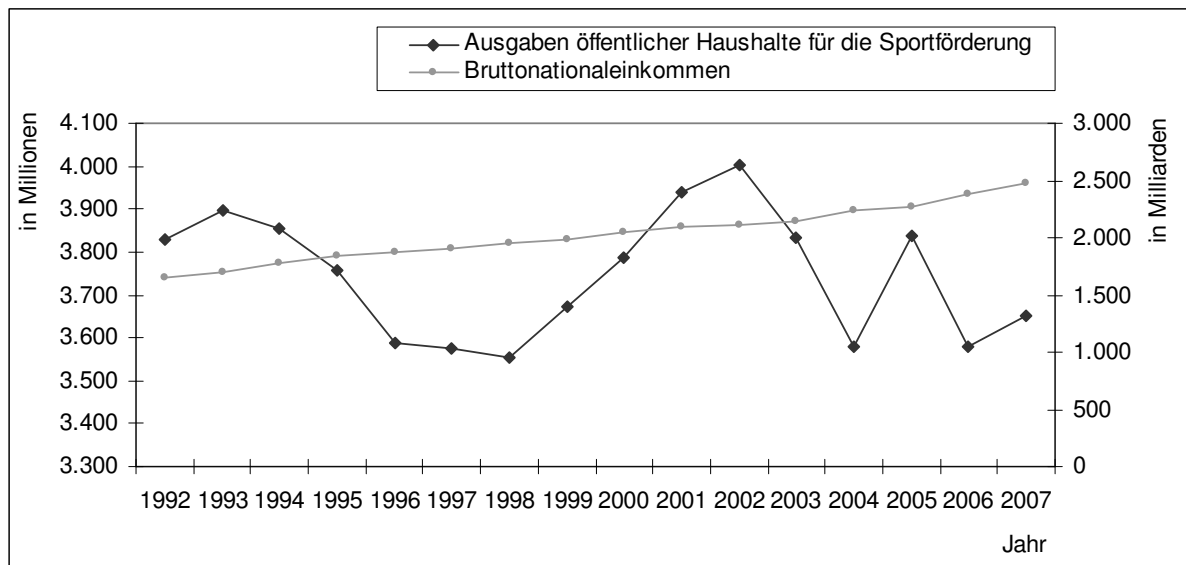


Abbildung 25: Gesamte Ausgaben der öffentlichen Haushalte für die Sportförderung im Vergleich zum Bruttonationaleinkommen in Deutschland in den Jahren von 1992 bis 2007 (eigene Darstellung auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes, 2010; sowie des Statistischen Bundesamtes, 2011).

Die Ausgaben der öffentlichen Haushalte für Sportförderung obliegen in dem hier betrachteten Zeitraum (vgl. Abbildung 25) Schwankungen zwischen ungefähr 4 Milliarden Euro im Jahr 2002 und 3,5 Milliarden Euro im Jahr 2006. Währenddessen ist das Bruttonationaleinkommen kontinuierlich angestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2010). Wenngleich Hinz (2002) behauptet, dass die öffentlichen Ausgaben für die Sportförderung angewachsen sind und somit auch die Bedeutung der Sportförderung zugenommen hat, lässt sich diese Aussage nicht mit den statistischen Werten unterstreichen (vgl. Hinz, 2001, S. 1). Vielmehr scheint die vom BMZ erwähnte Umverteilung der öffentlichen Haushaltsmittel zulasten der Sportförderung zu erfolgen.

Digel (1989) arbeitet heraus, dass die Sportförderung im Rahmen der *Entwicklungspolitik des BMZ* seit Beginn der Förderung die Bildungshilfe für Entwicklungsländer umfasste. Dabei wurde ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, der auch die Leibeserziehung einschloss. Zudem sah das BMZ seine Aufgabe darin, nicht nur die wirtschaftliche, sondern auch die soziale Entwicklung zu fördern, bei der Sport bedeutsam ist (vgl. Digel, 1989, S. 177). Die Sportförderung des BMZ erfolgte mit den Instrumenten der Technischen Zusammenarbeit, wobei aber auch die Finanzielle Zusammenarbeit

eine Rolle spielte (vgl. Digel, 1989, S. 195; sowie Kapitel 2.1.2). Die Maßnahmen sollten dem Aufbau von Strukturen im Bereich des Schulsports und der Sportwissenschaft dienen. Dabei waren sowohl institutionelle Strukturen wie die Ausbildungsstätten für Sportlehrer als auch formale Strukturen wie Lehrpläne oder Gesetze für den Schulsport zu schaffen. Im Vordergrund stand die Einführung oder Verbesserung des Schulsports im Bildungs- und Erziehungswesen. Wegen ihres bedeutsamen Beitrags wurden auch die Bereiche der Sportwissenschaften gefördert (vgl. Digel, 1989, S. 186).

Das BMZ fördert seit dem Jahr 2004 gemäß der nicht mehr vorrangigen Zielsetzung der Sportförderung weiterhin bilaterale Sportprojekte von Nichtregierungsorganisationen. Zum Beispiel wird im 12. Sportbericht der Bundesregierung (2010) das Vorhaben *Youth Development through Football* vorgestellt, das die sozialen und integrativen Elemente des Sports zur Jugendentwicklung und Gewaltprävention nutzt (vgl. Deutscher Bundestag, 2010, S. 106). So formuliert der Sportbericht, dass Fußballspielen unter Anleitung und als begleitende Freizeitaktivität „durch ein soziales und integratives Miteinander verschiedene Möglichkeiten der gewaltfreien Konfliktlösung, [der] HIV/Aids-Aufklärung und [des Erlernens von] Umweltbewusstsein“ für Kinder und Jugendliche schafft (Deutscher Bundestag, 2010, S. 106).

Dieser pädagogische Ansatz wird bereits von acht Nichtregierungsorganisationen mit bisher ungefähr 18.000 Kindern und Jugendlichen in Südafrika erfolgreich verfolgt. Darüber hinaus weist der Sportbericht darauf hin, dass vom BMZ weitere bilaterale Projekte gefördert werden. Auch hierbei wird der Fußball genutzt, um im Rahmen entwicklungspolitischer Informations- und Bildungsarbeit Schüler für das Thema Entwicklungszusammenarbeit zu sensibilisieren. So wurden Maßnahmen im Zusammenhang mit sportlichen Großereignissen wie der Fußball-WM in Deutschland und Südafrika gefördert (vgl. Deutscher Bundestag, 2010, S. 105–106).

Einen anderen Schwerpunkt verfolgen, wie bereits erwähnt, die *Sportförderungsmaßnahmen des Auswärtigen Amtes*. Da die auswärtige Kulturpolitik ein Teil der Außenpolitik ist, sind außenpolitische Gesichtspunkte bestimmend. Die Projekte des Auswärtigen Amtes sind darauf fokussiert, Werbung für den deutschen Sport und die Bundesrepublik Deutschland zu betreiben (vgl. Digel, 1989, S. 199). Auch beschränkt sich die Förderung des Auswärtigen Amtes auf Entwicklungsländer. Dabei richtet sich

das AA nach der Staatenliste der OECD und des DAC. Aus dem 12. Sportbericht der Bundesregierung (2010) geht hervor, dass die Sportförderung des AA als ein friedenspolitisches Instrument betrachtet wird. Dementsprechend wird formuliert, dass sie damit einen Beitrag zur Konfliktprävention und -bewältigung leistet. Denn „Sport stellt für viele Menschen in Entwicklungsländern – insbesondere für traumatisierte Kinder und Jugendlichen – oft die einzige Möglichkeit dar, Gemeinschaft zu erleben, Selbstbewusstsein zu entwickeln und eine Lebensperspektive zu entwerfen“ (Deutscher Bundestag, 2010, S. 103).

Das AA (2010) formuliert auf seinen Internetseiten selber, dass die internationalen Sportbeziehungen dazu eingesetzt werden sollen, um zivilgesellschaftliche Strukturen in jungen Demokratien und Entwicklungsländern zu stabilisieren. So legitimiert das AA die Sportförderung, indem es dem Sport verschiedene sozialisierende Funktionen zuschreibt. Bei den Ausführungen des AA wird die Instrumentalisierung des Sports deutlich. Denn er wird als ein effizientes Medium betrachtet, mit dem durch einen geringen Mittelaufwand eine hohe Öffentlichkeits- und Breitenwirkung erreicht werden kann (vgl. AA, 2010, #Internationale Sportförderung).

Die konkrete Betrachtung der Maßnahmen des AA kann ebenfalls mittels des 12. Sportberichts der Bundesregierung (2010) vorgenommen werden. Dieser legt dar, dass seit dem Jahr 2008 ein Schwerpunkt der Sportförderung auf dem afrikanischen Kontinent liegt. Hierfür werden rund 70 Prozent der Mittel verwendet (Deutscher Bundestag, 2010, S. 104). Ferner gibt es weltweit insgesamt 14 Langzeitprojekte mit einer Laufzeit von zwei bis vier Jahren. Des Weiteren werden 65 Kurzzeitprojekte mit einer Laufzeit von mindestens vier oder mehr Wochen umgesetzt, von denen mehr als die Hälfte in Afrika durchgeführt werden. Ebenso nutzt das AA sportliche Großereignisse, um außenpolitische Ziele durch die Sportförderung zu verfolgen und den Sport zu nutzen, um „Vorurteile abzubauen, Minderheiten zu integrieren und Werte zu vermitteln“ (Deutscher Bundestag, 2010, S. 104). Digel (1989) beschreibt, dass die Sportförderung im Rahmen der auswärtigen Kulturpolitik des AA die „menschlich-kulturelle Begegnung [mit dem Ziel der] Verstärkung der internationalen kulturellen Zusammenarbeit“ sucht (Digel, 1989, S. 199).

Des Weiteren macht Digel (1989) auf die Problematik der gegensätzlich erscheinenden Ziele der Sportpolitik des AA aufmerksam. So besteht in der Politik des AA „unter

systematischen Gesichtspunkten [...] ein Widerspruch zwischen den Zielen und der Festlegung der Adressaten“ (Digel, 1989, S. 200). Ebenso ist es nach Ansicht des Autors schwierig, die Ziele der Sportförderung im Rahmen der Auswärtigen Kulturpolitik gegenüber den Zielen des BMZ abzugrenzen. Das AA verfolgt mit der Entsendung von Trainern, Lehrern beziehungsweise sogenannten Experten in Entwicklungsländer das Ziel, kulturpolitisch wirksame Projekte umzusetzen. Wenngleich diese häufig auch nur in Kurzzeitprojekten mit einer Laufzeit von vier Wochen in einem Land tätig sind (vgl. Digel, 1989, S. 200).

Folglich kritisiert Digel (1989), dass eine Präsenz im Rahmen von Kurzzeitprojekten aus entwicklungspolitischer Perspektive nicht wirksam sein kann und somit auch kulturpolitisch keine Effekte nach sich ziehen wird. Die Orientierung an schnellen und nachweisbaren Erfolgen kann keinen Beitrag zur Entwicklung des Landes leisten (vgl. Digel, 1989, S. 200). Entsprechend weist der Autor darauf hin, die Frage offenbleibt, ob die deutsche Sportförderung ein Instrument der Außenpolitik sein kann, ohne dass die Ziele des Aufbaus von Strukturen verfehlt werden. Denn als reines Instrument der Außenpolitik würde die Sportförderung nicht dem Ziel des AA, der kulturpolitischen Wirksamkeit, nachkommen (vgl. Digel, 1989, S. 200).

Auch Hinz (vgl. 2001, S. 58–62) formuliert diese Ambivalenzen in den Zielen der deutschen Sportförderung des AA. Einerseits wird der Aufbau von Strukturen des Sports in Entwicklungsländern und ein Sportsystem nach deutschem Vorbild zu etablieren verfolgt. Dabei wird ein positiver Effekt auf die Entwicklung der Gesellschaft angenommen. Andererseits steht die Durchsetzung politischer Eigeninteressen der deutschen Regierung im Vordergrund (vgl. Hinz, 2001, S. 58–62).

4.2.4 Politische Erklärungen zum Sport in der HIV/AIDS-Prävention

Neben den allgemeinen politischen Erklärungen und Legitimationsbemühungen bezüglich der Potentiale des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit gibt es auch Meilensteine, die versuchen, den Sport als spezifisches Instrument zur HIV/AIDS-Bekämpfung zu bestimmen. Entsprechend werden im Folgenden die wesentlichen Ereignisse vorgestellt, die bedeutsam für die Funktionszuweisung an den Sport bei der HIV/AIDS-Prävention sind. Für diese Darstellung erscheint die Zusammenstellung nach Bosmans (2006) geeignet. Dies liegt in den bisherigen Erkenntnissen be-

gründet, nach denen ein *menschenrechtsbasierter Ansatz* zur Reduzierung von Diskriminierung, Stigmatisierung und Geschlechter-Ungerechtigkeit zur HIV/AIDS-Prävention beitragen kann (vgl. hierzu auch 3.2.10). Gleichzeitig vertritt Bosmans (2006) die Ansicht, dass der Sport bedeutsame Funktionen in der HIV/AIDS-Prävention im Rahmen eines menschenrechtsbasierten Ansatzes erfüllen kann. Denn die Wahrnehmung des Sports als ein Menschenrecht, dass auf den Prinzipien der Gleichheit und Anti-Diskriminierung beruht, bildet die Grundlage eines menschenrechtsbasierten Ansatzes für den Sport als Konstruktionsmuster in der HIV/AIDS-Prävention (vgl. Bosmans, 2006, S. 5–6).

Bosmans (2006) legt in seiner Betrachtung auch einen Schwerpunkt auf rechtliche Grundlagen zur Förderung der Chancengleichheit von Frauen im Sport. Dieser Ansatz bildet eine wesentliche Grundlage, um HIV/AIDS-Prävention im Sport für Frauen zu betrachten. Die mit Unterstützung des IOC im Jahr 1994 ins Leben gerufene *Internationale Arbeitsgruppe zu Frauen und Sport* (International Working Group on Women and Sport, IWG), steht dafür ein, dass alle Frauen und Mädchen ein Recht darauf haben, am Sport teilnehmen zu können, ohne diskriminiert zu werden (vgl. Bosmans, 2006, S. 9).

Die *Brighton-Deklaration* im Jahr 1994 hat umfassende Prinzipien für die Entwicklung von Möglichkeiten für Frauen im Sport aufgestellt. Das übergeordnete Ziel ist: "To develop a sporting culture that enables and values the full involvement of women in every aspect of Sport" (IWG, 2004, S. 3).¹⁶⁶ In darauffolgenden Konferenzen standen die Frage des Beitrags des Sports zur Eliminierung von Diskriminierung von Frauen, die Förderung von Geschlechter-Gerechtigkeit und die Sportentwicklung für Frauen im Vordergrund (vgl. Bosmans, 2006, S. 9). Ebenso wurde der Sport als bedeutsames Mittel zur Entwicklung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens deklariert, um soziale und persönliche Barrieren abzubauen. Außerdem war die dritte IWG-Konferenz in Montreal im Jahr 2002 eine Aufforderung, in den Wandel, Erziehung

¹⁶⁶ Die IWG möchte Regierungen, Nichtregierungsorganisationen und alle im Sport tätigen Organisationen verpflichten, sicherzustellen, dass „all women and girls have the opportunity to participate in sport in a safe and supportive environment which preserves the Right, dignity and respect of the individual“ (IGW, 2004, S.3).

und Sport zu investieren. Die Konferenz forderte nachhaltige Strukturen für den Frauensport, die

„sport and physical activity as health promotion and to develop awareness of the power of sport in avoiding risk behaviours like early sexual activity and teenage pregnancy, substance abuse, HIV/AIDS, inactivity and obesity and in promoting the ability to choose positive lifestyles“ umfassten (Robertson, 2007, S. 7).

Die weitere von Bosmans (2006) beschriebene Deklaration ist das Ergebnis der *Fifth World Conference on Sport and Environment* in Turin im Jahr 2003. Dabei wurde der Sport als Instrument für nachhaltige Entwicklung und Solidarität herausgestellt, um die sozialen und ökonomischen Herausforderungen wie die Bekämpfung von Armut und die Ausbreitung von HIV/AIDS anzugehen (vgl. *Fifth World Conference on Sport and Environment*, 2003, S. 1; siehe auch Bosmans, 2006, S. 5).¹⁶⁷ Dazu sollen den Nationalen Olympischen Komitees in Entwicklungsländern mit Unterstützung durch die IOC-Kommission für Sport and Umwelt und die Olympischen Bewegung entsprechende Instrumente zur Verfügung gestellt werden (vgl. Bosmans, 2006, S. 5).

Als Nächstes stellt Bosmans (2006) das *Memorandum of Understanding* (MoU) vor, das vom *IOC und UNAIDS* am 01. Juni 2004 unterzeichnet wurde (vgl. Bosmans, 2006, S. 5). Darin vereinbarten die Organisationen, dass sie Sport gezielt nutzen möchten, um ein Bewusstsein für HIV/AIDS zu schaffen, Prävention zu unterstützen und die Effekte der Epidemie in allen gesellschaftlichen Bereichen und in Sportinstitutionen zu verringern. Schließlich sind alle Formen von Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen und Sportler zu eliminieren, die mit HIV leben oder von HIV/AIDS betroffen sind (vgl. *UNAIDS & IOC*, 2004). Die MoU greift die Philosophie der Olympischen Idee auf. Ebenso werden vorangegangene Verpflichtungen berücksichtigt, die das Ziel verfolgen, den Frieden zu begünstigen, die Menschenwürde zu

¹⁶⁷ In der Deklaration heisst es, dass der Sport genutzt werden soll, um „other social and economic priorities such as the fight against poverty and the spread of HIV/AIDS; and in the promotion of social justice, human well-being and gender equity“ anzusprechen (*Fifth World Conference on Sport and Environment*, 2003, S. 1).

bewahren, nachhaltige Entwicklung zu unterstützen, gegen Diskriminierung zu vorgehen sowie Bildung und Kultur zu unterstützen (vgl. Bosmans, 2006, S. 5).

Ein weiterer bedeutsamer Meilenstein in der Förderung von Sport als Instrument in der Begegnung von HIV/AIDS auf sportpolitischer Ebene war ein Workshop im Juni 2004 in Johannesburg (Bosmans, 2006, S. 5). Gomo (2004) berichtete für das Rote Kreuz von dem Kongress, an dem HIV/AIDS-Experten von UNAIDS, der Weltbank, Vertreter von Nichtregierungsorganisationen und Nationaler Olympischer Komitees aus 13 Ländern in Afrika südlich der Sahara sowie Mitarbeiter des Roten Kreuzes und der Red Crescent Societies teilnahmen. Sie debattierten, wie der Sport zum Bewusstsein der Bevölkerung für HIV/AIDS beitragen und Stigmatisierung insbesondere bei jungen Menschen reduzieren kann (vgl. Gomo, 2004, # Sport seen as tool to combat HIV/AIDS). Der Sport wurde dabei als Instrument identifiziert, das Barrieren überwinden, das Selbstwertgefühl, Life-Skills und eine gesunde Lebensführung fördern kann. Eine sich daran anschließende Aktion waren die HIV/AIDS-Awareness-Cards und die roten AIDS-Schleifen, die Athleten bei den XXVIII. Olympischen Sommerspielen im Jahr 2004 in Athen trugen. Zusätzlich wurde die Aktion von HIV/AIDS-Kampagnen und Aktivitäten der Nationalen Olympischen Komitees begleitet (vgl. Bosmans, 2006, S. 6.). Die Maßnahme wurde bei den Olympischen Winterspielen in Turin im Jahr 2006 fortgesetzt (siehe hierzu auch Kapitel 5.3.5). Ebenfalls als bedeutsam kann das im Jahr 2005 vom IOC und UNAIDS herausgebrachte *Toolkit* für den Sport zur Prävention von HIV/AIDS eingeschätzt werden (vgl. IOC & UNAIDS, 2005). Die Entwicklung dieses Instrumentariums für den Sport ist nach Bosmans (2006) Darstellung aus der Implementierung entsprechender Grundsätze des IOC zur Begegnung des HIV/AIDS-Problems entstanden (vgl. Bosmans, 2006, S. 6).

Das IOC und UNAIDS (2005) heben in der Broschüre eigens hervor, dass sich das IOC nicht nur moralisch verpflichtet sieht, aktiv gegen HIV/AIDS anzugehen, sondern innerhalb der Olympischen Bewegung auch eine führende Rolle einnehmen möchte (IOC & UNAIDS, 2005, S. 25). Das *Toolkit* bietet vielfältige praktische Ratschläge zum Umgang mit den Herausforderungen und Aufgaben, die sich in Verbindung mit HIV/AIDS für NOKs, Sportvereine und -verbände, Trainer, Coaches und Menschen, die im Sport arbeiten, stellen (IOC & UNAIDS, 2005, S. 25; Bosmans, 2006, S. 6; sowie Kapitel 5.3.5). Des Weiteren umfasste die *Internationale AIDS-Konferenz in*

Toronto im Jahr 2006 erstmals eine zusätzliche Tagung zur Rolle des Sports in der Bekämpfung von HIV/AIDS und im Umgang mit den sozialen Auswirkungen. Um diesem Bedeutungszuwachs des Sports in der internationalen AIDS-Diskussion Folge zu leisten, hat die Regierung Großbritanniens eine Analyse des Sports im Kontext von HIV/AIDS veröffentlicht (vgl. DCMS & DfID, 2006; Näheres hierzu siehe Kapitel 5.3.2).

Abschließend ist auch für die Historie der Legitimationsbemühungen, die den Sport als Instrument zur HIV/AIDS-Prävention betrachten, festzustellen, dass es gemäß den Ausführungen von Digel (1989) kaum Hinweise auf eine wissenschaftliche Prüfung der Funktionszuweisungen an den Sport gibt. Im Folgenden wird eine Begründung für den Sport im Modernisierungsprozess aus einer theoretischen Perspektive vorgestellt. Sie ersetzt zwar keinen empirisch-wissenschaftlichen Beweis für die Wirkung des Sports in der HIV/AIDS-Prävention, versucht jedoch, die Funktion des Sports in Modernisierungsprozessen darzulegen. Wie bereits erwähnt, wird in der vorliegenden Arbeit angenommen, dass die HIV/AIDS-Bekämpfung als entwicklungspolitisches Ziel durch die Modernisierung von Gesellschaften begünstigt werden kann (vgl. hierzu auch Kapitel 2.1.4).

4.2.5 Sport im Modernisierungsprozess

Für das Verständnis des gegenwärtigen Sports im Modernisierungsprozess in Entwicklungsländern erscheint es sinnvoll, sich zunächst die *historische Entwicklung des Sports* vor Augen zu führen. Denn Digel (1998) erläutert, dass das gegenwärtige Verständnis des Sports in Entwicklungsländern in einem Wirkungszusammenhang mit seinem Ursprung in der Kolonialisierung sowie der Verbreitung des Sports in diesen Gesellschaften steht (vgl. Digel, 1989, S. 59). Demzufolge hat der Sport als ein ursprüngliches Phänomen der Modernität einen festen Platz in der Gesellschaft von Entwicklungsländern eingenommen. In nahezu allen Ländern der Welt ist wie bereits erwähnt ein unterschiedlich geartetes Sportsystem anzutreffen. Die Verbreitung des Sports ist im Vergleich der Industrie- und Entwicklungsländer recht unterschiedlich verlaufen. Auch bestehen große Abweichungen zwischen der Differenziertheit des Sportsystems in Städten und ländlicher Gegenden (vgl. Digel, 1989, S. 62; sowie Kapitel 5.1).

Es wird davon ausgegangen, dass die *Kolonialmächte* den modernen englischen Sport im ausgehenden 19. Jahrhundert in die afrikanischen Entwicklungsländer gebracht haben. Er wurde in Vereinen nach englischem Vorbild organisiert. Aus einer machtpolitisch motivierten Strategie nach dem Prinzip „divide et impera“¹⁶⁸ wurden die Clubs auch für indigene Gruppen geöffnet (Digel, 1989, S. 26). Demnach setzten die Kolonialmächte den Sport als Instrument zur Demonstration ihrer Überlegenheit gegenüber den Eingeborenen ein. Angesichts der klimatischen Bedingungen war der Sport für die Kolonialmächte der einzige Bereich, in dem sie ihre körperliche Leistungsfähigkeit zeigen konnten (vgl. Digel, 1989, S. 25). Zunächst wurden Sportarten ausgeübt, die in den Industrieländern als exklusiv und aufwendig angesehen wurden, in den Kolonialreichen aber billig zu organisieren waren. Später wurde das Spektrum ausgeweitet (vgl. Digel, 1989, S. 26).

Die weitere Entwicklung des Sports in den Entwicklungsländern erfolgte hauptsächlich über das *Schulwesen*, da die Vereine weiterhin nur einzelnen Gruppen zugänglich waren (vgl. Digel, 1989, S. 26). Somit war in den Entwicklungsländern eine Sportkultur vorzufinden, die auf der einen Seite den Schulsport und auf der anderen Seite den exklusiv organisierten Vereinssport umfasste. Der Schulsport war an einem engen leibeserzieherischen Konzept ausgerichtet und durch Gehorsam, Disziplin und Ordnung geprägt. Digel (1989) konstatiert, dass sich diese Situation bis auf einige Bemühungen nicht grundlegend geändert hat. Wenngleich es Versuche der Etablierung neuer pädagogischer Konzepte nach dem Vorbild des Schulsports der 1950er Jahren in den Industrieländern gab, lies sich damit das grundlegende Problem der Sportpolitik nicht lösen. Dies lag an der Konzentration der sportpolitischen Maßnahmen auf die Hauptstädte, weil dadurch eine enge Beziehung zu den elitären Machthabern gepflegt wurde. Grundsätzlich ist die Annahme jedoch plausibel, dass der Sport sich über das Schulwesen ausbreiten konnte (vgl. Digel, 1989, S. 58).

Digel (1989) sieht als bedeutsame Voraussetzung für die Verbreitung des Sports als Populärkultur das Bestehen von Organisationsstrukturen und seine „institutionelle Absicherung“ (Digel, 1989, S. 27). Der Sport wird in Entwicklungsländern jedoch

¹⁶⁸ Teile und herrsche.

nach dem bereits erwähnten sportpolitischen Konzept *Sports for all* häufig planwirtschaftlich und von staatlicher Seite gelenkt. Dadurch kommt der gesellschaftspolitische Wert des Sports zum Ausdruck, nach dem dieser nicht in selbständiger Vereinigung ausgeübt werden soll (vgl. Digel, 1989, 27 f.). Hinz (2001) nennt für die geringe Verbreitung und Ausprägung des in westlichen Industrienationen bekannten Breitensports zwei Gründe.

Zum ersten liegt es an einem Mangel der finanziellen Mittel für Sportanlagen und deren Ausstattung. Die Ressourcenknappheit lässt sich beispielsweise auch mit den Darstellungen des Sportsystems in Tansania belegen, das im fünften Kapitel näher beschrieben wird (vgl. hierzu auch Kapitel 5.1). Zum zweiten macht Hinz (2001) die kulturellen Prägungen und die traditionellen Gesellschaftsformen verantwortlich, nach denen Sport nicht als Aktivität für die breite Masse der Bevölkerung aufgefasst wird (vgl. Hinz, 2001, S. 56). Nach Heinemann (2007) zeichnet sich die Verbreitung des Sports nicht durch ein einheitliches Bild aus, das in jeder Gesellschaft zu finden ist. Sondern es besteht aus der Vermengung der für die jeweilige Gesellschaft spezifischen Innenlagen und Außenlagen. Zugleich entstehen durch multikulturelle Verflechtungen immer wieder neue „Mehr-Gesellschafts-(Sport)-Modelle“ (Heinemann, 2007, S. 307).

- Der moderne Sport repräsentiert das Weltbild der Naturwissenschaften, das auf **spezifischer Rationalität** basiert. Er ist damit durch die Zeit, Präzision, Quantifizierbarkeit, die universelle Applikation und Zukunftsorientiertheit determiniert und ähnelt darin der modernen Technologie.
- Der moderne Sport zeichnet sich durch den **Komponentencharakter der Strukturen und die Komplexität der Bestandteile** aus. Zum Beispiel zeigen die Talentsuche, das Training und der Wettkampf, die einzeln oder zusammen auftreten, gleichartige Eigenschaften wie eine bürokratische Organisation und Arbeitsteilung. Ebenfalls laufen im Sport verschiedene Aktivitäten parallel ab, so dass sich eine komplexe Struktur der sportlichen Aktivität an sich und der damit verbundenen sozialen Prozesse ergibt.
- Es wird eine **Machbarkeit** erfahren, die eine lösungsorientierte Haltung fördert. Um den Bedürfnissen der Machbarkeit gerecht zu werden, ist eine ständige Anpassung an neue Techniken, Fähigkeiten und sich ändernde Regeln erforderlich.
- Der moderne Sport ist durch **Progressivität** charakterisiert. Er folgt dem Prinzip der Maximierung (höher, schneller, weiter), das durch technischen Fortschritt erreicht wird.
- Es ist eine **langfristige Planung** mittels Trainings-, Ernährungs- und Wettkampfplänen notwendig, um erfolgreich zu sein. Damit ist der moderne Sport ein Vorbild des Prinzips der Leistung und des Erfolgs. Aktuelle Bedürfnisse werden einem zukünftigen langfristigen Bedürfnis untergeordnet.
- Ein **Regelwerk** verlangt Kommunikation, erlaubt gleichzeitig aber auch Anpassung und Veränderung. Es führt zu einer allgemeinen Gerechtigkeit unter den Teilnehmern, die im Sport erwartet wird.
- Die **Kontrolle der Emotionen** ist signifikant für den modernen Sport. Die Differenzierung des Regelwerks erlaubt einen Ausdruck der Gefühle im Rahmen eines Systems der Kontrollierbarkeit.
- Die **Individualität** hat eine zentrale Position im modernen Sport. Individuelle Werte werden hoch bewertet. Individuelle Freiheit und Rechte sind moralische Imperative im Sport.

Abbildung 26: Signifikante Aspekte des modernen Sports (vgl. Digel, 1995, S. 126).

Aufbauend auf der Skizzierung des Ursprungs und der Verbreitungsformen des Sports in Entwicklungsländern werden Aussagen über die spezifischen *Potentiale des Sports im Modernisierungsprozess* getroffen. Zu diesem Zweck wird die Analyse nach Digel (1989) herangezogen, in der acht *signifikante Aspekte des modernen Sports* herausgearbeitet wurden. Diese Eigenschaften lassen den Sport als modern erscheinen (vgl. Digel, 1995, S. 126). Der Autor nimmt dabei an, dass der Sport ein Phänomen der Modernität ist und deshalb die konsequente Förderung des Sports gleichzeitig die Modernität der Gesellschaft fördert. Den Sport fördern bedeutet demgemäß eine konsequente Förderung der Modernisierung von Gesellschaften (vgl. Digel, 1995, S. 126).

Im erwähnten Bericht zum Sport in der Entwicklungszusammenarbeit von Digel (1989) entwickelte der Autor ein theoretisches Modell, das versucht, den Sport durch

ein Konzept der Modernisierung als Instrument für Entwicklungsprozesse zu etablieren. So begründet Digel (1989) sein Vorgehen folgendermaßen:

„Unter Berücksichtigung der entwicklungstheoretischen Kontroversen, die die abgelaufenen Dekaden der internationalen Entwicklungsstrategie begleitet haben (Modernisierung, Dependenzia, Abkoppelung, Grundbedürfnisstrategie etc.) wird versucht, den Sport über ein Konzept der Modernisierung zu begründen, wie es mittlerweile auch von wichtigen entwicklungstheoretischen Experten empfohlen wird“ (vgl. Digel, 1989, S. 16).

Auf Grundlage dieses Konzeptes geht der Autor davon aus, dass eine Modernisierung des Sports zwar auf das bestehende Sportsystem in Entwicklungsländern zielt, aber dieser Prozess auch positive Effekte auf darüber hinausgehende Bereiche hat. Dies bedeutet, dass die *allgemeine Modernisierung einer Gesellschaft* durch den Sport vorangetrieben werden kann (siehe hierzu Digel, 1989, S. 16). Des Weiteren argumentiert Digel (1995), dass der Sport ein idealer Beitrag für die Entwicklung von unterentwickelten Gesellschaften ist, sofern diese eine eigene Motivation zur Modernisierung haben (vgl. Digel, 1995, S. 126). Dabei ist zu bedenken, dass die Aspekte des modernen Sports ihre spezifische Qualität in der wechselseitigen Beziehung zur modernen Gesellschaft entfalten.

Des Weiteren kann konstatiert werden, dass die signifikanten Aspekte des modernen Sports insbesondere das *sozialisierende Potential* betonen, das dem Sport inhärent ist. Dieses kann der Sport jedoch vermutlich erst in einem modern entwickelten Sportsystem hervorbringen (vgl. Digel, 1995, S. 127). Das sozialisierende Potential wird von Cachay und Thiel (2000) ähnlich den Theorien von Digel (1995) nicht empirisch erfasst, sondern in einem theoretischen Rahmen behandelt. Sie gehen dabei der Frage der Mechanismen einer sportbezogenen Sozialisation nach (Siehe hierzu Cachay & Thiel, 2000, S. 14). Hierfür vertreten die Autoren die These, dass dem Sport Mechanismen zugeschrieben werden, die seinen Strukturen erlauben, sozialisierende Leistungen zu erbringen.

Die Strukturen bieten durch Ein- und Ausschließung von Erfahrungen einen bestimmten „Möglichkeitsraum für Verhalten“ (Cachay & Thiel, 2000, S. 14). Auch beziehen sich die signifikanten Merkmale des modernen Sports vorrangig auf den wettkampff-

orientierten Sport. Der Autor schlussfolgert, dass sich das Potential des modernen Sports in der Entwicklungszusammenarbeit besonders auf diesem Gebiet als erfolgreich erweisen kann (vgl. Digel, 1995, S. 127)

Um die spezifischen Potentiale des Sports im Modernisierungsprozess herauszustellen, können die signifikanten Aspekte des modernen Sports nach Digel (2001) in Anwendung auf den zuvor erläuterten Versportlichungsprozess der Gesellschaft gebracht werden. Dabei wird das Potential des Sports aus modernisierungstheoretischer Perspektive am Beispiel der Transformation der Gesellschaft in Deutschland von einer Industrie- zu einer Wissens- sowie Informationsgesellschaft zu Beginn des 21. Jahrhunderts herausgearbeitet (vgl. Abbildung 27).

Der Übergang lässt sich mittels sieben Ausprägungen beschreiben, die typisch für solche Prozesse sind. Der Sport erfüllt dabei bedeutsame Funktionen im Modernisierungsprozess. So bietet der Sport zum Beispiel ein „Anschluss-System“ für sich auflösende traditionelle Werte und kulturelle Normen, weil gerade der organisierte Sport viele Menschen an sich bindet und sich auf Wachstumskurs befindet (Digel & Burk, 2001, S. 23).

Denn das erste Merkmal der *Individualisierung* macht sich durch ein Schwinden tradierter Lebensgemeinschaften bemerkbar. Diese „Freisetzungsdimension“ eröffnet allerdings auch notwendige Chancen und Bedingungen für den Modernisierungsprozess (Digel & Burk, 2001, S. 23). Traditionelle Werte und kulturelle Normen werden in Frage gestellt, die sich in einer fortschreitenden Säkularisierung abzeichnen. Für den dadurch entstandenen Freiraum sind „Reintegrationsmechanismen“ nötig. Sie werden von Individuen in Anspruch genommen, um auf die Auflösungstendenzen reagieren zu können (Digel & Burk, 2001, S. 23).

Das zweite Merkmal ist die *Rationalisierung*,¹⁶⁹ die sich in der Abwendung von wert-rationalen und der Hinwendung zu zweckrationalen Entscheidungen ausdrückt. Effektivitätserwägungen treten an die Stelle der Wertüberzeugungen. Gleichzeitig wird

¹⁶⁹ Rationalität bedeutet im Kontext der Modernisierungstheorien auch ein systematisierendes und planmäßig vorgehendes Denken und eine zweckbestimmte Berechenbarkeit von Entwicklung innerhalb einer Gesellschaft (vgl. Müller, 2004, S. 25)

das Handeln von Input/Output-Kalkulationen geleitetet, die auch im Sport zu beobachten sind.

Die *Ökonomisierung* lässt Kosten/Nutzen-Kalküle als Orientierungsbasis in nahezu allen Lebensbereichen zu, die eine persönliche Nutzenmaximierung in Form des utilitaristischen Individualismus umfasst. Die Vermarktung und Durchkapitalisierung von immer mehr Lebensbereichen sind damit eingeschlossen. Sie betreffen zunehmend das private Leben der Bürger und die Kinder- und Jugendzeit (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 24).

Als besonderes Kennzeichen der Moderne ist die zunehmende *Verrechtlichung* der Hierarchie- und Gewaltverhältnisse zwischen den gesellschaftlichen Mitgliedern zu nennen, die zu einer Ausweitung des Rechtssystems führt sowie alle Lebensbereiche der Gesellschaft erreicht (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 24).

Die *Mediatisierung* als weiterer Teilprozess der Modernisierung umfasst das beschleunigte Wachstum der Informations- und Kommunikationstechnologie (ITK). Massenmedien definieren immer stärker die Relevanz von Informationen für die Gesellschaft. Die *Verwissenschaftlichung* ist neben dem erhöhten Einsatz von Gutachtern und Schiedsinstanzen auch im Bereich der Politik, der Medien und der Wirtschaft zu erkennen. So werden Entscheidungen vermehrt durch Berufung auf die Wissenschaft legitimiert.

Die *Globalisierung* ist ein Trend, der von Industrieunternehmen ausgeht. Er weist auf Veränderungen von grenzüberschreitenden Aktivitäten hin. Die Globalisierung umfasst nicht mehr nur die Materialbeschaffung, das Marketing und die Finanzierung, sondern hat sich auf die Bereiche des Informationstransfers, der Dienstleistungen und des Know-how-Austausches ausgeweitet (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 24). Darüber hinaus ist eine Enttranszendierung in der Gesellschaft festzustellen, die sich in der Verflüchtigung des Religiösen und des Göttlichen äußert und als eine Begleiterscheinung des Modernisierungsprozesses wahrzunehmen ist (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 26).



Abbildung 27: Gesellschaftlicher Wandel zu Beginn des 21. Jahrhunderts (Digel & Burk, 2001, S. 25).

Digel (2001) weist in diesem Kontext auch darauf hin, dass die Affektdämpfung und Körperdistanzierung Entwicklungen der Gesellschaft sind, die im Sport nicht unterdrückt werden müssen, sondern Handlungen aus Affekt sind erlaubt (vgl. hierzu auch Kapitel 4.1.4). Diese Funktionalität des Sports wird besonders in der Sportberichterstattung ausgedrückt. Denn sie rückt emotionale Momente des Sports mittels Bild und Ton in den Vordergrund und betont dadurch die durch den Körper ausgedrückte Emotionalität (vgl. Digel & Burk, 2001, S. 26). Des Weiteren beeinflusst die im Modernisierungsprozess entstandene Differenzierung und Spezialisierung des Sportsystems die Kommunikation in der Gesellschaft. Denn der Sport ist ein ideales Kommunikationsthema. Trotz seiner wachsenden Disparitäten ist er gleichzeitig ein Angebot, ein Interesse dauerhaft aufrechtzuerhalten und ein Fixpunkt im Leben der Menschen zu sein (vgl. Digel, 2008, S. 62).

Allerdings obliegen diese Überlegungen wie auch ihre Übertragung der dem Sport zugeschriebenen Funktionen als Instrument im Modernisierungsprozess von Gesellschaften in Entwicklungsländern keiner empirischen Prüfung. Digel (1995) konstatiert jedoch, dass deshalb eine theoretische Begründung nicht weniger wichtig ist. Es ist

dabei anzumerken, dass die Merkmale des gesellschaftlichen Wandels aufgrund der Kriterien, die Entwicklungsländer kennzeichnen und im zweiten Kapitel ausführlich vorgestellt wurden, andere als in einer Industriegesellschaft wie Deutschland sind (vgl. Kapitel 2.1.3). Demzufolge ist bei der Übertragung der Überlegungen zum Potential des Sports aus modernisierungstheoretischer Perspektive am Beispiel der Transformation der Gesellschaft in Deutschland in Entwicklungsländern von anderen Merkmalen und vermutlich auch von anderen Funktionszuschreibungen an den Sport auszugehen. Digel (1995) führt zur theoretischen Diskussion des Potentials des Sports im Modernisierungsprozess von unterentwickelten Gesellschaften daher die sogenannten *primären und sekundären Träger* ein (vgl. Digel, 1995, 127). Sie sind entscheidend bei der Erklärung des Modernisierungsprozesses, weil sie diesen verursachen beziehungsweise beeinflussen. Demnach wird der Modernisierungsprozess einer Gesellschaft hauptsächlich von den primären Trägern verursacht. Sie sind die Träger des modernen Bewusstseins. Sie werden durch die „technologische Produktion [und den] bürokratisch organisierten Staat“ gebildet (Digel, 1995, S. 127). Die nicht weniger wichtigen sekundären Träger spiegeln sich hingegen in den „sozialen und kulturellen Prozessen“ wider (Digel, 1995, S. 127).

Diese Prozesse haben ihren historischen Ursprung in der technologischen Produktion. Sie wirken sich nun unabhängig davon auf die Entwicklung aus. Die Träger sind unter anderem die massenmediale Erziehung, die Massenmedien, die Privatsphäre des Individuums, die Wissenschaft als Institution, die Urbanisierung und das System der sozialen Schichten. Der moderne Sport kann dabei als ein sekundärer Träger „sozialer und kultureller Prozesse“ eingeordnet werden. Die folgenden Szenarien beschreiben die Rolle des Sports im Rahmen des modernisierungstheoretischen Kontextes.

- i. Im ersten Beispiel kennzeichnet Digel (1995) den Sport als *einen angemessenen Vermittler*, der aufgrund seiner Eigenschaften zwischen polarisierenden Gruppen einer Gesellschaft auf ihrem Weg von der Tradition zur Modernität vermitteln kann. Denn der Sport in seinen vielfältigen Erscheinungsformen verbindet häufig moderne und traditionelle Elemente, wodurch wissenschaftliche Erkenntnisse auf der einen Seite mit irrationalen Ritualen auf der anderen Seite zusammengeführt werden. Deshalb kann der Sport eine Vermittlerfunktion zwischen Tradition und

Modernität einnehmen. Der Sport kann eine integrierende Funktion für verschiedene Bevölkerungsgruppen, soziale Klassen, Altersstufen und Geschlechter ausüben. Da im Sport die physische Aktivität ebenso wichtig wie die intellektuelle Anstrengung ist, kann er einen kompensatorischen Effekt für moderne Gesellschaften erzielen. Auf diese Weise schafft der Sport einen Ausgleich zwischen körperlicher Arbeit eines Bauarbeiters und kognitiver Leistung eines Büroangestellten, die in modernen Gesellschaften höher bewertet wird (vgl. Digel, 1995, S. 128).

- ii. Im zweiten Beispiel ist der Sport ein Konstruktionsmuster, das eine *Brücke* zwischen dem privaten und öffentlichen beziehungsweise beruflichen Leben bildet. Denn ein Problem für Menschen in Entwicklungsländern ist die klare Trennung des privaten und beruflichen Lebens, die charakteristisch für Modernität ist. Die technologische Produktion kann zu einer Anonymität in der Gesellschaft führen. Hierzu sind Strukturen der Solidarität vonnöten, die aufgrund der auseinandergehenden, traditionellen Beziehungen häufig nicht mehr vorhanden sind. Durch die praktische Ausrichtung kann der Sport die benötigten Formen der Solidarität anbieten. Seine Ideale wie Gerechtigkeit und Gleichheit weisen Muster für die beabsichtigten öffentlichen Strukturen auf. Auch die Eigenschaft der Freiwilligkeit wirkt in Sportvereinen integrierend (vgl. Digel, 1995, S. 128).
- iii. Im dritten Beispiel verdeutlicht Digel (1995) das Potential des Sports als sekundärer Träger im Modernisierungsprozess mittels eines *Systems mit Symbolen*, das die bedeutsamen Werte für moderne Gesellschaften verkörpert. Der Sport kann den Partnern in Entwicklungsländern ein anschauliches Vorbild für Modernisierungsprozesse wie ökonomisches Wachstum sein. Ebenfalls stellt der Sport im Bildungs- und Erziehungssystem ein wichtiges Instrument der individuellen und sozialen Erziehung dar. Ebenso wie in Industrieländern kann sich der Sport auch in Entwicklungsländern zu einem Symbol für einen konsum- und freizeitorientierten Lebensstil entfalten. Der Sport kann sich zu einem erfolgreichen Investitionsmarkt ausdifferenzieren (vgl. Digel, 1995, S. 129).

Digels (1995) Argumentation des Beitrags des Sports zur Entwicklung im Sinne der Modernisierung basiert darauf, dass die Teilsysteme innerhalb einer Gesellschaft voneinander abhängig sind und sich damit Übertragungswirkungen auf der

Bewusstseinssebene von Individuen beobachten lassen. Folglich werden die mit dem Sport wesentlich verbundenen Bewusstseinsselemente auch auf andere gesellschaftliche Bereiche übertragen, die nicht direkt mit dem Sport in Verbindung stehen. Diese Transferannahme ist vergleichbar mit der technischen Produktion, die zwar in einem Teilbereich stattfindet, aber auch die anderen Bereiche des täglichen Lebens bereits erfasst hat. Zum Beispiel wurden auch Management-Prozesse in anderen Bereichen von der industriellen Produktion beeinflusst. Der Sport ist der technischen Produktion jedoch ähnlicher als andere Teilsysteme der Gesellschaft. Er repräsentiert die dort angestrebten wissenschaftlichen und technologischen Positionen und ist damit ein unabhängiger Träger der sozialen und kulturellen Prozesse geworden. Auf diese Weise nimmt der Sport Einfluss auf die Modernisierung unterentwickelter Gesellschaften (vgl. Digel, 1995, S. 129)

Digel (1995) resümiert aufgrund der vorangestellten Konstruktionsmuster, dass der Sport Modernisierungsprozesse insbesondere in Gesellschaften voranbringen kann, die über die Teilbereiche Erziehung, Gesundheit und Massenmedien verfügen. Ebenso ist in diesen Gesellschaften die Entwicklung des Sports als differenziertes Teilsystem sehr wahrscheinlich. (vgl. Digel, 1995, S. 129). Des Weiteren merkt Digel (1995) an, dass die Bedingungen und Möglichkeiten des Sports in seiner Funktion als Träger von Entwicklungsprozessen häufig nur unzureichend dargestellt werden. Gleichfalls beschreiben die Modernisierungstheorien nur die Stufen und Prozesse der Entwicklung, die auf dem Weg zur Industrialisierung durchlaufen werden müssen. Wenngleich die Sportwissenschaft bisher noch keine Antwort auf die Frage geben kann, ob der Sport eine bestimmte Funktion in der Entwicklung von Gesellschaften in Entwicklungsländern einnehmen kann, ist dies in erster Linie nur ein Mangel in der Sportwissenschaft. Die Relevanz der sicheren Annahme über die Bedeutung und Wichtigkeit des Sports kann dadurch nicht vermindert werden (vgl. Digel, 1995, S. 129–130).

Athleten und Sportler haben keine Zweifel an den Funktionen, die dem Sport zugeschrieben werden, und glauben an die integrativen oder gesundheitsfördernden Funktionen des Sports, ohne dafür einen empirischen Beweis haben zu müssen. Sie glauben zweifelsfrei, dass Sport Spaß macht, Chancen eröffnet, neue Menschen

kennenzulernen, kommunikationsförderlich ist und kompensatorische Wirkung auf den Arbeitsstress hat.

Der Wettkampfsport suchte seine Legitimation schon immer darin, dass der Wettbewerb die Chance eröffnet, andere Menschen, Kulturen, politische Systeme und Gesellschaften kennenzulernen. Diese Funktionen bieten die Grundlage, internationale Wettkämpfe wie Olympische Spiele zu rechtfertigen. Dieser Glaube hat trotz aller Kritik weiterhin Bestand. Denn er basiert auf Erfahrungen und Erkenntnissen aus der praktischen Arbeit im Sport und der Sportausübung.

Entsprechend ist es auch nicht erstaunlich, dass diese Funktionen in Verbindung mit der Entwicklungszusammenarbeit gebracht werden und ihnen dabei ein Mehrwert zugesprochen wird. Dennoch macht Digel (1995) auch aufmerksam, dass die Zusammenarbeit auf diesem Gebiet häufig von Vorurteilen oder einem imperialistischen Verhalten der westlichen Sportvertreter gegenüber den Entwicklungsländern geprägt ist. Aus diesem Grund skizziert der Autor verschiedene Bedingungen und Empfehlungen für den Sport in der Entwicklungszusammenarbeit, die Digel (1989; 1995) aus den Erkenntnissen seiner Forschung abgeleitet hat und die nachfolgend in ihren wesentlichen Grundzügen nachgezeichnet werden sollen (vgl. Digel, 1995, S. 133).

Digel skizziert (1995) seine Erfahrungen kultureller Unterschiede im Sport im Fußball und Handball. Beim Fußballspiel in Afrika südlich der Sahara zeigt sich, dass Offenheit im Denken für die Entwicklungszusammenarbeit im Sport vor Enttäuschungen schützen kann. Denn das afrikanische Fußballspiel unterscheidet sich in der Emotionalität und den Ritualen von dem europäischen Fußball. So spielt im afrikanischen Fußball der Einfluss der bereits erläuterten *Witchdoktores* eine große Rolle (vgl. Kapitel 2.3.2). Sie haben die Funktion, den Gegner mental einzuschüchtern und das eigene Team geistig zu stärken. Somit wird dem Fußball mit Magie und Zaubertränken eine magische Atmosphäre verliehen.

In diesem Kontext weist Hinz (2001) darauf hin, dass sich die kulturellen Eigenarten der afrikanischen Form des Fußballspiels auch in der Wahrnehmung von Leistung zeigen. Denn sie wird nicht wie in westlichen Gesellschaften als individuelle Anstrengung sowie rationale Ertüchtigung des Körpers durch physisches und mentales Training verstanden. Vielmehr ist die Leistung im afrikanischen Fußballspiel eine Art

wohlwollende Magie (vgl. Hinz, 2001, S. 50). Ferner vermutet Digel (1995), dass das technisch-ökonomisch ausgerichtete Fußballspiel der europäischen Sportclubs angesichts dieser kulturellen Andersartigkeit zunehmend an Bedeutung verlieren könnte.

Im indonesischen Handballspiel zeigt sich, dass die Bewertungen darüber, was gerecht und ungerecht ist, im interkulturellen Vergleich unterschiedlich ausfallen können. Demnach wird ein aus europäischer Sicht unkollegiales oder unfaires Spielverhalten nach indonesischen Werten und sozialen Normen nicht als solches verstanden (vgl. Digel, 1995, S. 137). Entsprechend weist Digel (1995) darauf hin, dass die moralischen Standards europäischer Industrieländer nicht einfach auf andere Länder anzuwenden sind. Vielmehr ist bei der Übertragung des modernen Sports eine kulturelle Anpassung erforderlich, wobei die soziokulturellen Bedingungen zu berücksichtigen und die Funktionen vorhandener Bewegungskulturen zu beachten sind (vgl. Digel, 1995, S. 138; Hinz, 2001, S. 50).

Des Weiteren steht der Siegeswille beim Handballspiel in Afrika südlich der Sahara viel weniger im Vordergrund als bei europäischen Spielen und wird der Freude am Spiel untergeordnet. Auch richtet der Sportler seine Aufmerksamkeit beim europäischen Sport auf ein Ziel, das außerhalb des Körpers liegt, zum Beispiel die Latte beim Hochsprung. Demgegenüber scheinen afrikanische Sportkulturen sich an einem Ziel im Körper zu orientieren. Beispielsweise ist das Hauptelement afrikanischer Tänze die körperliche Erfahrung der Bewegung (vgl. Digel, 1995, S. 136).

Neben sportartenspezifischen Besonderheiten lassen sich auch allgemeine Bedingungen in den Entwicklungsländern feststellen, die bei einer Übertragung westlicher Sportkulturen zu berücksichtigen sind. Hierzu gehören unter anderem die klimatischen Bedingungen in Afrika südlich der Sahara, der Gesundheitsstand der Bevölkerung und die Ernährungssicherheit (vgl. Kapitel 2.1.3). Die Konsequenzen dieser Faktoren sind bei sportlichem Training zu berücksichtigen (vgl. Digel, 1995, S. 135).

4.3 Funktionen des Sports in der entwicklungstheoretischen Diskussion

1. Sportentwicklungshilfe als Instrument der **Persönlichkeitsbildung**
2. Sportentwicklungshilfe als **Integrationsinstrument**
3. Sportentwicklungshilfe als **Identifikationsinstrument**
4. Sportentwicklungshilfe als Instrument der **Gesundheitspolitik**
5. Sportentwicklungshilfe als Instrument zur **Erlangung von Chancengleichheit**
6. Sportentwicklungshilfe als Instrument der **Grundbedürfnisbefriedigung**
7. Sportentwicklungshilfe als **Bildungshilfe**
8. Sportentwicklungshilfe als Instrument zur **Dynamisierung sozialer Strukturen**
9. Sportentwicklungshilfe als **wirtschafts- und außenpolitisches Instrument**
10. Sportentwicklungshilfe als Instrument der **Völkerverständigung**
11. Sportentwicklungshilfe als Instrument der **Emanzipation**

Abbildung 28: Funktionszuschreibungen an den Sport im Rahmen der Sportförderung in Ländern der Dritten Welt (eigene Darstellung in Anlehnung an Digel, 1989, S. 69).

Aus dem vorangegangenen Kapitel wurde deutlich, dass von Sportlern selbst, Politikern oder Akteuren der Entwicklungszusammenarbeit weder die biologischen, gesundheitsfördernden noch die sozialen oder integrierenden Funktionen des Sports in Frage gestellt werden. Ein Mensch in Afrika hat ebenso eine Begründung für seine sportliche Aktivität wie ein Mensch in Europa. Folglich werden auch der Entwicklungszusammenarbeit im Sport Funktionen zugeschrieben, wonach er unter anderem geeignet ist, den kulturellen Austausch, das interkulturelle Lernen und die Kommunikation zu fördern (vgl. Digel, 1995, S. 133, sowie Kapitel 4.2.5). Wenngleich viele dieser Funktionen empirisch nicht belegt sind, ist der Glaube an diese Funktionen vorherrschend (vgl. Digel, 1995, S. 133).

Digel (1995) geht aufgrund seiner modernisierungstheoretischen Betrachtungen von der Annahme aus, dass Sport unter bestimmten Bedingungen die in der Abbildung 28 aufgeführten Funktionen für die Gesellschaft einnehmen kann (vgl. Kapitel 2.1.1, Kapitel 4.2.5; sowie Abbildung 28). So liegt es darüber hinaus nahe, die Funktionalisie-

rung des Sports auch als Maßstab und Legitimation für die Sportförderung anzusetzen. Deshalb gilt es zu zeigen, was die Legitimationsversuche der Sportförderung plausibel erscheinen lässt und welche Mängel die alltagstheoretischen Funktionszuschreibungen aufweisen. Denn sie sind kein Ergebnis explizit wissenschaftlicher Theorien, sondern resultieren aus der Lebenserfahrung der jeweiligen Akteure (vgl. Digel, 1989, S. 65). Verschiedene Akteure schreiben dem Sport Leistungen zu, die meist nicht näher begründet werden und insofern zunächst nur als Unterstellungen bewertet werden können (vgl. Digel, 1989, S. 65). Jedoch geht Digel (1989) davon aus, dass

„in derartigen Legitimationsbemühungen scheinbar offensichtliche Zusammenhänge zwischen Sport und gesellschaftlichen Prozessen aufgeführt [werden], die für den Entwicklungsprozess in der Dritten Welt bedeutsam sein könnten und möglicherweise zu nutzen sind“ (Digel, 1989, S. 65).

Der Autor zieht die Schlussfolgerung, dass die geäußerten Legitimationsbemühungen vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen eine gewisse empirische Basis haben können. Allerdings beziehen sich diese Aussagen vorrangig auf die Industrieländer und negative Erfahrungen werden nicht berücksichtigt, so dass sich „die alltäglichen Legitimationsbemühungen um die Sportförderung in der Gefahr [befinden], in ihrer Tendenz zu ideologischen Äußerungen über den Sport zu werden“ (Digel, 1989, S. 73). Dies wird angesichts der offensichtlichen Mängel im sportwissenschaftlichen Forschungsstand zu den Funktionen des Sports in der Entwicklungshilfe noch augenscheinlicher.

So gelten nach Digel (1995) schon die zugeschriebenen Wirkmechanismen in den Industrieländern teilweise als fragwürdig und sind erst recht in ihrer Übertragung auf Entwicklungsländer zu prüfen (Digel, 1995, S. 147). Hierbei macht der Autor insbesondere auch wieder auf die Gefahr der Missachtung der gegebenen Bedingungen in den Entwicklungsländern aufmerksam, weil die Effekte des Sports häufig durch ungeprüfte Transferannahme begründet werden (vgl. Digel, 1995, S. 151). Um den konstatierten Forschungsmangel zu beseitigen, stellt Digel (1989) im Rahmen einer theoriegeleiteten Diskussion fundierte Begründungen und Aussagen über die Wahr-

scheinlichkeit bestimmter entwicklungspolitischer Wirkweisen des Sports in Entwicklungsländern auf (vgl. Digel, 1989, S. 77–139).¹⁷⁰ In der Auswahl der Funktionen orientiert sich Digel (1989) an der sportpolitischen Legitimationsdiskussion und nimmt ausdrücklich Bezug auf diese (vgl. Digel, 1989, S. 76). So werden die Funktionen des Sports und ihre Wirkweise hinsichtlich allgemeiner Entwicklungsziele der Sportförderung präsentiert. Diese sind je nach Organisation oder Ministerium abweichend gewichtet (vgl. Kapitel 4.2.3).

Die Funktionszuschreibungen an den Sport eröffnen den Zugang zu theoretischen Grundlagen für die Annahme, dass Sport in der HIV/AIDS-Prävention wirksam sein kann. Weil nicht alle Funktionszuschreibungen an den Sport zur Beantwortung der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit von unmittelbarer Bedeutung sind, werden nur Funktionen betrachtet, aus denen sich offensichtliche Resultate für das HIV/AIDS-Problems ableiten lassen. Folglich sind die ersten sechs Funktionen des Sports in der Modernisierung von Gesellschaften für die vorliegende Arbeit bedeutsam (vgl. Abbildung 28). Ebenso werden diese Entwicklungsfunktionen aber auch am ehesten bezweifelt, wie in der Nachzeichnung der von Digel (1989) theoretisch angeführten Argumente deutlich wird, die in den folgenden Kapiteln vorgenommen wird (vgl. Digel, 1989, S. 121).

Gemäß den im zweiten Kapitel aufgestellten Kategorien zur Erfassung des Bereichs der Entwicklung sind die soziale Ungleichstellung von Frauen und die mangelnde formale Bildung wesentliche Faktoren, die sich auf die HIV-Prävalenz auswirken (vgl. Kapitel 2.4). Folglich kommt der Sportentwicklungshilfe als Emanzipationsinstrument sowie als Bildungshilfe grundlegende Bedeutungen in der HIV/AIDS-Prävention zu (vgl. Kapitel 2.3.6; sowie Kalipeni et al., 2004, S. 100). Allerdings sind die vorliegenden wissenschaftlichen Befunde der Funktionalisierung des Sports als Instrument der

¹⁷⁰ Es wird dabei kaum möglich sein, die Wirkung des Sports in Entwicklungsländern im Sinn einer Intervention in einem naturwissenschaftlichen Experiment nachzuweisen. Eine eindeutige Zuordnung von Ursache und Wirkung, wie es in einem Laborexperiment möglich ist, wird in der Situation des Sports nicht gegeben sein, woraus sich umso offensichtlicher die Notwendigkeit einer theoretischen Reflexion über die Funktionen des Sports ableiten lässt (Digel & Fornoff, 1989, S. 74).

Emanzipation nach Digels (1989) Ansicht zu gering, um ihre reale Gültigkeit beurteilen zu können (vgl. Digel, 1989, S. 122).

Trotzdem werden sie kurz skizziert, um die theoretischen Argumente für eventuelle Wirkungen der Sportentwicklungshilfe zur Emanzipation beziehungsweise zur Verbesserung der sozialen Stellung der Frauen in Gesellschaften von Entwicklungsländern vorzustellen (vgl. Digel, 1989, S. 135). Darüber hinaus nimmt die bildungspolitische Legitimation einen Stellenwert in der Diskussion um die Sportförderung ein. Für Digel (1989) reichen die wissenschaftlichen Befunde auch hier nicht aus, um eine differenzierte Beurteilung ihrer realen Gültigkeit vorzunehmen (vgl. Digel, 1989, S. 122).

4.3.1 Sportentwicklungshilfe als Instrument der Persönlichkeitsbildung

Die positiven Wirkungen sportlicher Aktivität für die Entfaltung der Persönlichkeit werden grundsätzlich nicht bezweifelt und sind als wesentlicher *Sozialisationsfaktor* im modernen Sport unumstritten. Sie beziehen sich aber zunächst auf den Sport in Industrieländern. So wird dem Sport beigemessen, Änderungen von Einstellungen und Verhaltenweisen und damit die Dynamisierung von Strukturen zu bewirken. Dabei wird die Einschränkung vorgenommen, dass es andere gesellschaftliche Bereiche gibt, die bereits einer solchen Veränderung obliegen (vgl. Digel, 1989, S. 77).

Der Bezugsrahmen der Persönlichkeitsbildung sollte nach Digels (1989) Meinung auch die Formen des Sports umfassen, die als „Sozialpolitik“ eingesetzt werden (Digel, 1989, S. 78). Sie vermitteln grundlegende Persönlichkeitseigenschaften, die unter Basisqualifikationen oder auch Life-Skills subsumiert werden. Ihnen liegt die Annahme zugrunde, dass eine *Kausalität zwischen Sport und Persönlichkeitsbeziehungsweise Verhaltensmerkmalen* besteht. Diese lassen sich jedoch aus sportpsychologischer Perspektive mit empirischen Ergebnissen nicht hinreichend begründen. Dennoch gibt es vereinzelte praktische Beispiele, in denen die Ausbildung von Persönlichkeitseigenschaften auf den Sport zurückgeführt werden können. So konnte in Entwicklungsländern an der Institutionalisierung des Schulsports nachgewiesen werden, dass die physischen Eigenschaften des Sports, wie die körperliche Leistungsfähigkeit, positive Effekte auf die Entwicklung von Basisqualifikation hat. Sie

sind relevant, um gesellschaftliche Anforderungen besser bewältigen zu können (vgl. Digel, 1989, S. 79).

Den Funktionszuschreibungen der Persönlichkeitsbildung liegen *Transferannahmen* zugrunde. Heinemann (1974) differenziert die Bedingungen und Voraussetzungen für den Transferprozess, die den Zusammenhang von Sport und Persönlichkeitsbildung nachzeichnen.¹⁷¹

„Die Möglichkeit einer solchen Übertragung im sportlichen Bereich geprägter Fähigkeiten, Kenntnisse und Dispositionen hängt einmal davon ab, inwieweit die im außerschulischen Lebensbereich vorherrschenden Strukturzüge identisch oder doch analog sind mit jenen Merkmalen des Sports – insofern hängen beide Problembereich eng miteinander zusammen –, zum anderen aber auch von der psychischen Struktur der Einzelpersonlichkeit, also z.B. der Fähigkeit, heterogene und divergierende Erfahrungen und Anforderungen in verschiedenen Lebensbereichen zu integrieren, zu verallgemeinern und als etwas Gemeinsames zu erkennen [...]“ (Heinemann, 1974, S. 67, zitiert nach Digel, 1989, S. 80).

Demnach ließen sich im Sport erworbene Verhaltensweisen auf andere gesellschaftliche Bereiche übertragen. Allerdings bringt Digel (1989) die Einschränkung an, dass auch eine Transferleistung im konditionellen Bereich von einer auf die andere Sportart nur mäßig möglich ist. Sie gelingt von einer auf eine andere Sportart umso eher, desto verwandter die Sportarten sind. Deshalb scheinen Transferleistungen im nicht-physischen Bereich noch unwahrscheinlicher (vgl. Digel, 1989, S. 79). Entsprechend ist eine generelle Übertragbarkeit nicht gesichert und bedarf einer tiefergehenden Betrachtung. Denn Digel (1989) nimmt an, dass

¹⁷¹ Die Problematiken der Transferannahme sind auch für andere Funktionszuschreibungen von Bedeutung und darüber hinaus auch für andere Versuche, den Sport für Entwicklungsförderung zu instrumentalisieren. Denn auch Ziele wie die „Dynamisierung der Strukturen“ oder „Soziale Integration“ setzen immer wieder bei individuellen Lernprozessen an, die nicht nur für auf die Persönlichkeitsbildung ausgerichtete Zielbereiche Ansatzpunkt bieten (vgl. Digel, 1989, S. 81).

„Fortschritte in der Transferforschung entscheidende Veränderungen in der Legitimations-Diskussion der Entwicklungszusammenarbeit bringen können. [Außerdem kann es] durchaus die erwünschten Transfers in der Praxis geben, [...] zu deren Erforschung das bislang existierende Forschungsinstrument jedoch kaum tauglich ist“ (Digel, 1989, S. 81).

Daher sind nach Digel (1989):

- a) der Umfang der im Sport erworbenen und zu übertragene Befähigungen und
- b) die Ähnlichkeit der Anforderungen der erworbenen Fähigkeiten und des Zielbereiches des Transfers differenzierter zu betrachten (vgl. Digel, 1989, S. 80).

Der Autor geht davon aus, dass strukturelle Ähnlichkeiten zwischen den Transferbereichen für die Wirksamkeit und damit für die Plausibilität der Funktionszuschreibung entscheidend sind (vgl. Digel, 1989, S. 82). Zur Prüfung dieser Annahme wird die theoretische Reflexion der Übertragung von Persönlichkeitseigenschaften auf Entwicklungsländer von Digel (1989) nachgezeichnet. Dabei werden drei Persönlichkeitsmerkmale vorgestellt, die als Merkmale des modernen Sports gelten und im modernisierungstheoretischen Kontext für die Entwicklung von Gesellschaften relevant erscheinen. Entsprechend werden a) der Leistungsorientierung, b) der Übertragung prosozialer Verhaltensweisen und c) der Fähigkeit, Probleme zu lösen, eine Bedeutung im Entwicklungsprozess zugemessen (vgl. Digel, 1989, S. 82).

- a) Das Persönlichkeitsmerkmal der *Leistungsorientierung* wird in Entwicklungsländern unter bestimmten Ausgangsbedingungen in Zusammenhang mit wirtschaftlichem Wachstum gebracht.¹⁷² Allerdings gibt es auch Gesellschaften, in denen Leistung als Persönlichkeits-Qualifikation in Konflikt mit den gebräuchlichen Persönlichkeitseigenschaften geraten könnte. Das ist der Fall, wenn Gesellschaften den individuellen Wettbewerb ablehnen oder nur in bestimmten Bereichen befürworten. Die individuelle Leistungsmotivation ist dann eher gering einzuschätzen. Es kann somit nicht von einer pauschalen Leistungsorientierung gesprochen wer-

¹⁷² Ein Anstieg der Leistungsmotivation wird als verursachender Faktor für unternehmerischen Erfolg gesehen, vorausgesetzt, dass es den Beruf des Unternehmers in der Gesellschaft überhaupt gibt (vgl. Digel, 1989, S. 82).

den. Für den Sport bedeutet es, dass entsprechende Förderungsmaßnahmen der Persönlichkeitseigenschaften erfolgreich erscheinen, wenn sie an der sozialen Gruppe orientiert werden. Denn eine Erziehung zu Leistungsorientierung hat Auswirkungen sowohl auf das individuelle als auch auf das gesellschaftliche Zusammenleben. Für den Sport können dabei vorfindbare traditionelle Formen des Sports aufgenommen und leistungsthematisch gestaltet werden. Allerdings ist wie auch schon bei den HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen darauf zu achten, dass Methoden zum Beispiel zur Leistungssteigerung aus Industrieländern auf Entwicklungsländer nur übertragen werden sollten, wenn sie kulturell angepasst werden (vgl. Digel, 1989, S. 82–83). Die Leistungsorientierung gilt auch als Persönlichkeitseigenschaft, die jungen Menschen bei der Arbeitssuche helfen und damit zur Wohlstandssteigerung verhelfen kann, wodurch sie weniger anfällig für HIV/AIDS werden (vgl. Kapitel 2.1.4).

- b) Digel (1989) macht des Weiteren auf die Probleme aufmerksam, die mit dem Versuch der *Übertragung prosozialer Verhaltensweisen* in Zusammenhang stehen. Denn proziale Verhaltensweisen sind von den gesellschaftlichen Moralvorstellungen geprägt, die in Industrieländern eine andere als in Entwicklungsländern ist. Es wurde im Kontext des gesellschaftlichen Wertewandels (vgl. Kapitel 4.1.2) bereits auf die Werte und Normen von westlich geprägten Industrieländern hingewiesen, die angesichts eines zunehmenden Leistungsdenkens, postmaterieller Werthaltungen und eines fragwürdigen Individualismus im Allgemeinen auch kritisch betrachtet werden können (vgl. Digel, 1989, S. 83). Digel (1989) weist in seiner Übertragung auf Entwicklungsländer auch auf negative Effekte hin und konstatiert kritisch, dass „zunehmend Tendenzen zum Individualismus und hemmungslosen wirtschaftlichen Erfolgsstreben [zu beobachten sind], die als Effekte der Modernisierung ehemals unterentwickelter Gesellschaften zu interpretieren sind“ (Digel, 1989, S. 83–84).

Die Moralerziehung ist für Digel (1989) bedeutsam, weil der Modernisierungsprozess eine zunehmende Desintegration traditionaler Kulturen erzeugt. Diese zeigen sich darin, dass die kleinen sozialen Netzwerke überschaubarer Gemeinschaften ihre Relevanz verlieren, verwandtschaftliche Solidarität fragwürdig wird und Loyalität gegenüber der Stammesgemeinschaft in Konflikt mit dem Gleichheitsprinzip des modernen Berufslebens steht. Die sich daraus entwickelnden Identitätsprob-

leme führen dann zu den skizzierten Moralvorstellungen. „Jugendkriminalität, Drogenabhängigkeit und vorrangige Orientierung an kostenintensiver westlicher Massenkultur (Popmusik, Action- und Kriminalfilme) sind die für jedermann sichtbaren Signale“ (Digel, 1989, S. 84). Um diesen Entwicklungen zu begegnen, wurde beispielsweise in Tansania versucht, „eine moralische Neuorientierung des Erziehungswesens einzuleiten. [Es wurde angestrebt], die Entwicklung egoistisch-elitärer Einstellungen zu unterbinden und Orientierung der Solidarität und Kooperation beim Aufbau einer neuen Gesellschaft zu fördern“ (Digel, 1989, S. 84).

Die Schule scheint dabei jedoch nach Digels (1989) Analyse kein Ort zu sein, um prosoziale Mängel ausreichend kompensieren zu können, die an anderen Stellen der Gesellschaft verursacht werden. In Entwicklungsländern empfiehlt der Autor daher eine „Revitalisierung traditioneller Erziehungsinhalte“ (Digel, 1989, S. 84). Denn die traditionellen Wertorientierungen waren immer schon soziale Beziehungen, die auf das Zusammenleben in der Gruppe ausgelegt und auch außerhalb des schulischen Kontextes gebräuchlich waren. So scheint es nach Meinung des Autors sinnvoller, die prosozialen Erziehungsziele an den Formen des prosozialen Verhaltens der Gesellschaft in Entwicklungsländern auszurichten und nicht am Prinzip der Leistung beziehungsweise an Modellen des sozialen Lernens zu orientieren. Zudem waren in diesem Kontext insbesondere auch Bewegungsrituale bedeutsam, die eine harmoniestiftende Funktion hatten (vgl. Digel, 1989, S. 84).

Digel (1989) resümiert des Weiteren, dass sich Konkurrenz und Kooperation nicht ausschließen, wenn prosoziales Verhalten nicht als kriterienlose Hinwendung zur Gemeinschaft verstanden wird, sondern als zielorientierte Abstimmung und gemeinschaftliches Verhalten aufgefasst wird (vgl. Digel, 1989, S. 85).¹⁷³ Der Sport

¹⁷³ Insbesondere in Mannschaftsportarten sind kollektives Handeln und Gruppenbildung in Verbindung mit Leistungsorientierung die Erfolgsgrundlage. Beispielsweise ist das Fußball- oder Basketballspiel leistungsorientiert, damit die eigene Mannschaft eine bessere Leistung als die gegnerische Mannschaft erbringt. Dennoch zeigt sich das Leistungsbestreben auch darin, dass sowohl eine Niederlage als auch die bessere Leistung der gegnerischen Mannschaft akzeptiert wird. Erreicht werden kann das Ziel nur dadurch, dass das Individuum seine Leistung dem Dienst der Mannschaft unterstellt. „Die

vermag den Widerspruch der leistungsorientierten Werthaltung und des prosozialen Verhaltens aufzuheben, weil es die grundlegenden Elemente des Sports sind. Deshalb muss die Stärkung der Leistungsorientierung zur Förderung des wirtschaftlichen Wachstums nicht auf Kosten der vorhandenen Wertorientierungen wie Gruppenverantwortung erfolgen. Hinsichtlich der HIV/AIDS-Prävention erscheint die Übertragung prosozialer Verhaltensweisen aus der Moralerziehung hinsichtlich sexueller Praktiken Einfluss nehmen zu können, die eine HIV-Transmission begünstigen können. Ebenfalls kann das Erlernen prozialer Verhaltensweisen die gegenseitige Rücksichtnahme von Partnern schulen, so dass sie weniger anfällig für eine HIV-Infektion werden.

- c) Das Persönlichkeitsmerkmal der *Fähigkeit, Probleme zu lösen* erscheint grundlegend für die Gestaltung von Entwicklungsprozessen zu sein, weil dem Sport in Industrieländern dabei eine bedeutende Rolle zugewiesen wird. Allerdings kann der Sport sein Potential erst entfalten, wenn eine künstliche Lernwelt erschaffen wird und er aus seiner praktischen Anwendung herausgenommen wird. Es muss eine unmittelbare Betroffenheit zwischen dem Problem und dem Lernenden hergestellt werden, indem das Problem eine Bedeutung in der Lebenswelt der Lernenden hat. So kann dann gerade im Sport die Problemlösefähigkeit ein zentrales Ausbildungsziel sein, weil auf sehr direkte Weise ein Bezug zu Alltagsproblemen hergestellt werden kann. Dabei sollten die Problemtypen, die zum Beispiel in der Schule im Rahmen der Lebenszusammenhänge analysiert werden, für möglichst alle Lernenden gleichermaßen relevant sind. Hierfür bieten sich ebenfalls wie beim prosozialen Lernen die Sportspiele an, die auf die Probleme der Betroffenen angewendet und als offene Konzepte mit variablen Werten und Normen betrachtet werden sollten. Denn Digel (1989) vermutet, dass die Übertragung der Konzepte zur Problemlösung auf die Entwicklungsländer ähnliche Probleme wie bei der Leistungsorientierung aufwirft. Vor diesem Hintergrund scheinen Problemlösefähigkeiten positive Wirkungen auf die Entwicklung von Gesellschaften in Entwicklungsländern leisten zu können. Einschränkend weist der Autor aber auch noch darauf hin,

Sportspiele stellen somit ein nahezu ideales Bestätigungsfeld für beide Handlungsorientierungen – für prosoziale und leistungsorientierte – dar (Digel, 1989, S. 86).

dass die Bedingungen an Schulen in Entwicklungsländern dafür nicht förderlich sind. Der vorwiegend lehrerzentrierte Unterricht verlangt lediglich rezeptives Lernen von den Schülern und lässt wenig Spielraum für kreative Entwicklung von Problemlösefähigkeiten. Gleiches ist in Bezug auf die weitverbreitete paramilitärische Ausrichtung der Sporterziehung festzustellen. Darüber hinaus halten traditionelle Gesellschaften häufig an ihren existierenden Lösungen und Denkmustern fest, an denen sie häufig weder Kritik ausüben, noch nach neuen sozialen Lebensformen oder Bewältigungsstrategien suchen (vgl. Digel, 1989, S. 86–87). Die Vermittlung der Fähigkeiten, Probleme zu lösen, scheint hinsichtlich der HIV/AIDS-Prävention eine wichtige Eigenschaft zu sein, die einen adäquaten Umgang mit der HIV/AIDS-Epidemie und mit betroffenen Menschen zu vermitteln vermag. Denn Angehörige oder selber HIV-infizierte Menschen werden mit vielfältigen Problemen wie Diskriminierung, Stigmatisierung oder Einkommens- und Ernährungsunsicherheit konfrontiert.

Die Vermittlung von Basisqualifikationen beziehungsweise Life-Skills im Sport kann demnach als eine grundlegende Komponente des Sports in der HIV/AIDS-Prävention betrachtet werden. Einschränkend ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Transferprozesse der im Sport erlangten Fähigkeiten je eher wirksam sind, desto ähnlicher die Anwendungsfelder sind. Daher ist ein direkter Bezug der sportlichen Intervention zum HIV/AIDS-Problem herzustellen, so dass die Zielgruppe ihre erlangten Persönlichkeitseigenschaften auch hinsichtlich des Problems anwenden kann.

4.3.2 Sportentwicklungshilfe als Integrationsinstrument

Funktionszuschreibungen an den Sport in der Entwicklung von Gesellschaften werden insbesondere dort gesehen, wo ein *Prozess des Nation-Buildings* vollzogen werden muss. Gerade in Entwicklungsländern wurden durch den Kolonialismus rivalisierende Stämme und Kulturen mit unterschiedlichen Traditionen innerhalb einer Grenze zusammengebunden, bei denen eine nationale Identifikation entstehen sollte. Der Sport wird dabei als Instrument zur Herausbildung einer nationalen Identität und des Ausgleichs sozialer Gegensätze in der Gesellschaft betrachtet (vgl. Digel 1989, S. 87). Zum Beispiel setzt das IOC in ihrem Flagship-Projekt im *Sport-for-Hope-*

Programm im Olympic Youth Development Centre (OYDC)¹⁷⁴ in Sambia auf die positiven Auswirkungen des Sports, der eine integrierende und erzieherische Funktion erfüllen soll. So misst IOC-Präsident Jacques Rogge dem Sport bei, dass „sport strengthens the body and the mind“ und betont die integrierende Funktion des Sports für die nationale Identifikation (IOC, 2010, S. 41). „It brings hope, it brings dreams, it brings joy. And for the nation, it allows for identification and a lot of pride. That’s the reason why we built this centre“ (IOC, 2010, S. 41).¹⁷⁵

Ebenso wie auch bei den vorangegangenen Funktionen ist die empirische Absicherung nicht gegeben (vgl. Digel, 1989, S. 88–89). Nach Digel (1989) kann ein Fortschritt hinsichtlich dieser Beweisführung erlangt werden, wenn der Sport zunächst in seiner Integrationsfunktion näher bestimmt wird. Hierzu differenziert der Autor den Sport danach, ob eine Integration *von oben nach unten* oder *von unten nach oben* stattfindet. Bei der ersten Möglichkeit folgt die Integration einem *a) politischen Ansatz*, bei der zweiten einer *b) pädagogischen Intervention* (vgl. Digel, 1989, S. 88–89).

a) Die Integrationsmöglichkeiten hinsichtlich *politischer Aspekte* werden mit dem Leistungs- und Hochleistungssport assoziiert. So werden solidarisierende Effekte ohne eine weitere Prüfung angenommen, wenn sich der einzelne Bürger bei internationalen Wettkämpfen beim Aufstellen der Nationalmannschaft beziehungsweise beim Spielen der Nationalhymne mit seiner Nation identifiziert. Auch Heinemann (1985) beschreibt, dass diese Form der Identifikationsmöglichkeiten mit der eigenen Mannschaft beispielsweise bei Fußball-Länderspielen die „inneren Rivalitäten“ überdecken und sogar Aggressionspotentiale gegenüber dem Gegner hervorbringen können (Heinemann, 1985, S. 233, zitiert nach Digel 1989, S. 90).

¹⁷⁴ Das Sport-for-Hope-Programm des IOC hat das Ziel, Leben durch Sport und die olympischen Werte zu verändern. Darüber hinaus möchte das OYDC-Bildungs- und Erziehungsprogramm gesundheitliche Versorgungsleistungen sowie gemeinschaftliche Aktivitäten zu Verbesserung der Lebensqualität in Ländern anbieten, die von HIV/AIDS, Armut und Kriminalität betroffen sind. Es soll Jugendlichen Hoffnung für ihre Zukunft geben und vermag dies aus Sicht eines Jugendlichen auch zu vollbringen: „For us, this is hope. They’re kind of saving our lives with this“ (IOC, 2010, S. 41).

¹⁷⁵ Das OYDC des Sport-for-Hope-Pilotprojektes in Sambia hat insgesamt 13 Millionen US-Dollar gekostet (vgl. IOC, 2010, S. 42).

Digel (1989) kommt in seinen Ausführungen zu der Feststellung, dass dabei die Parteinahme für die eigene Nation und Nation-Building weniger als ein Widerspruch aufzufassen, sondern als die *zwei Seiten einer Medaille* zu verstehen sind. Sie bedeuten auch keineswegs die Widerlegung der Annahme, dass der Sport einen Beitrag leisten kann. Das Problem dabei ist, die gewünschte Solidarisation ohne die negativen Effekte zu erreichen (vgl. Digel 1989, S. 90).

Digel (1989) führt als *positives Beispiel* des Sports als Identifikationsinstrument den *Nation-Building-Prozess* in Australien an. Darin wird deutlich, dass nach dem Ende der Kolonialisierung durch Großbritannien der äußerst populäre Kricketsport einen Indikator für nationale Stärke und Ansehen darstellt. Der Sport war das Symbol der eigenständigen nationalen Identität, weil er ein fester Bestandteil der Alltagskultur wurde. Der Sport kann des Weiteren identifikationsstiftend bei sportlichen Großereignissen von Entwicklungsländern sein, die in den letzten Jahrzehnten ihre Unabhängigkeit erlangt haben. Denn er kann eine Symbolkraft für die Modernisierung haben und ein Instrument für Hoffnung auf eine bessere Zukunft sein, weil er Menschen erreicht, die sich nun von modernen zentralen Regierungen ebenso wenig angesprochen fühlen wie von den früheren Kolonialmächten. Die Voraussetzung dafür ist die Verbreitung der Massenkommunikation, die in vielen Entwicklungsländern jedoch nicht flächendeckend vorhanden ist (vgl. Digel, 1989, S. 90–93).

Allerdings kann der Sport *negative Effekte* auslösen, wenn er zur Präsentation eines fragwürdigen Systems eingesetzt und zur Erlangung internationaler Anerkennung instrumentalisiert wird. Zum Beispiel sind internationale sportliche Großereignisse zwar ein imageförderndes Instrument. Gleichzeitig können sie aber auch von Menschenrechtsverletzungen und sozialen Ungerechtigkeiten eines Landes ablenken. Vor allem postkoloniale Entwicklungsländer versuchen nun, über sportliche Leistungen ein Nationalbewusstsein auszubilden. Dabei werden Investitionen häufig nur im Hochleistungssport vorgenommen, weil er diese Funktion erfüllen kann. Wird der Breitensport dabei vernachlässigt, wird das Integrationspotential des Sports an dieser Stelle nicht genutzt. Gleichzeitig wächst auch die soziale Distanz zwischen den sportlichen Erfolgen der Spitzenathleten und dem durchschnittlichen Bürger, wodurch die Identifikation mit den Erfolgen im Leistungssport gefährdet wird.

b) Ebenso differenziert, wie sich die politische Perspektive der Funktionalisierung des Sports zum Nation-Building darstellt, ist nach Digels (1989) Ausführungen auch der *pädagogische Einsatz* des Sports als Instrument der Integration zu erörtern. Die Regierungen in Entwicklungsländern messen dem *Erziehungswesen* beziehungsweise den Schulen häufig einen hohen Stellenwert bei der Bildung einer nationalen Identität bei. Dabei können mit Hilfe der Instrumentalisierung des Sports soziale und wirtschaftliche Heterogenität überwunden werden. Des Weiteren verweist Digel (1989) auf die integrierende Leistung des *Sportvereins*, die abhängig vom Niveau des Organisationsgrades und der spezifischen Verfasstheit der freiwilligen Organisation unumstritten ist. Auch wenn die Merkmale des Sportvereins in Entwicklungsländern eher fremd sind, könnte der Sportverein nach Digel (1989) ein Vorbild für ein *Ordnungssystem* darstellen. Er könnte eine vermittelnde Instanz zwischen kleineren Gruppen privater Existenzen und großen staatlichen Organisationen bilden. Ein Integrationseffekt ist zu erwarten, wenn es einen Ort gibt, an dem institutionalisiert Sport getrieben werden kann. Das ist gleichzeitig auch der Grund, warum dieser in Entwicklungsländern nur selten zu finden ist (vgl. Digel, 1989, S. 94–96). Allerdings stellt Digel (1989) die Erziehung als Instrument zur Bildung eines nationalen Bewusstseins auch in Frage, weil Erziehungsprozesse auch dafür verantwortlich gemacht werden, den soziokulturellen Abstand innerhalb der Gesellschaft zu vergrößern. Ebenso ist auch fragwürdig, ob der Sport dabei eine integrative Leistung erbringen kann (vgl. Digel, 1989, S. 90). Wenngleich der Sport häufig als Symbolsystem mit einer gemeinsamen Sprache gesehen wird, ist in Entwicklungsländern wie auch in Industrieländern zwischen verschiedenen Sportarten häufig ein hierarchisches Gefälle nach Religion und Rasse festzustellen, die eher zu Desintegration im Sport führen (vgl. Digel, 1989, S. 94–96). Bereits während der Kolonialzeit differenzierte sich die Organisation des Sports unter ethnischen Gesichtspunkten. Der Sport wurde „als gesellschaftliches Instrument zur praktischen und ideologischen Forcierung der Apartheidpolitik missbraucht [sic]“ (Rummelt 1986, S. 132, zitiert nach Digel, 1989, S. 97; sowie auch Kapitel 4.2.5).

Des Weiteren prüft Digel (1989) die integrierende Leistung des Sports zur Eingliederung von Ausländern, die sich auch auf die Integration von Minoritäten und gesellschaftlichen Gruppen beziehungsweise HIV/AIDS-betroffener Menschen übertragen

lässt (vgl. ESART, 2008, S. 21). Dabei sind die Aspekte der *Integration* und der *Assimilation*¹⁷⁶ entscheidend (vgl. Digel, 1989, S. 97). Für eine vollständige Eingliederung in die neue Gesellschaft müssen sowohl die Integration als auch die Assimilation vollzogen werden. Wenngleich beide Aspekte in unterschiedlichem Maße am Prozess beteiligt sind, wird die jeweilige Prozessleistung pauschal dem Sport zugesprochen und die Wirkung pauschal als Integrationsleistung bezeichnet. Die Funktion des Sports offenbart sich gemäß dem unter Sportwissenschaftlern verbreiteten Standpunkt schon allein durch die Teilnahme an der Nationalsportart eines Landes, weil dadurch die gültigen Werte und Normen vermittelt werden. Durch kognitive Assimilation werden diese dann zum eigenen Wertsystem gemacht (vgl. Digel, 1989, S. 98).

Darüber hinaus wird dem Sport eine Funktion hinsichtlich einer kognitiven Assimilation im Rahmen des Sportunterrichts zugesprochen. Denn für Kinder mit Migrationshintergrund kann der Sport ein Ort einer vorurteilsfreien Begegnung von Menschen unterschiedlicher Herkunft sein, wo sie eine neue Sprache spielerisch erlernen können (vgl. Digel, 1989, S. 98).

Digel (1989) resümiert jedoch, dass die Integrationsfunktion des Sports nicht generell bestätigt werden kann, sondern bei einer konkreten Analyse der sprachlichen und sozialen Assimilation sowie der personalen Integration erkennbar wird. Dabei nimmt der Sport für bestimmte Teilaspekte eine Funktion ein, wobei andere Variablen wie das Einreisalter noch einflussreicher sind. Digel (1989) schränkt ein, dass diese Aspekte auf Entwicklungsländer zu übertragen sind, in denen der Sportverein oder Schulsport eventuell nicht in dem erforderlichen Maße ausgebildet ist.

Vor allem zeigt sich das Integrationsproblem in Entwicklungsländern weniger zwischen ethnischen Gruppen und einer Aufnahmegesellschaft, sondern die Gesamtgesellschaft besteht aus vielen verschiedenen Bevölkerungsgruppen (vgl. Digel, 1989,

¹⁷⁶ Integration ist nach Esser (1982, S. 282) als das Ausmaß zu verstehen, in dem sich eine „ethnische Gruppe in einem gleichgewichtigen Verhältnis zur Aufnahmegesellschaft befindet“. Assimilation ist „der – variable – Grad der Angleichung an gewisse Standards in der Aufnahmegesellschaft“ (Esser, 1982, S. 282, zitiert nach Digel, 1989, S. 97).

S. 101). Ebenso wird auch die *Lösung sozialer Probleme* als pädagogische Intervention mit integrativer Funktion bezeichnet. Doch auch dabei geht Digel (1989) von Restriktionen hinsichtlich der Funktionen des Sports aus, weil sich soziale Probleme vorwiegend auf Strukturprobleme beziehen und diese nur unter bestimmten Voraussetzungen durch den Sport überwunden werden können. Der Autor warnt davor, dass die Probleme durch den Sport als pädagogische Intervention eher nur einer neuen Perspektive betrachtet, aber nicht gelöst werden können (vgl. Digel, 1989, S. 97–99). Fernerhin wirft Digel (1989) die Frage auf, inwieweit der Sport in seiner Funktion des Nation-Buildings und der Bemühung um Integrationsleistungen in Konflikt mit Religionen steht. Denn in Ländern, in denen der fundamentalistische Islam dominiert, stehen die religiösen Bestrebungen in einem Konflikt mit den integrativen Aspekten des Sports. Dabei kann der Sport sich häufig gar nicht erst entfalten, weil er als Phänomen der Moderne erst gar nicht angenommen wird (vgl. Digel, 1989, S. 103).

Abschließend lässt sich resümieren, dass der Sport eine gewisse Rolle als Integrationsinstrument einnehmen kann, wenn der Sport im Nation-Building-Prozess sinnvoll eingesetzt wird und die Voraussetzungen bekannt sind und beachtet werden. Zudem deutet Digel (1989) noch auf die informelle Weise hin, auf die der Sport auch in Entwicklungsländern eine integrierende Wirkung zeigt. Der Autor beschreibt ein Beispiel, bei dem der Sport als Kommunikationsanlass dient und somit eine kommunikationsstiftende und integrierende Wirkung erzielt. Die Sportkommunikation ist dabei Inhalt der Jugendkultur (vgl. Digel, 1989, S. 105).

4.3.3 Sportentwicklungshilfe als Identifikationsinstrument

Die Erörterung der Sportentwicklungshilfe als Integrationsinstrument und Instrument des Nation-Buildings führen zu der Frage der *psychologischen Aspekte*, inwiefern der Sport als Identifikationsmöglichkeiten für Menschen fungieren kann. Die werden dort unterstellt, wo eine Identifikationsleistung des Sports über die Identifikation von Individuen mit dargebotenen oder erbrachten Leistungen erfolgt.

Die theoretischen Ansätze dazu beschäftigen sich gemäß den Ausführungen von Digel (1989) mit der Identifikation eines Individuums mit dem Sport über die Person des erfolgreichen Spitzensportlers. Entscheidend dabei ist, dass die Identifikationsfunktion des Sports und die Idolbildungsprozesse an ein differenziertes System der Mas-

senkommunikation gebunden sind. Erst durch die massenmediale Unterstützung kann ein Beliebtheits- und Bekanntheitsgrad erzeugt werden. Die Bekanntheit und Beziehung über die Medien ist wichtig, um eine wie auch immer geartete emotionale Beziehung zwischen dem Heranwachsenden und dem Sportler herzustellen. Ebenso kreieren die Massenmedien ein bestimmtes Bild von einem Idol, das nicht unbedingt seiner Person entsprechen muss, aber als Projektionsfläche für Identifikationsprozesse dient (vgl. Digel, 1989, S. 106-108).

Allerdings erfüllen die Massenmedien aber auch die gegensätzliche Funktion. Denn sie schaffen auch eine Distanz zwischen dem Jugendlichen und dem Idol. Diese stellt zwar eine Voraussetzung für den Identifikationsprozess dar, weil das Vorbild zwar grandios, erfolgreich, aber auch unnahbar sein muss, jedoch besteht auch die Gefahr der Frustration. Denn in Entwicklungsländern gelten die Unterschiede zwischen der eigenen, häufig sehr von Armut geprägten Lebenssituation und der der erfolgreichen, häufig reichen Sportstars als unüberwindbar. Ähnlich verhält es sich auch mit der sportlichen Leistung des Vorbilds. Wenn diese als zu unerreichbar erscheint, kann auch diese Distanz eher zu negativen Effekten führen.

Ebenso orientieren sich Menschen bei der Idolbildung an den vorherrschenden kulturellen Werten. Weil diese sich in den Industrieländern von denen in den Entwicklungsländern unterscheiden, kann von einer bedingten Übertragbarkeit der Identitätsfunktion ausgegangen werden. Zum Beispiel kann die Wahl des Idols in Entwicklungsländern nicht wie in modernen Gesellschaften nur an sportliche Leistungen oder Sympathie für den Sportler geknüpft sein, sondern auch religiösen oder ethnischen Zugehörigkeiten folgen oder an Menschen mit einer hohen sozialen Mobilität gebunden sein. Es ist zu beachten, dass die Funktion des Sports hinsichtlich einer Idolbildung nur für Kinder und Jugendliche zutrifft, weil Sozialisationswirkungen von Vorbildern vorwiegend in der primären Sozialisation zu erwarten sind (vgl. Digel, 1989, S. 109).

Im Wesentlichen werden die Identifikationsprozesse durch die Bindung an ein differenziertes System der Massenkommunikation bestimmt, das in Entwicklungsländern verbreitet sein muss. Ebenfalls spielen die kulturellen Hintergründe eine Rolle, weil in traditionell geprägten Gesellschaften weniger das Leistungsstreben, das von Sportlern verkörpert wird, als vielmehr religiöse und ethnische Werte im Vordergrund ste-

hen können. Hier finden Athleten eventuell dann weniger Beachtung bei der Idolbildung (vgl. Digel, 1989, S. 108).

Der Sport als Identifikationsmöglichkeit und Idolbildungsprozess kann jedoch nach Ansicht von DCMS & DfiD (2006) eine wichtige Funktion in der HIV/AIDS-Prävention einnehmen, wenn Idole unter den dargestellten Bedingungen in Entwicklungsländern als Vorbilder auftreten können. Denn bekannte Athleten bieten eine ideale Plattform für die Kommunikation von Botschaften, wie in der Werbewirtschaft wahrzunehmen ist. Entsprechend legen DCMS und DfiD (2006) die Annahme nahe, dass berühmte Sportler und Athleten in ihrer Idolfunktion auch ein positives Vorbild für die Veränderung eines risikoreichen sexuellen Verhaltens sein können. Wenn Athleten HIV/AIDS-Präventionsbotschaften vermitteln, können sie den nötigen Fokus auf das Problem lenken, weil sie als glaubwürdiger als unbekannte Menschen wahrgenommen werden. So können Athleten im Rahmen von Sportevents freiwillige HIV-Tests empfehlen oder Befürworter gegen Diskriminierung und Stigmatisierung sein (vgl. DCMS & DfiD, 2006, S. 13).

Diese Vermutungen verdeutlichen DCMS und DfiD (2006) mittels eines Projektes, bei dem englische Fußballnationalspieler bei einem Festival in Malawi über die Bedeutung der Kenntnis des eigenen HIV-Status und der Unterstützung HIV-positiver Menschen gesprochen haben. Sie erlangten dabei eine Reichweite von einigen tausend Kindern und Jugendlichen. Die Botschaftertätigkeiten der Spieler wurden über verschiedene Medien wie die größte Tageszeitung und das Radio angekündigt und unterstützt, die ein grundlegender Faktor für die erfolgreiche Identifikationsmöglichkeit waren. Eine unabhängige Evaluation des Projektes resümierte, dass die Athleten die lokalen Bemühungen der HIV-Prävention verstärkt haben. Die Botschaften der Nationalspieler waren wertvoll für die Kinder und Jugendlichen, weil sie als glaubwürdig wahrgenommen wurden und die Aufrufe zu freiwilligen HIV-Tests der lokalen Organisationen intensivierten. Die Wirkung bei den Kindern wurde maßgeblich durch den Bekanntheitsgrad der englischen Nationalspieler erzielt (vgl. DCMS & DfiD, 2006, S. 14).

Ein weiteres Beispiel aus der Studie des britischen Departments für Sport und Entwicklung (vgl. DCMS & DfiD, 2006, S. 15) deutet darauf hin, dass auch lokale, landeseigene Sportler oder auch Trainer ein Vorbild sein können. Diese sind dann an-

gemessen, wenn das Motiv des Sporttreibens der Kinder und Jugendlichen vorrangig darin besteht, mit dem Sport, ähnlich wie ihre häufig westlichen Sportidole, viel Geld zu verdienen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob der Sport überhaupt die in der Arbeit diskutierten Funktionen einnehmen kann, wenn er eigentlich aus wirtschaftlichen Notlagen heraus betrieben wird, um einmal ein erfolgreicher Sportler zu werden.

Hierzu wären sicherlich differenzierte und weiterführende Untersuchungen über die Motive des Sporttreibens und der jeweiligen Wirkung notwendig, die jedoch nicht Bestandteil dieser Arbeit sind. Ebenso ist bei der häufig eher informellen Beziehung zu Trainern darauf hinzuweisen, dass die Trainer eine einflussreiche Vorbildfunktion für junge Menschen einnehmen und damit auch negative Auswirkungen verbunden sein können. Vor allem bei Mädchen und Frauen kann die Beziehung zu ihrem Trainer auch mit Risiken behaftet sein, wenn die Trainer ausnutzen, dass Mädchen sich mit ihnen identifizieren möchten und ihnen vertrauen. Hierzu führen Massao und Fasting (2003) Beispiele sexueller Übergriffe des tansanischen Sportsystems an. Die Situation wird dadurch verschärft, dass es der Respekt vor den Trainern verbietet, sexuelle Skandale aufkommen zu lassen. So trauen sich die Frauen häufig nicht, ihre Erlebnisse anderen Menschen anzuvertrauen (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 128; sowie ausführlich hierzu Kapitel 5.1).

DCMS und DfID (2006) zeigen andererseits anhand eines weiteren Beispiels, dass die amerikanische Kampagne *Play for Life* auch afrikanische beziehungsweise landeseigene Fußballspieler erfolgreich als Identifikationsobjekte einsetzen konnte. Im Rahmen des *African Cup of Nations* führten malische Fußballspieler und Spieler anderer teilnehmender Nationen Schulbesuche durch und verteilten während der Spiele persönlich Handzettel. So verschafften sie sich eine Bekanntheit, Nähe und eine emotionale Bindung zu den Kindern und Jugendlichen, die durch TV- und Radiospots verstärkt wurde. Es wurde ebenfalls versucht, die Wirkung der HIV-Präventionsbotschaften über eine der Zielgruppe angepasste Sprache zu verstärken. Die Botschaft gemäß der ABC-Methode¹⁷⁷ wurde entsprechend mit dem Slogan

¹⁷⁷ Vgl. Kapitel 3.2.4; sowie Office of the U.S. Global AIDS Coordinator, 2005, S. 2–4.

„Playing at Home Beats Playing Away ... Be Faithful to Your Partner“ ausgedrückt (DCMS & DfID, 2006, S. 15).

4.3.4 Sportentwicklungshilfe als Instrument der Gesundheitspolitik

Vor der Nachzeichnung der Funktionszuschreibung an den Sport als Instrument der Gesundheitspolitik und der Diskussion seiner Eignung als Konstrukt in der HIV/AIDS-Prävention wird zunächst der Gesundheitsbegriff¹⁷⁸ näher beleuchtet. Dabei werden die gesundheitsbezogenen Aspekte des Sports fokussiert. Zu diesem Zweck wird die allgemeine gesundheitsfördernde Funktion des Sports untersucht, mit der sich zum Beispiel Knoll (1997) oder Schlicht und Brand (2007) beschäftigt haben. Demnach steht der Sport in einer Wechselbeziehung mit der Gesundheit, die von externen Faktoren positiv verstärkt wird. Die bedeutsame Erkenntnis der Analyse für die vorliegende Arbeit ist, dass der Sport keine Funktion in der ernsthaften Bekämpfung von Krankheiten einnehmen kann. Der Sport gilt nicht als direkte Einflussgröße für die Veränderung des Gesundheitszustandes. Sondern er übernimmt eher präventive oder auch gesundheitsfördernde Aufgaben im Sinne der Ressourcenstärkung (vgl. Knoll, 1997, S. 18; sowie auch Kapitel 3.1.3). Die gesundheitsbezogene Funktion des Sports wird aus der gesundheitswissenschaftlichen Perspektive von Schlicht und Brand (2007) vorrangig mit der körperlichen Aktivität in Verbindung gebracht, um ihn damit von einem wettkampf- und leistungsorientierten Sportverständnis abzugrenzen (vgl. Schlicht & Brand, 2007, S. 13).

Die körperliche Aktivität wird hinsichtlich eines gesundheitlichen Nutzens mit der Erhöhung des Energiebedarfs beschrieben. Die Autoren differenzieren demnach zwischen körperlicher Aktivität und sportlicher Aktivität. Weil ein positiver gesundheitlicher Nutzen durch körperliche Aktivität bereits bei 30 Minuten aktiver Bewegung pro Tag erreicht werden kann, können auch Menschen, die sich für unsportlich halten, gesundheitsrelevanten Aktivitäten nachgehen. Hierzu gehören körperliche Aktivitäten im Sinn von Lebensstilaktivitäten wie Spaziergehen, Gartenarbeit oder Radfahren.

¹⁷⁸ Die Gesundheit wird in ihrer dimensionalen Ausprägung als eine ganzheitliche Modellvorstellung sowie als ein Kontinuum zwischen dem Pol Krankheit und Gesundheit aufgefasst (vgl. Kapitel 3.1.2; Knoll, 1997, S. 19).

Demgegenüber werden zum Beispiel Joggen, Fußballspielen oder Schwimmen eher als sportliche Aktivitäten betrachtet (vgl. Schlicht & Brand, 2007, S. 15).

Auch erfüllt der Sport nach Knoll (1997) in Form der körperlichen oder auch sportlichen Aktivität eine gesundheitsrelevante Funktion (vgl. Knoll, 1997, S. 18). Knoll (1997) weist darauf hin, dass sowohl im Sport als körperliche Aktivität als auch in der Gesundheit die zentrale Stellung des Körpers zum Ausdruck kommt. So stehen Sport, Fitness¹⁷⁹ und Gesundheit in einer Wechselbeziehung, die beispielsweise von genetischen Einflüssen, Persönlichkeitseigenschaften, Lebensstilkomponenten oder Umweltbedingungen beeinflusst werden kann. Die Erhöhung der Fitness kann sich demnach auch positiv auf die Gesundheit auswirken (vgl. Knoll, 1997, S. 19 f.).

Der Zusammenhang zwischen Sport beziehungsweise körperlicher Aktivität und Gesundheit folgt der Logik des Modells von Bouchard und Shephard (1994). Da im englischen Sprachgebrauch eine deutliche Differenzierung zwischen „physical activity“ und „exercise“¹⁸⁰ vorgenommen wird, bezeichnen die Autoren „physical activity“ als körperliche Aktivität, die sich auf Beruf, Alltag und Freizeit bezieht. Hingegen bedeutet „exercise“ eher die sportliche Aktivität im Freizeit- und Sportbereich (vgl. Bouchard & Shephard, 1994, S. 78). Knoll (1997) befasste sich darüber hinaus mit der Kritik am Gesundheitsbegriff der WHO.¹⁸¹

Die WHO betont die physischen, psychischen und sozialen Komponenten als entscheidende, sich wechselseitig beeinflussende Faktoren für die Gesundheit und legt damit einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff zugrunde. So weist der Autor auf die

¹⁷⁹ Der gesundheitsbezogene Fitnessbegriff ist hier als die Ausprägung der physischen und physiologischen Parameter definiert, die sich auf das Risiko einer vorzeitigen Entwicklung einer Krankheit oder auf krankmachenden Bedingungen auswirken und aufgrund einer inaktiven Lebensweise auftreten (vgl. Knoll, 1997, S. 19 f.).

¹⁸⁰ Diese Differenzierung ist für das Verständnis der englischsprachigen Literatur sinnvoll, da eine Übersetzung der „physical activity“ mit „sportliche Aktivität“ ungenau wäre, aber dennoch den gesundheitlichen Nutzen ausdrücken soll (vgl. Knoll, 1997, S. 19 f.).

¹⁸¹ Eine der bekanntesten Definitionen der Gesundheit ist die der WHO aus dem Jahr 1946, nach der „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ beschrieben wird (Hurrelmann, 2010, S. 117).

damit hervorgerufene Kritik hin. In dieser wird moniert, dass die Definition die Gesundheit als Idealzustand beschreibt, der jedoch von allen, die nicht der Norm entsprechen (alte Menschen, Menschen mit Behinderung), nie erreicht werden kann. Vor allem für die gesundheitlichen Herausforderungen, eine steigende Lebenserwartung in manchen Ländern und die damit verbundene zunehmende Morbidität in Entwicklungsländern scheint diese Definition zu kurzfristig (vgl. Kapitel 2.1.4).

Ebenso führt der Autor die Kritik an, dass der Begriff des Wohlbefindens unscharf ist und nur eine Verlagerung der Definitionsproblematik darstellt. Seitdem gibt es zahlreiche Definitionsversuche zum Gesundheitsbegriff. Im Folgenden wird die von Knoll (1997) kurz skizziert, weil dabei Gesundheit als Prozessgeschehen aufgefasst und somit versucht wird, der Kritik an der Definition der WHO zu begegnen. Knoll (1997) schlägt eine Definition vor, die Gesundheit

- i. nach einem Produkt, bei dem sie als ein biologisch-medizinisch überprüfbarer Status angesehen wird,
- ii. nach ihrem Potential für die optimale Anpassung an Umwelanforderungen und
- iii. nach einem Prozess, der sich aus den Anforderungen und Ressourcen heraus ergibt, unterscheidet (vgl. Knoll, 1997, S. 19).

In dieser Definition wird Gesundheit oder Krankheit einerseits als ein verhaltensunabhängiger Zustand verstanden, der sich physiologisch messen lässt. Andererseits scheint die individuelle Verantwortung eines Menschen bezüglich seiner Potentiale und Ressourcen stärker angesprochen zu werden. Die Gesundheit bildet sich dabei aus einem Prozess zwischen Anforderungen und Ressourcen heraus und kann verschiedene Ausprägungen annehmen (Knoll, 1997, S. 19).

Allerdings ist auch bei dieser modernen Variante der Gesundheitsdefinition auf ein Problem bei ihrer Anwendung in Entwicklungsländern hinzuweisen. So kritisiert Digel (1989), dass diese Gesundheitspolitik insbesondere für die Entwicklungsländer problematisch ist, weil viele Krankheiten nicht individuell, sondern gesellschaftlich verursacht sind, die unter anderem auf unbefriedigende Verhältnisse in der Lebenswelt der Menschen, am Arbeitsplatz und ungerechte Produktionsbedingungen zurückzuführen sind (vgl. Digel, 1989, S. 112). Dabei wird die Zuständigkeit und Verantwort-

tung zunehmend dem einzelnen Menschen zugeschoben und „das Problem der Gesundheit und Krankheit wird somit individualisiert“ (Digel, 1989, S. 112).

Die definitorische Einführung kennzeichnet gleichzeitig die Aufgaben des Sports und führt zu der Frage, welche Funktionen dem Sport als Instrument der Gesundheitspolitik zugeschrieben werden. Denn die Funktionszuschreibung an den Sport als Instrument für die Gesundheit ist ein zentraler Bestandteil der Legitimationsversuche. Die Begründung dafür lässt sich in der naheliegenden Assoziation von Sport und Gesundheit finden. So wird der Sport in der alltäglichen Auffassung mit Fitness, Wohlbefinden und Prävention verbunden. Digel (1989) verweist in diesem Kontext auf die historische Erklärung, nach der dem Sportsystem seine gesundheitspolitische Funktionalisierung angesichts des Problems der Volksgesundheit im 18. und 19. Jahrhundert zuteil geworden ist. Denn dieses bewirkte unter anderem die umfassende Ausdifferenzierung eines eigenständigen gesellschaftlichen Systems (vgl. Digel, 1989, S. 110).

Doch Digel (1989) macht bei den zunächst plausibel erscheinenden Legitimationsversuchen des Sports als Instrument der Gesundheitspolitik auf die damit verbundenen Probleme aufmerksam. Demnach wird bereits bei der Betrachtung der Gesundheitsfunktionen des Sports in Industrieländern deutlich, dass der Sport, wie auch schon bei anderen Zuschreibungen an den Sport, weniger ein Problem lösen, als vielmehr zur „Verschleierung relevanter gesellschaftlicher Sachverhalte führen“ kann (Digel, 1989, S. 110). Eine Übertragung der Funktionalisierung des Sports auf Entwicklungsländer ist erst recht nur bedingt möglich, weil sich die Krankheitsprofile nach wie vor von denen in den Industrieländern unterscheiden (siehe hierzu Kapitel 2.1.4).

Vor allem resultiert die Gesundheitsproblematik aus wirtschaftlichen Problemen wie zum Beispiel einem niedrigen Bruttonationaleinkommen oder einem mangelnden Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, zu deren Lösung der Sport gänzlich keinen Beitrag leisten kann (siehe hierzu Kapitel 2.1.3; sowie Digel, 1989, S. 111). Digel (1989) warnt davor, dass insbesondere in Entwicklungsländern die Gefahr der gesundheitspolitischen Vereinnahmung des Sports besteht. Dadurch werden lediglich die Ursachen von Krankheiten verdeckt. Dabei könnte eine vergleichbare Entwick-

lung wie in den Industrieländern eintreten, in denen das Problem der Gesundheit und Krankheit individualisiert ist (vgl. Digel, 1989, S. 111).

Das zentrale Argument Digels (1989) für die Beurteilung der Gesundheitsfunktion des Sports ist jedoch, dass der übliche Sportartensport, wie bereits in der Differenzierung nach körperlicher und sportlicher Aktivität verdeutlicht wurde, grundsätzlich weniger präventiv und gesundheitsfördernd ist.¹⁸² Ein weiterer Aspekt ist, dass die Funktionalisierung des „Sports seine Zuständigkeit für Bewegungsmangelkrankheiten“ betont (Digel, 1989, S. 111). Allerdings zeigen die Gesundheitsstatistiken der Industrieländer, dass unter anderem die Erkrankungen des Skeletts, des Herz-Kreislauf-Systems und der Atemorgane trotz eines wachsenden Sportsystems in den letzten Jahren nicht an Bedeutung verloren haben. So konstatiert der Autor, dass ein Wachstum des Sportsystems mit einem Wachstum des Bezugsproblems einhergeht. Gleichzeitig nehmen sich andere Teilsysteme der Gesellschaft den Problemen der menschlichen Bewegung immer weniger an. Deutlich wird dies zum Beispiel in der Städte- und Verkehrsplanung und im Wohnungsbau (vgl. Digel, 1989, S. 110–111).

Wenngleich die gesundheitspolitische Funktionszuschreibung an den Sport im Rahmen einer theoretischen Legitimationsdiskussion als fraglich einzustufen ist, gibt es jedoch auch praktische Projektbeispiele, die Sport als Anlass zur Vermittlung gesundheitspolitischer Themen nutzen. Dementsprechend sind Regierungsorganisationen wie DCMS und DfID (2006) davon überzeugt, dass der Sport ein geeignetes Mittel ist, um gesundheitspolitische Ziele durchzusetzen. Zum Beispiel bieten Sportevents wie Fußballturniere eine gute Gelegenheit, um Menschen einen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zu ermöglichen. Dies kann dann der Fall sein, wenn gesundheitliche Vorsorgeleistungen wie Maser-Impfungen mit dem Sportereignis verknüpft werden.

Dabei wird durch den Sport ein Anreiz geschaffen, gesundheitliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. In Sambia haben die bekanntesten Fußballnationalspieler da-

¹⁸² Zum Beispiel ist der finanzielle Beitrag sporttreibender Menschen weniger bedeutsam für die Erhaltung der Volksgesundheit, als zunächst von Sportverbänden angenommen und mittels Kosten-/Nutzenrechnungen versucht wurde, nachzuweisen (vgl. Digel, 1989, S. 110).

für geworben, dass alle Kinder Trainingsstunden mit den Nationalspielern erhalten, nachdem sie sich gegen Masern haben impfen lassen. Die Maßnahme ist gemäß einer Evaluation von UNICEF auch erfolgreich gewesen, weil dadurch fünf Millionen Kinder in Sambia gegen Masern geimpft wurden (vgl. hierzu DCMS & DfID, 2006, S. 12).

4.3.5 Sportentwicklungshilfe als Instrument zur Erlangung von Chancengleichheit

Digel (1989) verweist auf die naheliegende Annahme, dass der Sport aufgrund seines konstitutiven Elements des *Gleichheitsprinzips* einen Bereich für einen fairen Vergleich bietet. Die Unterschiede im Glauben, in Rasse, in regionaler, ethnischer oder nationaler Zugehörigkeit scheinen im Sport keine Rolle zu spielen. So gibt Digel (1989) wieder, dass Sport eine Möglichkeit markiert, bei der sich Entwicklungsländer mit Industrieländern chancengleich messen können. Das impliziert allerdings auch den Gedanken, dass unterentwickelte Staaten den Industrieländern in anderen Bereichen unterlegen sind. Sie haben dann im Sport eine Chance, weil es dabei nur auf die körperliche Leistung ankommt (vgl. Digel, 1989, S. 112).

Allerdings betrachtet Digel (1989) die Situation auch hier differenziert. Demnach meint das Gleichheitsprinzip, dass nicht alle am Sport teilnehmenden Individuen gleich sind. Vielmehr werden sie als gleichwertige Teilnehmer angesehen, weil sie nach gleichen Regeln handeln müssen und denselben Maßstäben unterworfen sind. So reduziert sich das Gleichheitsprinzip eher auf die Gewährung der gleichen Chancen auf Teilnahme am Leistungsvergleich. Denn dadurch wird die Idee der Höchstleistungen gewahrt. Folglich bedeutet das Gleichheitsprinzip zwar, dass alle teilnehmen dürfen, aber auch, dass für alle die *Maßstäbe des modernen Sports* gelten. Diese wiederum werden vom Stand der industriellen Entwicklung bestimmt, was zu einer überlegenen Stellung der Industrieländer gegenüber den Entwicklungsländern führt. Jedoch verdeutlicht Digel (1989), dass auch gerade die technische, materielle oder medizinische Überlegenheit längst als eine hinreichende Bedingung für Höchstleistungen im internationalen Spitzensport gesehen wird. Obgleich dieser Vorteil abseits des Gleichheitsprinzips liegt (vgl. Digel, 1989, S. 112).

Aus diesen Theorien schlussfolgert Digel (1989) hinsichtlich der Frage nach der Sportentwicklungshilfe als Instrument zur Erlangung von Chancengleichheit in Ent-

wicklungsländern, dass diese eigentlich keine Chancengleichheit bewirkt, weil sich *die tatsächlichen Erfolgsindikatoren verändert haben*. Es zählen nicht mehr die unmittelbaren Faktoren wie Training, Talent und Erfahrung, sondern sozioökonomische Faktoren, und immer komplexer werdende Strukturen bestimmen den sportlichen Erfolg.

Ferner hat sich der Sport zu einem Vergleich immer komplexer werdender Spitzensportsysteme entwickelt. Hierbei ist die Gefahr naheliegend, das nationale Prestige mittels Sport zu verbessern und ihn im Wettbewerb politischer Systeme zu funktionalisieren (vgl. Digel, 1989, S. 112–115). Darüber hinaus führt Digel (1989) die angeführten Argumente der sich verändernden Erfolgsindikatoren und der politischen Inanspruchnahme sportlicher Spitzenleistungen für das nationale Prestige noch im Detail aus. So wächst zum einen angesichts der zunehmenden Ausdifferenzierung des Spitzensports aus der Massenbewegung auch die Vergesellschaftung des Sports (siehe hierzu Kapitel 4.1).

Damit einhergehend wird das individuelle Handeln des Sportlers ein Teil eines Systems, in dem der Sportler einen „gesellschaftlich vermittelten Status [besitzt] und seine Entwicklung [...] eine Karriere [ist], die von außen strukturiert wird“ (Neidhardt, 1982, S. 9, zitiert nach Digel, 1989, S. 115). Zum anderen beschreibt Digel (1989) die Empfehlung von Heinilä (1998, S. 253), die er angesichts der absehbaren Entwicklungen für die Entwicklungsländer ausspricht. Demnach erscheint „es zunehmend fragwürdig [...], sportliche Wettkämpfe noch als Tests sportlicher Überlegenheit zu verstehen“ (Digel, 1989, S. 115). So empfiehlt Heinilä (1998) den Entwicklungsländern, dass sie sich auf ihre Stärken konzentrieren und bei internationalen Wettkämpfen in den Disziplinen antreten sollten, die ihren Bedingungen und ihren sportlichen Traditionen entsprechen (vgl. Heinilä, 1998, S. 253). Digel (1989) merkt dazu an, dass der Autor dabei befürwortet, den Leistungssport für politische Interessen beanspruchen zu können (vgl. Digel, 1989, S. 115).

Neben diesen Überlegungen verweist Digel (1989) zur Beantwortung der Legitimation der Sportentwicklungshilfe als Instrument zur Erlangung von Chancengleichheit auf den damaligen aktuellen Stand der Wissenschaft. Gemäß den damit verbundenen Untersuchungen sind internationale Spitzenleistungen an ein *komplexes Variablen-System* gebunden, die Determinanten wie beispielsweise die Bevölkerungsgröße

oder die ideationale Struktur der Gesellschaft¹⁸³ umfassen. Folglich kann aus den bereits dargestellten Gründen die Sportentwicklungshilfe keine Verbesserung der Chancengleichheit im internationalen Spitzensport erzielen, weil sie die dafür erforderlichen Faktoren nicht direkt verändern kann (vgl. Digel, 1989, S. 116–119).

Darüber hinaus erklärt Digel (1989), dass auch die Förderung des Schul- und Breitensports keine Basis für den Leistungssport hinsichtlich der Erlangung gleicher Chancen darstellen kann, weil „die Realisierung der entwicklungspolitischen Ziele im Sport [...] von der ökonomischen Entwicklung abhängig [ist]“ (Digel, 1989, S. 118).¹⁸⁴ Auch hierbei stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen der Sport als Instrument zur Erlangung der Chancengleichheit in der HIV/AIDS-Prävention eingesetzt werden könnte oder welche Möglichkeiten der Sport in diesem Kontext bietet. Da sich die Chancengleichheit wie zuvor dargestellt auf die Gewährung der gleichen Teilnahmechancen im Leistungs- und Hochleistungssport beziehen, ist hierbei kein direkter Bezug zur HIV/AIDS-Prävention herzustellen. Allerdings basieren diese Überlegungen auf dem Gleichheitsprinzip. Als konstitutives Element des Sports bietet das Prinzip die Grundlage für die Verhinderung von Diskriminierung und Stigmatisierung HIV/AIDS-betroffener Menschen im Rahmen sportbezogener Präventionsmaßnahmen. In dieser Hinsicht sollte das Gleichheitsprinzip des modernen Sports die Basis aller präventiven Interventionen bilden, bei denen das Konstrukt des Sports eine Rolle spielt.

¹⁸³ Unter einer ideationalen Struktur einer Gesellschaft wird der Überbau einer Gesellschaft verstanden, der als ein Grund für das Abschneiden einer Nation bei internationalen Wettkämpfen herangezogen wird. Demnach kann der Erfolg an sozialen Erwartungen aufgrund einer vorherrschenden Religion oder in einer anderen Art einer ideationalen Struktur festgemacht werden. Religiöse Grundorientierungen, die sich in der Einstellung der jeweiligen Gesellschaft, in der sie gelten, gegenüber der Welt unterscheiden, haben demnach auch Einfluss auf den sportlichen Erfolg einer Nation. Eher rational beherrschte Länder, die zu Veränderungen tendieren, haben mehr Erfolg bei Olympischen Spielen als beispielsweise islamisch geprägte Nationen (vgl. Digel, 1989, S. 117).

¹⁸⁴ Entsprechend kann die Sportentwicklungshilfe dann erfolgreich sein, wenn ein Masseneinkommen und eine damit verbundene Kaufkraft eine Nachfrage nach Dienstleistungen hervorruft, den Massenkonsum ermöglicht sowie ein Interesse an einer Sportkultur generiert (vgl. Digel, 1989, S. 119).

4.3.6 Sportentwicklungshilfe als Instrument zur Grundbedürfnisbefriedigung

Digel (1989) führt die ungeprüfte Meinung der Sportentwicklungshilfe-Befürworter an, nach der der Sport als Instrument zur Grundbedürfnisbefriedigung eigentlich keiner Legitimation bedarf. Denn der moderne Sport stelle *an sich schon einen Wert* dar. Digel (1989) legt offen, dass die damit verbundene Bereicherung für die Entwicklungsländer betont oder dem Sport der Status eines Grundrechtes eingeräumt wird, wie dies beispielsweise in der International Charta of Physical Education and Sport der UNESCO im Jahr 1978 konstatiert wird (siehe hierzu Kapitel 4.2.2).

Weiter erklärt der Autor, dass die Funktionszuschreibungen an den Sport und die politischen Absichten bei diesem Vorgehen abgestritten werden. Die Sportförderung diene demnach dem Zweck der Befriedigung von menschlichen Bedürfnissen. Aber Digel (1989) stellt in positiver Hinsicht fest, dass diese Argumentation ausdrückt, dass die Entwicklung nicht nur ökonomische Dimensionen umfasst und der *Sport nicht mit überzogenen Erwartungen* überfordert werden darf (vgl. Digel, 1989, S. 119–120). Demgegenüber ist Kritik nach Digels (1989) Standpunkt erst angebracht, wenn in der Legitimationsdiskussion „am Ende der überflüssige Sport als natürlich notwendiges Bedürfnis des Menschen [dargestellt wird], dessen Förderung deshalb keiner weiteren Begründung bedarf“ (Digel, 1989, S. 120).

Demgegenüber kann sich die Notwendigkeit der Sportförderung nach Digel (1989) auch nicht alleine aus der Annahme ableiten lassen, dass sportliche Aktivität einem menschlichen Grundbedürfnis entspricht. Vielmehr sind Grundbedürfnisse zu gewichten. Der Sport stellt sicherlich kein Bedürfnis in Lebenssituationen dar, in denen Menschen unterhalb der Armutsgrenze leben oder an Hunger leidern. Den Sport als Grundbedürfnis zu deklarieren, scheint vor diesem Hintergrund herabwürdigend zu sein (vgl. Digel, 1989, S. 120–121).

Allerdings bringt Digel (1989) hierzu auch das Menschenbild ein, in dem der Mensch nach Bildung strebt. Deshalb kann es auch in Krisensituationen kein gegensätzliches Argument sein, Bildung als ein Element der Grundbedürfnisse anzuerkennen. So schlussfolgert der Autor einschränkend, dass der Sport in seiner Funktionszuschreibung als Instrument zur Grundbedürfnisbefriedigung allenfalls im Rahmen eines

ganzheitlichen Erziehungskonzeptes in Form der Leibeserziehung als bedeutsames Element gelten kann (vgl. Digel, 1989, S. 121).

4.3.7 Sportentwicklungshilfe als Instrument der Emanzipation

In Publikationen zur Sportförderung in Entwicklungsländern ist die Gleichstellung der Geschlechter und Stärkung der Rolle der Frauen ein immer wieder auftauchendes Thema und kommt in Millenniums-Entwicklungszielen zum Ausdruck (vgl. Kapitel 2.1.4). Vor dem Hintergrund der in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Realität der geschlechtsspezifischen Beziehungen in Afrika südlich der Sahara scheint dies auch zweifellos eine berechtigte Forderung zu sein. Digel (1989) merkt an, dass die Vorstellungen von Gleichberechtigung der Geschlechter in Industrieländern zweifellos eine Begründung für dieses Ziel liefern (vgl. Digel, 1989, S. 135–136).

In der Frage der Legitimation der Funktionszuschreibungen an den Sport als Instrument zur Gleichstellung der Geschlechter liegen allerdings im Rahmen der Analyse von Digel (1989) keine ausreichenden empirischen Befunde der Sportwissenschaft vor. So werden im Folgenden die theoretischen Überlegungen von Digel (1989) dazu nachgezeichnet. Sie beruhen in diesem Kontext auf der *Partizipation*, die ein wesentliches Kennzeichen des Sports ist. Der Sport an sich weist keine Merkmale auf, die ihn für Frauen ungeeignet machen. Dennoch gab es den Mythos, dass intensives körperliches Leistungstraining für Frauen aus physiologischen Gründen nicht geeignet sei, weil sie dadurch in ihrer Fortpflanzungsfähigkeit beeinträchtigt würden. Ein anderer Volksglaube gemäß den Theorien des Autors war, dass der Leistungssport nur von Männern ausgeübt werden kann, weil er mit aggressivem Verhalten und körperlicher Stärke in Verbindung gebracht wurde (vgl. Digel, 1989, S. 135).

Daraus schlussfolgert Digel (1989), dass in Entwicklungsländern die Chance besteht, die Teilnahme von beiden Geschlechtern am Sport zu fördern. Denn gerade in Entwicklungsländern besteht die Aussicht, sich dieser Herausforderung anzunehmen, wenn sich das Sportsystem noch nicht so stark ausdifferenziert hat und sich neue Sportorganisationen oder Sportverbände gründen (vgl. Digel, 1989, S. 135–136). Allerdings ist dabei wohl auch ein größerer Widerspruch „zwischen den sich theoretisch bietenden Möglichkeiten der gleichberechtigten Partizipation beider Geschlech-

ter und der empirisch festzustellenden tatsächlichen Beteiligung der Frauen am Sport“ wahrzunehmen, als es in Industrieländern der Fall ist (Digel, 1989, S. 136). Die Gründe dafür werden von Digel unter anderem auch im Einfluss der Religion vermutet. Die Argumente reichen jedoch nicht aus, um von einer begründeten Emanzipationsfunktion im Sport ausgehen zu können (vgl. Digel, 1989, S. 136).

4.3.8 Sportentwicklungshilfe als Bildungshilfe

Nach Digel (1989) sind die Erziehung und das Bildungssystem die bedeutsamsten Bereiche, in denen die Instrumentalisierungsbemühungen der Sportentwicklungshilfe offensichtlich sind. Ebenso werden besonders in diesen Bereichen Funktionszuschreibungen an den Sport zur Erreichung bestimmter politischer Ziele deutlich (vgl. Digel, 1989, S. 65). Digel (1989) erklärt, dass die *Argumentation für die Etablierung des Sports* als entwicklungspolitisches Instrument innerhalb der Bildungshilfe ähnlich wie die im Bereich der Persönlichkeitsbildung oder Grundbedürfnisbefriedigung lautet. Damit ähnelt diese Argumentation der Annahme des Wertes des Sports an sich. Der Sport als Instrument der Bildungshilfe wird im Gesamtkonzept der Entwicklungshilfe mit der Begründung legitimiert, dass nach Eberspächer und Egger (1978) die „Erziehung zum Sport“ und die „Erziehung durch Sport“ ein geeignetes Mittel zur Herausbildung bestimmter Fähigkeiten ist (Eberspächer & Egger, 1978, S. 3, zitiert nach Digel, 1989, S. 124). Zum einen richten sich die Fähigkeiten auf das selbständige Handeln im Sport. Zum anderen eröffnen

„die mit der engagierten sportlichen Auseinandersetzung verbundenen Erfahrungen [...] bedeutsame Möglichkeiten einer Erziehung durch Sport. Das sportliche Handeln ist über das unmittelbare sportmotorische Können hinaus mit einer Erweiterung des Selbst- und Weltverstehens verbunden“ (Eberspächer & Egger, 1978, S. 3, zitiert nach Digel, 1989, S. 124).

Des Weiteren befassen sich nach Digel (1989) die Autoren der Sportwissenschaft weniger mit der Begründung der Sportentwicklungshilfe als mit der Bildungshilfe. Vielmehr fokussieren sie sich bereits auf die methodisch sinnvolle Eingliederung des Sports als Instrumentarium der Bildungshilfe in das entwicklungspolitische Gesamtkonzept der Bundesregierung. Ebenso gehen sie der Frage nach, welche Teilsysteme des Sports dafür geeignet sind. Argumentativ wird dabei unter anderem herausgehoben, dass der Sport durch seine erforderlichen motorischen Fähigkeiten mit

seinem gleichzeitigen Praxisbezug aktives Handeln herausfordert sowie „ein hervorragendes Medium praxisorientierter Bildung ist“ (Digel, 1989, S. 123).

Letztendlich kommt Digel (1989) zu der bereits eingangs erwähnten Schlussfolgerung, dass eine *differenzierte Betrachtung* der Möglichkeiten und Bedingungen der Funktion als Sportentwicklungshilfe als Bildungshilfe notwendig ist. Der Autor verweist dabei auf folgende theoretische Überlegung. Einerseits scheint die Entwicklung des Bildungs- und Wissenschaftssystems eine Grundvoraussetzung für das Wirtschaftswachstum zu sein, weil die am wenigsten entwickelten Länder immer noch auch über ein unterentwickeltes Bildungssystem verfügen. Andererseits lässt sich daraus nicht ableiten, dass ein verbessertes Erziehungssystem gravierende Probleme in Entwicklungsländern lösen kann. Entsprechend war die Erziehung nie eine Ursache oder ein Impulsgeber. Sie war immer erst die Folge von gesellschaftlichen Entwicklungs- und Ausdifferenzierungsprozessen, die vielmehr formend für das Gesellschaftssystem waren. Gemäß diesen Überlegungen resümiert Digel (1989), dass die *Bildungshilfe* ähnlich der Grundbedürfnisstrategie immer *ein Teil der Entwicklungshilfe* ist, sofern sie eine ganzheitliche Bildung des Menschen verfolgt und damit auch den Sport einbeziehen sollte (vgl. Digel, 1989, S. 126).

Darüber hinaus stellt Digel (1989) Überlegungen an, nach der Sportentwicklungshilfe in Form des *Sportunterrichts* ein Instrument der Bildungshilfe sein kann. Hierbei verweist der Autor auf die zuvor dargestellten Eigenschaften des Sports im modernisierungstheoretischen Kontext als Vermittlerfunktion zwischen Tradition und Modernität (Siehe hierzu Kapitel 4.2.5). Der Sport ist ein „ungleichzeitiges Phänomen“, das als Motor für die Entwicklung bezeichnet werden kann und dabei mehr Lebensbereiche als andere Systeme erreicht (Rittner, 1977, S. 34–35, zitiert nach Digel, 1989, S. 126).

Der Schulsport gilt auch in Entwicklungsländern als institutionell abgesichertes System, das über den Sportunterricht hinausgehende Impulse für das Bildungssystem geben kann. Gleichzeitig bietet der Sportunterricht Möglichkeiten, alternative Lehrweisen anzuwenden und ein neues Lehrerbild zu entwickeln. Damit kann er der Ausgangspunkt für die Initiierung informeller Bildungsprozesse sein. Allerdings begrenzt Digel (1989) seine theoretische Darstellung dahingehend, dass der Schulsport, auch

wenn er der am weitesten entwickelte Bereich ist, über den Bildungsbereich hinaus bisher *keine Entwicklungsimpulse* auslösen konnte (vgl. Digel, 1989, S. 126–127).

Die theoretische Diskussion über die vermuteten Wirkungen des Schulsports lässt sich um eine Projektstudie von Klepp, Ndeki, Leshabari, Hannan und Lyimo (1997) zur HIV/AIDS-Prävention in Tansania ergänzen. Dabei haben die Autoren in einer empirischen Studie nachgewiesen, dass die Erziehung und Bildung eine günstige Umgebung für präventive Interventionsprogramme darstellt. Ebenso können daran Erwartungen bezüglich Verhaltensänderungen von Kindern und Jugendlichen geknüpft werden (vgl. Klepp et. al., 1997, S. 1931). Dieses Fallbeispiel lässt angesichts der vorangestellten Überlegungen die Schlussfolgerung zu, dass dem Sport im schulischen Kontext eine bedeutsame Funktion in der HIV/AIDS-Prävention zukommt. Denn trotz der dargestellten theoretischen Überlegungen von Digel (1989) scheinen Fallstudien darauf hinzuweisen, dass die im Unterricht erlernten Fähigkeiten sich auch auf andere Lebensbereiche positiv auswirken können.

4.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Wenngleich der Sport keine Bedeutung in der entwicklungstheoretischen Diskussion einnimmt, werden ihm vielfältige Funktionen im Modernisierungsprozess von Gesellschaften zugeschrieben. Daher wird der Frage nachgegangen, bei welchen präventiven Interventionen der Sport als ein geeignetes Instrument zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie betrachtet werden kann, die ein Entwicklungsziel der aktuellen Entwicklungsdekade darstellt. Die hierfür erstellte Analyse betrachtet den Sport zunächst in seiner Komplexität und Ausdifferenzierung zu einem gesellschaftlichen Teilsystem, die ein wesentliches Merkmal moderner Gesellschaften ist.

Als Phänomen der Modernität ist der Sport durch diese funktionale Differenzierung gekennzeichnet, die als Versportlichung der Gesellschaft bezeichnet wird. Dabei wurden spezifische Funktionen an den Sport herangetragen. Das eigenständige und zugleich von anderen abhängige Sportsystem steht in Beziehungen zu anderen gesellschaftlichen Bereichen, deren Abhängigkeiten nicht eindeutig zu definieren sind. Die Funktionen des Sports umfassen neben weiteren Funktionen unter anderem die Unterhaltungs-, Erziehungs-, Sozialisations-, sozial-integrative, emotionale und Iden-

titätsfunktion, die für präventive Interventionen als geeignet erscheinen können. Ebenso wird der Sport zunehmend auf Problemlagen der Gesellschaft angewandt, wodurch neue Zielgruppen integriert werden, für die der Sport zuvor keine Funktionsmöglichkeiten bot. Zum Beispiel wird der Sport in Deutschland als Prävention von Alkoholkonsum bei Jugendlichen eingesetzt.

Vor diesem Hintergrund erscheinen die Funktionszuschreibungen an den Sport zur Erreichung verschiedener Ziele im entwicklungstheoretischen Kontext naheliegend und eine entsprechende Begründung der Plausibilität des Sports dafür erforderlich. Das dafür zugrundeliegende Modell des Sports und das damit verbundene Sportverständnis basiert auf der Entstehung von Teilsystemen im Sport und berücksichtigt den gesellschaftlichen Wandel. Auch können Parallelen des Wertewandels beziehungsweise der Abwertung des pflichtethischen Handelns in der Arbeitswelt und im modernen Sport hergestellt werden. Das dem Säulenmodell zugrundeliegende Sportverständnis nach Digel (2001) erscheint durch die explizite Erfassung der Ausdifferenzierung des Sports als Präventionsinstrument bedeutsamer als die Sportmodelle nach Heinemann (2007). Ebenso kommt der Wertewandel moderner Gesellschaften und die Beziehung zum modernen Sport zum Ausdruck, der aufgrund seiner Merkmale ein Phänomen der Modernität ist und die Werte moderner Gesellschaften wie Leistung, soziale Kompetenz, Individualisierung und die Hinwendung zum praktischen Hedonismus verkörpert.

Diese Kennzeichen moderner Gesellschaften wie zum Beispiel wettbewerbsfähige Demokratie, Marktwirtschaft, Massenkonsum oder soziale Mobilität und die zunehmende Bedeutung des Individuums bilden auch in ihrer Übertragung auf die Entwicklungsländer ein erfolgreiches Modell. Dabei kann der Sport als Teil moderner Gesellschaften eine wichtige Katalysatorfunktion in modernisierungstheoretischen Konzepten von Entwicklungsprozessen unterentwickelter Gesellschaften einnehmen. Die Art der Abhängigkeit von Sport und Gesellschaft kann zum einen durch zwei Modelle beschrieben werden, in denen der Sport als sozial erwünscht oder als Begründung für soziale Ungleichheiten ausgelegt wird. Zum anderen kann das nicht klar zu definierende Abhängigkeitsverhältnis des Sports von der Gesellschaft durch die Kolonialismusthese veranschaulicht werden. Diese verdeutlicht die zwei Richtungen, in denen Instrumentalisierungen im oder durch den Sport stattfinden können, und die

theoretische Grundlage, um die Legitimationsbemühungen des Sports in der entwicklungspolitischen Diskussionen verständlich offenzulegen.

Zu erwähnen sind dabei das Konstrukt aus Wirtschaft, Politik und Massenmedien, die ihren Nutzen aus dem Sport ziehen und diesen ebenso beeinflussen. Diese Machtbestrebungen verdecken dabei häufig die eigentliche Legitimation und Funktion des Sports. Eine weitere Perspektive betrachtet die Abhängigkeit des Sports in der Zivilisationstheorie in seiner Kompensationsfunktion und als Möglichkeitsraum, um Affekte und Emotionen zu äußern. So sind die Körperbeherrschung und Selbstkontrolle eine wesentliche Voraussetzung für den Zivilisationsprozess. Diese Funktionen spielen im Weiteren auch in der Funktion der Persönlichkeitsentwicklung von Menschen eine Rolle. Sie sind daher bedeutsam für Eigenschaften des Sports, die ihn als Instrument zur präventiven Intervention von HIV/AIDS wirksam erscheinen lassen.

Die entwicklungspolitische Bedeutung des Sports zeigt sich anhand der bedeutsamen Meilensteine, die zum einen durch politische Absichtserklärungen und zum anderen durch praktische Bestrebungen der Umsetzung dieser Erklärungen markiert werden. Die Legitimationsbemühungen für die Sportförderung und Funktionszuschreibungen an den Sport zur Erreichung entwicklungspolitischer Ziele der Politiker sind auf internationaler und nationaler Ebene durch vielfältige Absichtserklärungen und Funktionszuschreibungen geprägt, die häufig ohne eine weitere wissenschaftliche Prüfung vorgenommen werden. Dabei sind die Machtbestrebungen und der Nutzen der internationalen Verbände, der Wirtschaft und der Medien häufig hinsichtlich sportlicher Großereignisse wie Olympische Spiele wenig transparent.

Der Bewerbungsprozess für die Olympischen Spiele wird regelmäßig wegen seiner fehlenden Transparenz und Mängeln an objektiven Kriterien wie zum Beispiel bei der südkoreanischen Bewerbung um die Olympischen Winterspiele 2018 kritisiert (vgl. Gauthier, 2011). Auch auf nationaler Ebene ist der Sport vielfältigen Interessen der Entwicklungs- und Außenpolitik sowie der Nutzenmaximierung anderer gesellschaftlicher Bereiche ausgesetzt, die bei der Betrachtung der entwicklungspolitischen Argumente der Sportförderung in Deutschland zum Ausdruck kommen.

So stehen bei der internationalen Sportförderung des AA weniger die Nachhaltigkeit und der Abbau von nachhaltigen Strukturen, als vielmehr außenpolitische Ziele im

Vordergrund. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund dieser widersprüchlich erscheinenden Ziele die Legitimationsbemühungen des AA ebenso wenig transparent wie auf internationaler Ebene sind. Daneben fördert das BMZ im Rahmen der internationalen Sportpolitik ebenfalls Sportprojekte, die sich den Zielen der Entwicklungspolitik des BMZ unterordnen. Auch stützen sich die Legitimationsbemühungen auf die Annahme, dass der Sport in der Entwicklungszusammenarbeit bestimmte Funktionen erfüllen kann und Sportprojekte im In- und Ausland deshalb als förderwürdig gelten.

Neben den allgemeinen Bestrebungen der Legitimation des Sports in der entwicklungstheoretischen Diskussion und zur Förderung bestimmter Ziele gibt es internationale Meilensteine, die den Sport als Instrument zur HIV/AIDS-Prävention zu determinieren versuchen. Hierbei wird sich darauf berufen, dass der Sport wegen seines Gleichheitsprinzips gegen Diskriminierung HIV/AIDS-betroffener Menschen eingesetzt werden kann und zur Förderung von Geschlechter-Gerechtigkeit geeignet ist. Denn er kann das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen insbesondere von Mädchen und Frauen erhöhen. Angesichts des traditionellen, religiösen und teilweise islamischen Hintergrunds der Kulturen in den Entwicklungsländern gilt es diese Annahme jedoch tiefergehend zu prüfen (siehe hierzu Kapitel 5.3). Der Sport wurde darüber hinaus als Instrument zur Förderung der Life-Skills identifiziert.

Die grundlegende Voraussetzung, damit der moderne Sport diese ihm zugesprochenen Funktionen überhaupt erfüllen kann, ist jedoch gegeben. Denn es gibt in nahezu allen Entwicklungsländern ein wie auch immer geartetes Sportsystem mit entsprechenden Organisationsstrukturen, so dass von einer institutionellen Absicherung ausgegangen werden kann.

Das Potential des modernen Sports im *Modernisierungsprozess* lässt sich anhand der signifikanten Aspekte analysieren, die ihn als Phänomen der Modernität kennzeichnen. Den Sport fördern bedeutet demgemäß eine konsequente Förderung der Modernisierung von Gesellschaften. Allerdings entfaltet der Sport diese spezifischen Qualitäten erst in der wechselseitigen Beziehung zur modernen Gesellschaft und kann sein sozialisierendes Potential vermutlich auch dann erst hervorbringen. Am Beispiel des gesellschaftlichen Wandels zu Beginn des 21. Jahrhunderts zeigt sich die Bedeutung der signifikanten Aspekte des Sports aus modernisierungstheoreti-

scher Perspektive. Der Sport bietet dabei unter anderem ein Anschluss-System für sich auflösende traditionelle Werte und kulturelle Normen, weil gerade der organisierte Sport viele Menschen an sich bindet und sich auf Wachstumskurs befindet.

Ebenso kann das Sportsystem verschiedene Funktionen für die kennzeichnenden Merkmale des gesellschaftlichen Wandels einnehmen. Sie können von der Rationalisierung bis hin zur Globalisierung reichen, bei denen der Sport ein Angebot ist, ein Interesse dauerhaft aufrechtzuerhalten und ein Fixpunkt im Leben der Menschen zu sein. Allerdings obliegen auch diese dem Sport zugeschriebenen Funktionen keiner empirischen Prüfung, was jedoch eine theoretische Begründung nicht weniger wichtig erscheinen lässt. Das Modell der primären und sekundären Träger im Modernisierungsprozess stellt hierfür ein geeignetes Konstruktionsmuster in der Übertragung dieser Überlegungen auf ein Entwicklungsland dar. Denn es weist per Definition andere Merkmale eines Modernisierungsprozess auf als diese, die einen gesellschaftlichen Wandel eines Industrielandes kennzeichnen.

Die Argumentation des Beitrags des Sports im Modernisierungsprozess basiert im Wesentlichen darauf, dass die mit dem Sport wesentlich verbundenen Bewusstseins-elemente auch auf andere gesellschaftliche Bereiche übertragen werden können, die nicht direkt mit dem Sport in Verbindung stehen. Daher kann resümiert werden, dass der Sport Modernisierungsprozesse insbesondere in Gesellschaften voranbringen kann, die über die Teilbereiche Erziehung, Gesundheit und Massenmedien verfügen. Ebenfalls lässt sich aus der mangelnden Beweislage der Funktionen des Sports in diesem Prozess nicht darauf schließen, da die Bedeutung des Sports dadurch vermindert wird.

Die dem Sport zugesprochenen Funktionen sind aus Sicht von Athleten und Sportlern häufig frei von Zweifeln, weil sie diese auf ihren eigenen Erfahrungen gründen. Allerdings sind die damit verbundenen Legitimationen beispielsweise internationaler Spitzensportveranstaltungen, die mit dem Argument des Mehrwerts der interkulturellen Erfahrungen zwischen jungen Menschen ohne Zweifel gerechtfertigt werden können, häufig auch von imperialistischer Haltung gegenüber den Entwicklungsländern geprägt. Dabei werden die kulturellen Hintergründe wie Glaube, Religion und traditionelle Weltvorstellungen, die den modernen Sport in Entwicklungsländern beeinflussen und prägen, häufig wenig berücksichtigt. Beispielsweise spielen im Fußballspiel

oder im Handballsport mehr Emotionen, traditionelle Rituale, der traditionelle Glaube an magische Kräfte und ein körperzentriertes Verständnis eine Rolle. Ebenso nehmen die traditionellen Hintergründe, das gegenseitige Lernen, die interkulturelle Kommunikation unter Wahrnehmung und synergetischer Nutzung der Differenzen und auch die außerhalb der Sportentwicklungshilfe liegenden sozialen und ökonomischen Faktoren zu wenig Bedeutung in der Zusammenarbeit ein.

Diese Überlegungen fließen im Weiteren in die systematische Analyse der Funktionszuschreibungen an den Sport im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit und ihrer Prüfung hinsichtlich der Eignung für die HIV/AIDS-Prävention ein. Hierzu gibt die Tabelle 26 einen Überblick über die Komplexität der Funktionszuschreibungen an den Sport. Es werden die wichtigsten Argumente der Legitimationsversuche der Sportförderung als Entwicklungshilfe sowie die damit verbundenen Restriktionen der Funktionalisierung des Sports in der Entwicklung von Entwicklungsländern zusammengefasst.

Tabelle 26: Übersicht der Annahmen und Begründungen des Sports als Instrument für Entwicklungszusammenarbeit (in Anlehnung an Digel, 1995, S. 147–150).

Annahme	Restriktionen
1. Persönliche Entwicklung	
<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von Persönlichkeitsmerkmalen wie Life-Skills • Grundlegende Qualifikationen wie Leistungsfähigkeit, Ergebnisorientierung, Individualismus, Zukunftsorientierung, Empathie und Fähigkeit zum Abstrahieren, die Werte moderner Gesellschaften darstellen • Sport fördert die Leistungsorientierung, die Übertragung prosozialer Verhaltensweisen und die Fähigkeit, Probleme zu lösen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturelle Ähnlichkeiten zwischen den Transferbereichen sind für die Wirksamkeit und damit für die Plausibilität der Funktionszuschreibung entscheidend. • Grundlegende Prinzipien wie Leistungsorientierung und Individualismus können in Konflikt mit existierenden Basisqualifikationen der Gesellschaft stehen. Warnung vor psychologischer Überschätzung des Sports und der Veränderung von Persönlichkeitsstrukturen in eine Richtung, die eventuell gesellschaftlich unerwünscht ist. • Gesellschaftliche Moralvorstellungen können in EL andere als IL sein.
Annahme	Restriktionen
1. Persönliche Entwicklung	
	<ul style="list-style-type: none"> • Modernisierungsprozess fördert die Desintegration, so dass es sinnvoller sein kann, Erziehungsziele an den Formen des prosozialen Verhaltens der Gesellschaft in EL und nicht am Prinzip der Leistung auszurichten. • Lernumgebung in Schulen mit vorwiegend lehrerzentriertem Unterricht ist nicht förderlich für Problemlösefähigkeiten.

Annahme	Restriktionen
2. Integration und Nation-Building	
<ul style="list-style-type: none"> • Integrierende Funktion des Sports, die a) einen politischen Ansatz und b) pädagogische Intervention bedeuten kann. Integrierende Leistung des Sportvereins, die sich aus der Struktur von Sportvereinen in Industrieländern ableitet. • Integrierende Leistung des Sports zur Eingliederung von Ausländern durch Integration und Assimilation zum Beispiel durch kognitive Assimilation im Sportunterricht • Integrierende Funktion des Sports bei der Lösung sozialer Probleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Integration und Nation-Building erfolgt im Leistungs- und Hochleistungssport, Voraussetzung dafür ist Verbreitung von Massenkommunikation, die in EL nicht unbedingt gegeben ist. • Integrierende Funktion des Sports kann auch negative Effekte ausüben wie bei Zunahme der Gewaltbereitschaft im Fußball. • Negative Effekte, wenn Sport zur Präsentation eines fragwürdigen Systems eingesetzt wird; Nation-Building stellt vermeintliche Qualität eines politischen Systems dar, in der Realität werden z. B. Menschenrechte verletzt. • Integrierende Funktion in Sportclubs nicht gegeben, da Engagement häufig nach Religion, Rasse und Stammeszugehörigkeit differenziert wird. • Sportverein und Schulsport nicht so entwickelt, wie sie erforderlich wären, um integrierende Funktion zu erfüllen. • Erziehung kann auch dazu führen, den Abstand in der Gesellschaft zu vergrößern. • Sport kann in Konflikt mit Religionen stehen und nimmt in fundamental islamisch geführten Ländern keine integrierende Funktion für Frauen ein, wenn sie vom Sport ausgeschlossen werden.
3. Identifikation	
<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation eines Individuums mit dem Sport wird über die Person des erfolgreichen Spitzensportlers hergestellt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialisationswirkungen von Vorbildern funktionieren nur während der primären Sozialisation und Effekte der Vorbildfunktion beziehen sich somit auf bestimmte Phasen des Lebens. • Identifikation in Orten der Urbanisierung, der hohen sozialen und religiösen Mobilität und des Verlustes der sozialen Bindungen erscheint fragwürdig. • Die für den Prozess der Idol-Bildung erforderliche Erreichbarkeit über massenmediale Kommunikation ist nicht abdeckend vorhanden. • Erfolgreiche Topathleten können auch negative Vorbildfunktion haben, da Distanz zur eigenen Leistung oder auch zur Lebenssituation in Entwicklungsländern aufgrund der Unerreichbarkeit einer sportlichen Leistung oder der materiellen Verhältnissen, in denen erfolgreiche Sportler in EL leben, hervorgerufen wird. • Identifikation von Mädchen mit ihren Trainer kann ausgenutzt werden und zu sexueller Belästigung führen.
4. Gesundheitspolitik	
<ul style="list-style-type: none"> • Präventive oder auch gesundheitsfördernde Aufgaben im Sinne der Ressourcenstärkung • Gesundheitsfunktion begründet sich in der alltäglichen Auffassung der Verbindung von Sport, Gesundheit, Fitness, Wohlbefinden und Prävention. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sport kann keine Funktion bei der ernsthaften Bekämpfung von Krankheiten einnehmen. • Gesundheitspolitik kann für EL problematisch sein, weil Krankheiten nicht individuell, sondern durch Lebensverhältnisse verursacht sind. Problem der Krankheit wird zunehmend individualisiert.

Annahme	Restriktionen
4. Gesundheitspolitik	
<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsfunktion wird durch genetische Einflüsse, Persönlichkeits-Eigenschaften, Lebensstilkomponenten oder Umweltbedingungen beeinflusst. • Gesundheitspolitische Funktionalisierung führte zur Ausdifferenzierung des Sports. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verschleierung der eigentlichen gesellschaftlichen Probleme, Gefahr der gesundheitspolitischen Vereinnahmung des Sports • Übertragung der Gesundheitsfunktion des Sports von IL auf EL ist problematisch, weil Krankheitsprofile in EL andere sind. • Vor allem der übliche Sportartensport ist grundsätzlich weniger präventiv und gesundheitsfördernd.
5. Gleichheit	
<ul style="list-style-type: none"> • Gleichheitsprinzip ist ein konstitutives Element des Sports. • Gleiche Chancen zur Teilnahme am Leistungsvergleich • Sportförderung kann Gleichheit im internationalen Sport zwischen den Industrie- und Entwicklungsländern herstellen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gleichheitsprinzip wird auf die Gewährung der gleichen Chancen für die Teilnahme reduziert, da nicht alle Teilnehmer gleich sind, sondern nur als diese betrachtet werden. Es gelten die Maßstäbe des modernen Sports. • Verändernde Erfolgsindikatoren, immer komplexer werdende Strukturen und politische Inanspruchnahme sportlicher Spitzenleistungen für das nationale Prestige
6. Befriedigung der Grundbedürfnisse	
<ul style="list-style-type: none"> • Sport stellt einen Wert an sich dar, deshalb keine überzogenen Erwartungen. • Sport kann bedeutsam im Rahmen eines ganzheitlichen Erziehungskonzeptes sein. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundbedürfnisse sind zu gewichten. • Sport kann kein Bestandteil der Grundbedürfnisse sein. Annahme erscheint zynisch, wenn Menschen unterhalb der Armutsgrenze leben oder an Hunger leidern.
7. Gleichstellung der Geschlechter	
<ul style="list-style-type: none"> • Partizipation ist konstitutives Element des Sports, der für Frauen nicht weniger geeignet ist. • Chance für die Förderung der Partizipation von Frauen im Sport in EL, in denen Strukturen des Sportsystems noch aufgebaut bzw. ausdifferenziert werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine ausreichenden empirischen Belege zur Funktion des Sports als Instrument zur Gleichstellung der Geschlechter. • Mythos, dass intensives körperliches Leistungstraining für Frauen aus physiologischen Gründen nicht geeignet ist. • Allerdings Widerspruch zwischen dem, was theoretisch möglich ist, und den tatsächlich wahrzunehmenden Bedingungen. • Einflüsse der Religionen
8. Bildungshilfe	
<ul style="list-style-type: none"> • Sport stellt einen Wert an sich dar und schult Fähigkeiten wie Life-Skills. • Sport fordert mit seinem gleichzeitigen Praxisbezug aktives Handeln heraus und ist ein hervorragendes Medium für praxisorientierte Bildung. • Grundvoraussetzung für Wirtschaftswachstum, aber nicht Impuls • Schulsport kann über den Sportunterricht hinausgehende Impulse für Bildung geben. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine ausreichend empirischen Hinweise, um eine reale Beurteilung der Funktionen der Sportentwicklungshilfe als Bildungshilfe vornehmen zu können. • Bildungshilfe und Erziehungssystem war keine Ursache für wirtschaftliche Entwicklung, sondern war erst Folge der Ausdifferenzierung. • Schulsport kann nur unter bestimmten Bedingungen über den Bildungsbereich hinausgehende Impulse geben.

Schlussfolgernd können die wichtigsten Kriterien zur Erfassung der Kennzeichen des modernen Sports und der Funktionszuschreibungen an den Sport im entwicklungstheoretischen Kontext unter die in Tabelle 27 aufgestellten Kategorien zusammengefasst werden.

Die Bildung der zugehörigen Kriterien und der zusammenfassenden Kategorien erfolgt auf Grundlage der im Text diskutierten Eignungsmöglichkeiten der Funktionszuschreibungen an den Sport hinsichtlich präventiver Interventionen. Entsprechend werden im Folgenden nicht alle vorgestellten Funktionen des Sports im Modernisierungsprozess von Gesellschaften weiterverfolgt, sondern es werden Schwerpunkte gesetzt. Die Ergebnisse werden in der Tabelle 27 zusammengefasst.

Tabelle 27: Übersicht der entscheidenden Kategorien der Plausibilität des Sports für präventive Interventionen und seine definierenden Kriterien (eigene Darstellung).

Kategorien	Kriterien
Persönliche Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von Persönlichkeitsmerkmalen wie Life-Skills und anderen Werten moderner Gesellschaften, die der Sport verkörpert. • Übertragung der Merkmale des modernen Sports auf EL wie Leistungsorientierung, prosoziale Verhaltensweisen und Fähigkeit, Probleme zu lösen.
Integration und Nation-Building	<ul style="list-style-type: none"> • Politischer Ansatz zur Förderung des Nation-Buildings • Pädagogische Interventionen durch die Erziehung z. B. im Schulsport und integrierende Leistung des Sportvereins als Ordnungssystem • Eingliederung von Ausländern durch Integration und Assimilation durch zum Beispiel kognitive Assimilation im Sportunterricht
Gleichheit der Chancen	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer werden als gleichwertig angesehen, jedoch entscheidet komplexes Variablen-System über Erfolg im internationalen Spitzensport • Gleichheitsprinzip des Sports zur Verhinderung von Diskriminierung
Gleichstellung der Geschlechter	<ul style="list-style-type: none"> • Partizipation der Frauen im Sport • Chance für die Förderung der Partizipation von Frauen im Sport in EL, wenn Strukturen des Sportsystems noch ausdifferenziert werden. • Einflüsse der Religionen
Bildungshilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung grundlegender Fähigkeiten wie Life-Skills • Möglichkeiten einer Erziehung durch Sport zur Erweiterung des Selbst- und Weltverstehens über das sportmotorische Können hinaus • Sportunterricht kann Impulse für das Bildungssystem geben, weil sich dort erlernte Fähigkeiten auch positiv auf andere Lebensbereiche auswirken.

5 Sportbezogene Prävention von HIV/AIDS und ihre Problemarchetypen

Der Arbeit liegt die Idee der Verbindung von Sport und HIV/AIDS im entwicklungstheoretischen Kontext zugrunde (vgl. Kapitel 1). Es konnte gezeigt werden, dass der Sport sowohl in der theoretischen Diskussion als auch in der Praxis genutzt wird, um HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen in Entwicklungsländern zu legitimieren. Dieses Vorgehen beruht auf der Annahme, dass der Sport Wirkungen und Effekte in der präventiven Intervention von HIV/AIDS erzielen kann, die häufig auf keinem wissenschaftlichen Nachweis fußen (vgl. Kapitel 4).

Das fünfte Kapitel argumentiert auf empirischer Ebene, um die Bedingungen und Möglichkeiten des Sports in der HIV/AIDS-Prävention aus praktischer Perspektive herauszuarbeiten. Den wesentlichen Bestandteil dieses Kapitels bildet daher eine Literatur- und Dokumentenanalyse zu empirischen Studien und praktischen Projektberichten. Diese stammen größtenteils aus oder befassen sich mit Projekten in Tansania.

Das Ziel ist, aus dieser Sekundäranalyse theoriegeleitete Hypothesen zu formulieren, die Aussagen über die Möglichkeiten und Bedingungen der HIV/AIDS-Prävention treffen. In diese fließen die theoretisch rekonstruierten Erkenntnisse der HIV/AIDS-Präventionsstrategien (vgl. Kapitel 3) und die Funktionszuschreibungen an den Sport in der Entwicklungszusammenarbeit ein (vgl. Kapitel 4). Sie werden zur Diskussion der Forschungsfrage zusammengeführt und bilden die Grundlage für die Konstruktion des Sports in der HIV/AIDS-Prävention. Es wird die Plausibilität des Sports verdeutlicht, die ihn als geeignete Interventionsmaßnahme in Anwendung auf das HIV/AIDS-Problem erscheinen lässt.

Angesichts des Anspruchs, die theoriegeleiteten Forschungsergebnisse auf das Beispiel Tansania zu beziehen, erscheint es naheliegend, sich vorab mit dem Sportsystem und seinen Strukturen in Tansania zu befassen. Deswegen wird sich zunächst um einen Einblick in das tansanische Sportsystem bemüht. In den vorangegangenen Kapiteln konnte gezeigt werden, dass in Tansania wie auch in anderen Ländern Frauen eine wesentliche Zielgruppe präventiver Interventionen darstellen sollten (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 118; sowie Kapitel 2.2.4 und 2.3). Die erhöhte HIV-

Vulnerabilität von Frauen konkretisiert die Notwendigkeit der Betrachtung des tansanischen Sportsystems mit dem Fokus der Rolle der Frauen im Sport in Tansania. Es gilt daher zu analysieren, wie das Sportsystem in Tansania aussieht und welche Möglichkeiten und Bedingungen sich für präventive Interventionen für die HIV/AIDS-Problematik insbesondere bei Frauen ableiten lassen. Vor der Analyse der Sportprojekte in der HIV/AIDS-Prävention werden in diesem Kapitel Strategien von Interventionen aus dem Bereich abweichenden Verhaltens hinzugezogen. Aus diesen werden sich neben den im dritten Kapitel untersuchten Maßnahmen zur HIV/AIDS-Prävention weitere Erkenntnisse über Strategien präventiver Maßnahmen erhofft.

Das Ziel dieses Kapitels ist die Auswertung der vorangegangenen Erkenntnisse, die mittels der theoriegeleiteten Bildung deskriptiver Categoriesysteme im letzten Teil des Kapitels vorgenommen werden. Ebenfalls werden mit Hilfe dieser Methode verschiedene *Problemarchetypen* gebildet. Sie bieten die Grundlage für die Schlussfolgerungen bezüglich der Bedingungen und Möglichkeiten des Sports in der HIV/AIDS-Prävention, die im sechsten Kapitel ausgeführt werden.

5.1 Rolle der Frauen im Sportsystem in Tansania

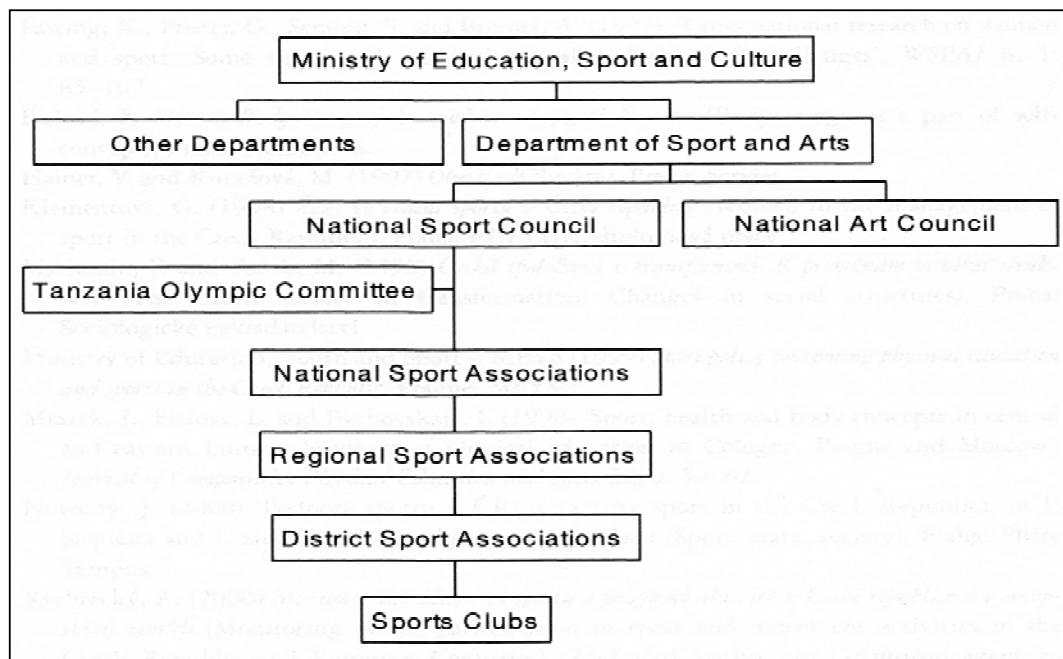


Abbildung 29: Struktur des organisierten Sports in Tansania (vgl. Massao & Fasting, 22003, S. 118).

Die Auseinandersetzung mit dem Sportsystem in Tansania erfolgt mittels einer Untersuchung von Massao und Fasting (2003), weil die Autoren die wesentlichen Merkmale und Entwicklungen des tansanischen Sports für die vorliegende Arbeit treffend kennzeichnen. Sie haben die Situation von Frauen und Sport in Tansania tiefgehend untersucht (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 118). Ihre Ergebnisse wurden im Rahmen einer Betrachtung der internationalen Herausforderungen bezüglich des Sport und der Frauen veröffentlicht (Näheres hierzu bei Hartmann-Tews & Pfister, 2003). Die hier gewählte Darstellung des tansanischen Sportsystems verweist neben dem Aufbau des Sportsystems und einer kurzen historischen Rückschau auch auf die aktuellen *Probleme von Frauen im Sport*. Sie ergeben sich teilweise aus den gewachsenen Strukturen des Sports sowie insbesondere aus den gesellschaftlichen Bedingungen.

Der organisierte Sport untersteht dem Ministerium für Erziehung, Sport und Kultur, wobei das Sportsystem einer der Bereiche war, der abhängig von politischen Veränderungen dem einen oder anderen Ministerium zugeordnet war. An der Basis stehen die Sportclubs, die in 32 nationalen Verbänden organisiert sind. Eine der populärsten Sportarten ist der *Netzballsport*, der ein vornehmlicher Frauensport ist (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 118). Die Sportart wurde unter britischer Kolonialherrschaft nach dem Ersten Weltkrieg eingeführt und erhielt nach der Unabhängigkeit einen eigenen Verband, der als CHANETA bekannt ist.

Netzbball wurde zunächst nur in der Schule und dann auch in der Freizeit gespielt und war unter Frauen ebenso populär wie Fußball unter Männern. Allerdings war der Sport in Tansania ähnlich wie andere gesellschaftliche Systeme von den politischen und wirtschaftlichen Veränderungen betroffen, wodurch der Netzballsport seit den ökonomischen Liberalisierungen an Bedeutung verlor (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 121).

Neben den organisierten Sportclubs in den Strukturen des organisierten Sportsystems gibt es auch zahlreiche informelle Teams, die sich in Dörfern, an Arbeitsplätzen oder in Distrikten lokal zusammenfinden. Denn um als Sportclub in den zuständigen Sportverband aufgenommen zu werden, sind Voraussetzungen wie beispielsweise der Besitz eigener Trainingsplätze, Sportstätten oder Ähnliches zu erfüllen. Vor allem Frauentteams haben daher Schwierigkeiten, *Sportclubs für Frauen* zu gründen, weil

sie die geforderten Kriterien für die Registrierung nicht erfüllen und dadurch Nachteile zum Beispiel bei der Gewinnung von Sponsoren haben (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 119).

Die Geschichte des Sports in Tansania zeigt, dass die bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts durchgeführten Wettkämpfe den Grundstein für die Trennung von Sportarten für Männer und Frauen legten. Sportarten für Männer erforderten körperliches Training und Härte. Frauensportarten hatten eher gymnastische Elemente (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 119). Wenngleich das IOC durch seine im Jahr 1996 verabschiedete Resolution zur Förderung von Frauen im Sport die Beteiligung von Frauen in Nationalen Olympischen Komitees (NOK) und nationalen Sportverbänden nachdrücklich empfahl, erfolgte die Umsetzung in Tansania zunächst nur im nationalen Leichtathletikverband und Radsportverband (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 119).¹⁸⁵

Die Entwicklung des Sportsystems in Tansania erlebte ihren Höhepunkt in der Zeit nach der Unabhängigkeit und dauerte bis in die 1980er Jahre hinein. In dieser Zeit wurde der Sport noch vom Staat und öffentlichen Sektoren finanziert und es gründeten sich auch die meisten Clubs. Auch wurde der Netzballsport populär und eine eigene Liga wurde gegründet, in der auch verschiedene staatliche Unternehmen starteten (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 120).

¹⁸⁵ Bedeutsam ist dabei auch die zweite internationale Konferenz des IOC zu Frauen und Sport im Jahr 2000, die infolge der Resolution von 1996 die damaligen Forderungen erneuert und verstärkt hat. Während die vorangegangene Resolution unter anderem eine Frauenquote von mindestens zehn Prozent in allen entscheidenden Positionen verlangte, wurde dieses Ziel bis zum Jahr 2005 auf 20 Prozent erhöht (weitere Ausführungen dazu vgl. IOC, 2000, #Resolution). Angesichts der in dieser Arbeit dargestellten wirtschaftlichen und politischen Lebenssituationen von Frauen in Entwicklungsländern, erscheinen die Zielsetzungen ohne eine Veränderung der Rahmenbedingungen für Frauen als leere Absichtserklärungen, die nur für ein positives Image sorgen sollen.

¹⁸⁵ In dieser Zeit wurde das National Sport Council (1967) initiiert, vorhandene Sportverbände wurden offiziell registriert und neue Verbände haben sich gegründet. In den 1970er Jahren wurden die jährlich stattfindenden Schulmeisterschaften der Secondary Schools (UMISETA) eingeführt (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 120).

Des Weiteren änderten sich zu Beginn der 1990er Jahre die politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse in Tansania. Durch Privatisierung und Handelsfreiheit wurden viele zuvor staatliche Institutionen dezentralisiert, die unter anderem für den Sport zuständig waren. Der Sport war einer zunehmenden *Kommerzialisierung* und *Gewinnorientierung* unterlegen. Nun waren die lokalen Regierungen und private Organisationen darauf angewiesen, selber die finanziellen Mittel zu beschaffen. Gewinne waren jedoch primär im Hochleistungs- beziehungsweise Profisport zu erwarten.

Für den vorwiegend verbreiteten Amateursport war es schwierig, sich zu finanzieren und dadurch weiterzuentwickeln (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 120). Denn staatliche Unterstützung erhielten vorrangig nur Nationalmannschaften und Spitzenathleten. Allerdings war ihre Situation schwierig, weil die finanziellen Zuschüssen meist erst kurz vor einem Wettkampf zugeteilt wurden (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 121).

Die Analyse des tansanischen Sportsystems von Massao und Fasting verdeutlicht die Vernachlässigung der *Belange der Frauen* (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 120). Die geringe Förderung des Netzballs in Vorhaben zur Sportentwicklung offenbarte sich in einem Mangel an ausgebildeten Trainern. Auch die Olympische Bewegung, die zwar Trainer für andere Sportarten in Kurzlehrgängen schulten, verpassten es, Trainer für den Netzball auszubilden. Dadurch wurden Grundlagen für den heute randständigen Status des Frauensports in Tansania geschaffen, trotzdem die kulturellen und sozialen Faktoren bekannt waren, die restriktiv auf die Beteiligung von Frauen im Sport wirkten (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 120).

Noch weniger Chancen finden Frauen im *professionellen Sport*, weil sie im Vergleich zu Männern zu wenig Geld verdienen, um ihren Lebensunterhalt damit zu bestreiten (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 127). Massao und Fasting (2003) zitieren Studien, in denen die für Mädchen und Frauen abschreckenden institutionellen Verhältnisse zum Ausdruck kommen, die eine Karriere im Profisport verwerfen lassen. Als Ursachen werden Ungerechtigkeiten und Unregelmäßigkeiten in Führungsgremien, Personalauswahlverfahren und Trainingsmöglichkeiten von Frauen angegeben. In der Konsequenz gibt es auch wenige weibliche Vorbilder für junge Mädchen im Sport (vgl. Massao und Fasting, 2003, S. 127).

Trotz der vom IOC geforderten Mitbestimmung von Frauen in Führungspositionen zeigt die Realität in Tansania eine geringe Zunahme des weiblichen Anteils in entsprechenden Positionen. Wurde dann doch eine Frau in eine höhere Position berufen, reagierten diese Frauen häufig mit Skepsis. Wenn sie schon lange Zeit im Sport tätig waren, nahmen sie an, dass die Berufung eine Alibifunktion für die Erfüllung der Mitwirkung der Frauen hatte.

Traditionelle Rollenmuster sind häufig die Ursache dafür, dass sich Frauen gar nicht erst zutrauen, in die Männerdomäne vorzudringen (Siehe hierzu auch Kapitel 2.3.6). Dies trifft in traditionell von Männern geführten Sportarten zu. Ein häufig verbreiteter geringer sozioökonomischer Status von Frauen in Tansania scheint ebenso die Chance auf Beteiligung im Sport zu verringern, weil manche Positionen eine hohe gesellschaftliche Stellung voraussetzen (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 122).

Der *Freizeitsport* in Tansania wird traditionsgemäß vorwiegend von Männern betrieben, die am Abend auf dem nächsten Sportplatz zum Fußballspielen gehen. Unter Frauen hingegen ist es weniger üblich, zum abendlichen Netzbball zu gehen. Frauen gehen eher in ein Fitnessstudio. Jedoch können sich die finanziellen Gebühren aufgrund der Einkommenssituation in Tansania nur wenige Menschen leisten. Über die Motive des Sporttreibens ist nach Angabe der Autoren sowohl bei Frauen als auch bei Männern wenig bekannt (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 121).

Finanzielle Anreizsysteme zum Sporttreiben wie etwa die Bezahlung der Schulgebühren bei besonders guten sportlichen Leistungen fanden Massao und Fasting (2003) nur im Schulbereich und dort auch nur bei Fußballmannschaften für Jungen. Für Frauen gibt es keine vergleichbaren Modelle, obwohl auch Mädchen in Tansania aufgrund ihrer athletischen Fähigkeiten von der Förderung profitieren würden (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 121). Der überwiegende Anteil der Bevölkerung in Tansania ist im Kinder-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter, der Sport im *schulischen Kontext* betreibt, wobei die jährlich stattfindenden Schul- und Universitätsmeisterschaften eine motivierende Rolle spielen (vgl. Kapitel 2.2.3).

Allerdings geben viele Jugendliche ihre sportlichen Aktivitäten mit Beendigung der Schule auf. Vor allem Frauen verhalten sich nach der Schule gemäß dem traditionellen Rollenbild und widmen sich ihren häuslichen Aufgaben. Außerhalb der Schule

sind kaum Sportstrukturen anzutreffen, die ein freizeitmäßiges Sporttreiben ermöglichen. Weil die kulturellen und strukturellen Bedingungen eine entsprechende Förderung im außerschulischen Kontext nicht zulassen, werden die meisten Talente in der Schule entdeckt (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 122).

Ähnlich wie sich soziokulturellen Faktoren auf die HIV/AIDS-Ausbreitungsdynamik auswirken, nehmen die *ethnische, rassische, religiöse oder soziale Schichten-Zugehörigkeit*, das *Bildungsniveau* und auch der *eheliche Status* Einfluss auf die Teilhabe von Frauen am Sport (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 122; sowie Kapitel 2.3). In manchen Regionen Tansanias sind ethnische Gruppen für ihre besonders hohen Teilnehmeranzahlen in bestimmten sportlichen Aktivitäten bekannt. Ebenso gibt es aber auch Sportarten wie Golf oder Kricket, die von rassischen Zugehörigkeiten geprägt sind und Frauen außen vor gelassen werden. Diese Sportarten werden vorwiegend von wohlhabenden Europäern oder Indern ausgeübt, die in städtischen Gebieten wohnen (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 123).

Der religiöse Glaube wirkt sich insoweit auf die sportliche Aktivität von Frauen aus, als der islamische Glaube verbietet, unbedeckte Körperteile zu zeigen, was beim Sport aber die Regel ist. Daher wird vor allem muslimischen Mädchen die Teilnahme am Sport verboten (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 124). Auch die in Kapitel 2.2.4 dargestellten Erkenntnisse über das *Bildungsniveau* hinsichtlich der HIV-Prävalenz wirken sich in ähnlicher Weise auf den Sportbereich aus. Wenngleich sich die Situation im Sport etwas anders darstellt. Zwar wird die Erziehung und Bildung als Voraussetzung für ein besseres Leben angesehen, doch herrscht im Sport die Meinung vor, dass Bildung für eine sportliche Karriere unwichtig ist. Deshalb verfügen viele Sportler und weibliche Athleten nur über einen geringen Bildungslevel. Massao und Fasting (2003) machen damit auf ein Problem aufmerksam, wodurch im Sport wie auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen soziale Ungleichheiten fortgeführt werden (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 124).

Der eheliche Status wirkt sich auf die Möglichkeiten des Sporttreibens von Frauen aus, weil sportliche Ambitionen nach der *Heirat* oder *Familiengründung* häufig im Konflikt mit den Interessen des Ehemanns stehen (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 125). Auch erlauben zum Beispiel das warme Klima und der Mangel an Trainingshallen und Indoorsport-Möglichkeiten in Tansania, sportliche Aktivitäten vorwiegend nur

in den Morgen- oder Abendstunden auszuüben. Das ist aber auch die erwartungsgemäße Zeit für die Versorgung der Kinder und die Erledigung häuslicher Arbeiten.

Das tansanische Sportsystem bietet hierfür wenig Unterstützung, so dass Frauen sich entscheiden müssen, ob sie Hausfrauen oder Karrierefrauen sein möchten. Einige sportorientierte Frauen haben sich schon dafür eingesetzt, dass mehr Trainingsplätze in der Nachbarschaft eingerichtet werden. Jedoch wohnen die meisten Frauen in Gegenden, wo diese Einrichtungen aufgrund einkommensschwacher Einwohnerstrukturen nicht gebaut werden. Ferner glauben einige Menschen, dass sich die Frauen mehr für ihre Rechte einsetzen sollten und es ihre Schuld sei, wenn sie am Sport nicht teilnehmen. Auch gibt es die Meinung, dass Sport nur etwas für Kinder und Jugendliche ist und verheiratete Frauen zu alt für sportliche Aktivitäten sind (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 125).

Massao und Fasting (2003) betrachten darüber hinaus Strategien und Programme in Tansania zur Erhöhung der Teilnahme von Frauen im Sport. Sie wurden in Tansania von der Regierung im Rahmen der nationalen Sportentwicklungspolitik formuliert. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Programme häufig an der Umsetzung scheiterten. Zudem waren die Finanzierungsquellen kaum definiert worden. Das bekannteste Sportprogramm in Tansania zur Förderung der sportlichen Aktivitäten von Frauen im Sport ist das *Sport-for-all-Projekt* der norwegischen Confederation of Sports, dessen Reichweite und Wirkung nicht erfasst wurde. Es war ein Teil der norwegischen Entwicklungshilfe (Massao & Fasting, 2003, S. 127).

Weitere Faktoren für die begrenzte Beteiligung der Frauen an Wettkämpfen sind die fehlenden Möglichkeiten und Sportformen, um in entsprechenden Mannschaften anzutreten. Die mangelnde Vertretung der Frauen in Führungs- und Entscheidungspositionen macht sich bemerkbar, wodurch die Interessen der Frauen keine Berücksichtigung in Entscheidungen über Förderung bestimmter Sportarten und Ausbau von Strukturen finden (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 126).

Die *wirtschaftliche Lage* vieler Frauen wirkt sich entscheidend auf die Teilnahme am Sport aus. Wirtschaftliche und gesellschaftliche Veränderungen lassen die Funktion der Frauen als Geldverdienerin zunehmend wichtiger werden, weil nicht mehr allein

die Männer für ein ausreichendes Einkommen sorgen können. Ein Grund dafür kann HIV/AIDS sein, wenn ein Familienmitglied mit HIV infiziert ist und ein Einkommen wegfällt (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 127; sowie Kapitel 2.3.5). Andererseits können Frauen aber auch von wirtschaftlichen Veränderungen profitieren. So nutzen einige Frauen auch ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit, um Sport zu treiben und im organisierten Sport aktiv zu sein (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 127).

Massao und Fasting (2003) legen darüber hinaus den Fokus auf das Problem der *sexuellen Belästigung im Sport* in Tansania (vgl. Massao und Fasting, 2003, S. 128). Es ist für die vorliegende Arbeit von besonderer Relevanz, weil es eine Problematik im Sport offenlegt, die als bedeutsam für die Frage der Eignung des Sports zur HIV/AIDS-Prävention erscheint.¹⁸⁶ Die Autoren verweisen dabei auf Studien, in denen die körperliche Attraktivität als der meistgenannte Faktor für Vergehen von Trainern an Athletinnen auftaucht.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass die weiblichen Athleten nicht wissen, an wen sie sich bei sexueller Belästigung wenden können. Denn das Thema wird in Tansania wie auch in Europa oder in den USA weitgehend tabuisiert. Allerdings scheinen die Medien in Industrieländern sexuelle Belästigungen zunehmend als erfolbringende Schlagzeilen einzuschätzen. Zum Beispiel berichtet die Zeitschrift *Der Spiegel* regelmäßig über sogenannte Sexskandale im Sport, in denen sich Trainer an Athletinnen vergehen. Sie werden zum Beispiel mit der Überschrift „Schadensersatz in Millionenhöhe wegen Sex-Mobbing“ betitelt (Spiegel Online, 2007, #Schadensersatz in Millionenhöhe wegen Sex-Mobbing; sowie Spiegel Online, 2000, #Kampf gegen sexuelle Belästigung). In Tansania scheint es aufgrund der kulturellen Grundsätze schwieriger als in Europa oder USA zu sein, ein solches Thema in den Medien unterzubringen. Darüber hinaus verbietet es der Respekt gegenüber dem Trainer, sexuelle Skandale aufkommen zu lassen. Folglich trauen sich Frauen häufig

¹⁸⁶ Allerdings wäre es kurzfristig, sexuelle Belästigung im Sport nur als tansanisches Problem zu bezeichnen, da es vermutlich in vielen Ländern Fälle sexueller Vergehen im Sport gibt. Auch in Europa und Deutschland werden immer wieder Fälle über sexuelle Belästigung im Sport in den Medien publiziert (vgl. Fastings & Brackenridges, 2009, S. 21–35; sowie zum Beispiel auch Spiegel Online, 2000, #Kampf gegen sexuelle Belästigung).

nicht, ihre Erlebnisse zu veröffentlichen, sondern schweigen darüber. Zudem erhalten sie auch keinen Schutz als Opfer, weil es kein angemessenes Vorgehen für die Fälle gibt (vgl. Massao & Fasting, 2003, S. 128).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es wie in Deutschland den organisierten Sport gibt, der über verschiedene Sportverbände verfügt und einem Ministerium unterstellt ist. Um als Club in den entsprechenden Verband aufgenommen zu werden, sind bestimmte Auflagen zu erfüllen. Ähnlich wie in Deutschland ist der Sport in Tansania auch erst später als andere gesellschaftliche Bereiche von einer zunehmenden Kommerzialisierung betroffen. Den damit verbundenen Herausforderungen können Frauentteams nur schwer nachkommen. Hierfür haben bisher auch die Bestrebungen des IOC zur Förderung der Frauen im Sport noch keine signifikante Verbesserung gebracht.

Es kann konstatiert werden, dass es in Tansania zu wenig Unterstützung durch das Sportsystem gibt, damit Frauen auch im erwachsenen Alter sportliche Aktivitäten betreiben können. Die Beteiligung von Frauen beschränkt sich vorwiegend auf den Schulsport und nur in Ausnahmen auf den Profisport, weil dieser bei zunehmender fehlender öffentlicher Förderung immer schwieriger zu finanzieren ist. Frauen sehen im vorwiegend von Männern dominierten Sportsystem viele Ungerechtigkeiten.

Der Freizeitsport ist wenn überhaupt nur unter Männern verbreitet. Frauen hingegen geben mit Beendigung der Schule meistens ihre sportlichen Aktivitäten auf, zumal sie häufig auch nicht die finanziellen oder zeitlichen Ressourcen haben, um zum Beispiel in ein Fitnessstudio zu gehen. Auch wirken sich die ethnische, rassische, religiöse oder soziale (Schichten-)Zugehörigkeit auf die sportliche Aktivität aus. Grundsätzlich scheinen die traditionellen Rollenmuster, Vorurteile gegenüber der Partizipation von Frauen im Sport, die wirtschaftlichen Verhältnisse und der Mangel an Unterstützung durch das Sportsystem die Sportentwicklungspolitik in Tansania zu behindern. Ein weiteres Problem von Frauen im Sport in Tansania ist die sexuelle Belästigung, die eine besondere Relevanz hinsichtlich der HIV/AIDS-Prävention im Sport einnimmt.

5.2 Interventionsstrategien der Theorien abweichenden Verhaltens

Um eine weitere wissenschaftliche Perspektive zur Beantwortung der Möglichkeiten und Bedingungen der HIV-Prävention einzunehmen, werden Interventionsstrategien

hinzugezogen, die dem HIV/AIDS-Phänomen ähnlich sind. Dabei wird angenommen, dass das soziale Problem HIV/AIDS aus dem von der Norm abweichenden Verhalten resultieren kann. Damit ist HIV/AIDS-Phänomenen ähnlich, die verschiedene Arten von Devianzen aufweisen (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 13). Zu diesem Zweck werden wesentliche Interventionsstrategien der Theorien abweichenden Verhaltens vorgestellt. Hierfür wird die Literatur von Dollinger und Raithel (2006) herangezogen. Abschließend werden die Strategien unter Einbezug der im dritten Kapitel diskutierten Maßnahmen für ihre Eignung in der HIV/AIDS-Prävention geprüft (vgl. Kapitel 3.2).

Tabelle 28: Einteilung der Theorien abweichenden Verhaltens in Mikro-, Meso- und Makro-Ebene sowie in die transdimensionale Perspektive in Anwendung auf die gesellschaftliche Dimension von HIV/AIDS (eigene Darstellung).

Ebene	Schwerpunktsetzung der Theorie hinsichtlich HIV/AIDS
Mikroebene	Individuum (Individuelles Verhalten, Risikoverhalten)
Mesoebene	Gruppenbeziehungen (Peer-Group-Einfluss auf das sexuelle Verhalten)
Makroebene	Gesellschaftliche Ebene (ökonomische, politische und soziale Rahmenbedingungen, z. B. Armut)
Transdimensionale Perspektive	Geschlechtsspezifische Betrachtung (Geschlechtsbezogene Ungleichheiten, soziale Kommunikation und Interaktion zwischen Mann und Frau)

Dollinger und Raithel (2006) diskutieren Theorien abweichenden Verhaltens im Kontext von Normabweichungen, die sich auf einem Kontinuum befinden, das „vom abweichenden Individuum bis hin zur problemverursachenden (Welt-)Gesellschaft reicht“ (Dollinger & Raithel, 2006, S. 7). Die Theorien setzen Schwerpunkte auf Individuen, die Gesellschaft oder eine mittlere Ebene, die sich auf soziale Beziehungen in Gruppen bezieht. Theorien abweichenden Verhaltens legen darüber hinaus unterschiedliche Arten von Interventionen nahe. Denn eine Erklärung über Normabweichung impliziert auch, was gegen sie unternommen werden kann. Somit werden durch jede Theorie auch Möglichkeiten angemessener Interventionen aufgezeigt. Zugleich befassen sich Interventionen mit den Ursachen des von Normen abweichenden Verhaltens. Die Theorien abweichenden Verhaltens werden anhand der in

den Sozialwissenschaften verbreiteten Einteilung in Makro, Meso- und Mikroebene dargestellt (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 8; sowie Tabelle 28).

Daneben werden Theorien abweichenden Verhaltens aus einer geschlechtsspezifischen Perspektive betrachtet. „Die geschlechtsspezifischen Differenzen sind vor den Hintergrund des kulturellen Systems der Zweigeschlechtlichkeit zu verstehen“ (Dollinger & Raithel, 2006, S. 134) und spielen eine bedeutsame Rolle bei der Verbreitung von HIV/AIDS (vgl. Kapitel 2.3.6).

Nach Dollinger und Raithel (2006) gibt es *vier idealtypische Formen von Devianz*, die sich nach dem Grad des abweichenden Verhaltens gliedern. Die Abstufungen reichen von der konventionellen Devianz über die provozierende und problematische Devianz bis hin zur Kriminalität.¹⁸⁷ Während abweichendes Verhalten bei der Kriminalität offensichtlich erscheint, gibt es daneben eine Vielzahl von Normabweichungen, die zwar die Norm verletzen, aber nicht kriminell sind. Vielmehr wird in modernen (Risiko-)Gesellschaften ein gewisses Maß an Devianz erwartet, um Flexibilität und Innovationsfähigkeit demonstrieren zu können (siehe hierzu auch Kapitel 4.1).

Folglich besitzen Normanwendungen einen relativ breiten Toleranzbereich und erfordern Einzelfallentscheidungen. Dieser Bereich wird mit konventioneller Devianz gekennzeichnet (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 11). Bei der Zunahme des Grads der Normverletzung von der konventionellen Devianz bis zur Kriminalität steigt auch das Ausmaß der formellen Sanktionen an. Ob ein Verhalten als abweichend eingestuft wird, hängt von der Bewertung ab, die innerhalb der variablen Grenzen zwischen den Bereichen der Devianz und Normalität liegt (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 14). Hierbei stellt sich die Frage, was vor dem Hintergrund der kulturellen Normen in Ent-

¹⁸⁷ Die konventionelle Devianz steht an der Grenze zwischen Konformität und Devianz und beschreibt unspektakuläre Abweichungen, die Flexibilität und Innovationsfunktionen erfüllen (z. B. ungewöhnlicher Kleidungsstil). Die provozierende Devianz ist nicht per se kriminell, stößt aber auf Missbilligung, da die verletzen Normen in einem hohen Maße anerkannt sind (z. B. eine unfreundliche Bemerkung). Die problematische Devianz ist ein allgemein anerkanntes Problem und unerwünscht. Da sie nicht tolerierbar ist, gibt es spezielle Gegenmaßnahmen, um gegen sie vorzugehen, sie zu regulieren oder zu beheben (z. B. Krankheit und Alter). Mit Kriminalität werden objektiv die bestehenden festgeschriebenen Rechtsnormen verletzt (z. B. sexuelle Gewalt) (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 13).

wicklungsländern als Devianz bezeichnet wird. Denn in heterogenen und komplexen Gesellschaften mit beispielsweise verschiedenen ethnischen Gruppen können unterschiedliche Normalitätserwartungen auftreten.

Letztendlich führt die Orientierung an der Vielfalt der Gruppen und ihren normativen Vorstellungen zu beliebig vielen Arten von Devianz. Deshalb konzentrieren sich Dollinger und Raithel (2006) auf Theorien abweichenden Verhaltens, die sich vornehmlich auf die problematische Devianz beziehen. Sie überschneidet sich teilweise mit dem Bereich der Kriminalität und ihr kann unterstellt werden, dass ihr ein großer Anteil der Gesellschaft besondere Relevanz beimisst (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 15).

Als problematische Devianz kann neben dem HIV/AIDS-Problem an sich aus der Sicht der zu erwartenden Sanktionen auch die HIV-Transmission oder ein risikoreiches Verhalten bezüglich einer HIV-Übertragung eingestuft werden. Dies wird unter anderem im Aufwand der Kontrolle und Strafverfolgung deutlich (vgl. Kapitel 3.2.10). HIV/AIDS ist nach Dollingers und Raithels (2006) Klassifikation eine spezifische Art der Devianz, weil die Krankheit in einem hohen Maße unerwünscht ist und eine Lösung für das HIV/AIDS-Problem aussichtslos erscheint. Angesichts der Verbreitung von HIV/AIDS insbesondere in Afrika südlich der Sahara über den sexuellen Geschlechtskontakt, der durch gesellschaftliche und wirtschaftliche Zwänge begründet sein kann, ist in einem hohen Maße von problematischer Devianz auszugehen. Die Abgrenzung gegenüber der Kriminalität ist insoweit gegeben, als HIV/AIDS an sich keine strafrechtlichen Verfolgung verlangt. Allerdings konnte bereits gezeigt werden, dass die HIV-Übertragung teilweise strafrechtlich geahndet wird (vgl. Kapitel 3.2.10).

Zudem ist davon auszugehen, dass die Grenze zur Kriminalität gemäß westlichen Normvorstellungen und den zugrundeliegenden Rechtssystemen bei einer HIV-Transmission im Rahmen sexueller Gewalt zwar überschritten, aber nicht immer sanktioniert wird. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit eine formelle Sanktion in Kriegssituationen oder Katastrophenregionen erfolgt und eine rechtliche Festschreibung der sexuellen Gewalt als Verletzung der Rechtsnorm zu erwarten ist. Folglich lässt sich Dollingers und Raithels (2006) Einschätzung der relativen Unschärfe des Begriffs der Devianz auf das HIV/AIDS-Problem übertragen, weil eine eindeutige Zuordnung des HIV/AIDS-Problems zu den Formen des devianten Verhaltens insbe-

sondere im interkulturellen Vergleich schwierig ist (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 14).

Im Folgenden werden wesentliche Prozessschritte der Bestimmung eines sozialen Problems anhand von HIV/AIDS gemäß der Diskussion von Dollinger und Raithel (2006) nachgezeichnet, um Ansatzpunkte für Interventionsstrategien aufzeigen zu können. Soziale Probleme ergeben sich demnach aus einer Diskrepanz zwischen dem Soll- und Ist-Zustand.

Ob ein Sachverhalt zu einem Problem wird, wird durch die Definitionsmacht einer Gesellschaft bestimmt, die sich auf die herrschenden Werte und Normen beruft. Eine Problemkonstruktion ist dann wahrscheinlich, wenn bedeutsame Gruppen von Gesellschaftsmitgliedern ein artikuliertes Interesse an der Problematisierung eines Sachverhaltes haben (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 21–23). Die Problemkonstruktion verläuft in sechs Stufen und wird am Beispiel der HIV/AIDS-Verbreitung in Deutschland skizziert (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 27; sowie Kapitel 2.2.5):

- i. Seit der Entdeckung von HIV/AIDS gibt es ein bedeutsames Interesse gesellschaftlicher Gruppen, Regierungen und Organisationen, die Krankheit *öffentlich zu problematisieren*. Der Prozess der Problematisierung wurde von verschiedenen Interessengruppen und sozialen Bewegungen eingeleitet und mobilisierte die Definitionsmacht.
- ii. Da HIV/AIDS in wenigen Jahren eine weltweite Verbreitung fand und eine problematische Relevanz einnahm, kann von einer *Entstehung einer Problemwahrnehmung im gesellschaftlichen Diskurs* gesprochen werden. In Deutschland wurde die Krankheit seit ihrer Entdeckung als eine gravierende Bedrohung und die Prognose für die kommenden Jahre als besorgniserregend eingeschätzt.
- iii. Die *Problemzuschreibung wurde durch Diskursstrategien abgesichert*, indem die Verbreitung von HIV/AIDS als Störung der Sozialordnung aufgefasst wurde. Es wurden entsprechende Strategien dagegen entwickelt. Die Entdeckung des ersten HIV-Antikörpertests ermöglichte eine Diagnose.
- iv. Es kam zu einem mehrstufigen Verlauf der Problematisierung der Sachverhalte und zu einer *Problemverankerung im Alltag*. Die Anerkennung des Problems führte zu einer Institutionalisierung der Problembearbeitung durch die Instanzen sozi-

aler Kontrolle. Sie hatten die Aufgabe, das Problem zu überwachen und Lösungsversuche zu realisieren. Die Bedrohung durch HIV/AIDS wurde zunehmend moralisiert. Die Massenmedien wirkten dabei unterstützend auf die Problemwahrnehmung und -definition, wodurch die Menschen entsprechend handelten und die Problemdefinition reproduzierten.¹⁸⁸ Idealerweise befolgten sie die Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung der HIV/AIDS-Übertragung.

- v. Die staatliche Anerkennung von HIV/AIDS erfolgte zu einem frühen Zeitpunkt der Problemkonstruktion, da die ersten Informations- und Aufklärungsmaßnahmen von dieser Seite initiiert, schnell zu einem *öffentlichen Thema gemacht und vom Staat im Alltag* anerkannt wurden.
- vi. Das Problem wurde sowohl auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene relativ schnell institutionalisiert, so dass sich seine *Definition als soziales Problem in der Realität bewährte*. Es wurden Organisationen und Institutionen gegründet, die sich mit der Prävention und Bekämpfung von HIV/AIDS befassten. Demzufolge wurde HIV/AIDS in den meisten Ländern durch die gesellschaftliche Etablierung der Problemdeutung als soziales Problem anerkannt und seine Existenz gesichert (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 22–27).

Des Weiteren stellt sich nach der eben nachgezeichneten Definition von HIV/AIDS als soziales Problem die Frage nach dem Umgang mit diesem. Denn die sich aus dem abweichenden Verhalten ableitbaren Interventionsstrategien werden dahingehend geprüft, welche Erkenntnisse sich für Strategien in der HIV/AIDS-Prävention ableiten lassen.

Hierzu verdeutlichen Dollinger und Raithel (2006), dass bereits bei der Definition eines Problems auch bestimmte Optionsräume legitimer Interventionen nahegelegt werden und der Umgang mit sozialen Problemen recht unterschiedlich geartet sein

¹⁸⁸ Die öffentliche Bekanntmachung eines Problems kann zwar den Unzufriedenheitsgrad in einer Gesellschaft erhöhen, da die Probleme bewusst werden, aber nur dadurch können sie zu einer Lösung geführt werden. Zum Beispiel kann der Anschein vermittelt werden, es herrsche allgemeine Gerechtigkeit, wenn Armut verschwiegen wird. Sie wird dadurch aber nicht gelöst, sondern möglicherweise verschlimmert, da keine Mittel gegen sie eingesetzt werden, wenn sie nicht publik gemacht wird (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 23).

kann. Zum Beispiel lässt der sexuelle Missbrauch von Minderjährigen keinen Spielraum des rationalen Umgangs zu, sondern wird mit punitiver Interventionslogik beantwortet, obwohl auch andere Interventionsformen denkbar wären. So wären auch psychologisch-therapeutische Strategien möglich, die insbesondere bei kranken und nicht als bestrafungswürdig geltenden Menschen Anwendung finden. So wurde der sexuelle Missbrauch bereits in den 1980er Jahren von Frauenbewegungen mit Deutungsmustern in Verbindung gebracht, die auf strukturelle Probleme hinweisen und mit punitiven Strafen allein nicht zu lösen sind. Diese fanden jedoch in den späteren Gesetzten zur Bestrafung sexuellen Missbrauchs keine Berücksichtigung. Wenngleich der Missbrauch eine Form der Kriminalität ist, kann er im Gegensatz zu anderen kriminellen Formen der Devianz ganz eigenständige Kriterien der Problemdefinition und Spielräume der Interventionen aufweisen (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. S. 29–31).

Die gravierenden Probleme der Gegenwart wie Armut, Hunger und Arbeitslosigkeit scheinen jedoch unlösbar zu sein. Deshalb ist in der Bearbeitung von Problemen eher die Perspektive der Lösungsintention einzunehmen und weniger die Ausrichtung der Interventionsmaßnahmen auf sozialpolitische, rehabilitationsorientierte, pädagogische oder psychotherapeutische Strategien in den Vordergrund zu stellen (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 34).

Tabelle 29: Überblick der Theorien abweichenden Verhaltens (eigene Darstellung nach Dollinger & Raithel, 2006, S. 44–138).

Mikroebene	Mesoebene	Makroebene
Theorie des differentiellen Lernens	Subkulturtheorie	Anomietheorien
Rational-Choice-Modelle	Peer-Group	Desintegration
General Theory of Crime / Selbstkontrolltheorie	Broken Windows	Sozialraum, Milieus und Lebensstile
Stresstheorien		Makrostrukturell begründete Etikettierung
Interpersonelle Etikettierung		
Transdimensionale Perspektive		
Doing-Gender-Perspektive		

Wie zuvor ausgeführt, fließen bei der Frage nach möglichen Interventionen auch Vorstellungen über die Ursachen von sozialen Problemen, die vorherrschenden Rechtsnormen sowie Auffassungen über die Mechanismen der Normverletzungen ein. Dadurch werden die Ursachen aber auch häufig verdeckt (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 27). Hier können Theorien des abweichenden Verhaltens helfen, diese zu ergründen und eine Entscheidungshilfe zu leisten, welche Interventionen als rational angemessen einzuschätzen sind (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 30). Dollinger und Raithel (2006) merken dazu kritisch an, dass die Bearbeitung von Problemen in einer überzogenen Form auch zu einer Selbstdarstellung der bearbeitenden Akteure werden kann. Die konkreten Lösungsstrategien verlieren dann an Bedeutung. Eine Form dieser Problembearbeitung ist das Risikomanagement, welches versucht, festgestellte Risiken präventiv zu regulieren, „ohne noch zwingend auf explizit moralische, persönlichkeitsverändernde oder reintegrative Strategien zu vertrauen“ (Dollinger & Raithel, 2006, S. 34). Störungen, die nicht zu verhindern sind, werden ein Stückweit normalisiert.¹⁸⁹ Zum Beispiel wird die Kriminalität in Gesellschaften mit hoher Kriminalitätsrate zu normalisieren versucht; sie soll auf rationale Weise als ein statistisch erfasstes Risiko gemanagt werden, weil sie nicht vollständig gelöst werden kann.

Das Risikomanagement verdeutlicht den dynamischen Umgang mit gefestigten sozialen Problemen. Denn Interventionen arbeiten immer mit einem gewissen Maß an Kausalitätsunterstellung. Beim Risikomanagement wird häufig das Menschenbild des homo oeconomicus¹⁹⁰ unterstellt. Es wird angenommen, das zum Beispiel Diebstähle durch das Aufstellen von Überwachungskameras unterlassen werden, weil die Entdeckungswahrscheinlichkeit der Tat hoch ist. Wenngleich derartige Ursachenkonstruktionen umstritten sind, werden sie in Devianztheorien häufig angenommen. In

¹⁸⁹ Unter Normalisierung wird der Prozess verstanden, in dessen Verlauf ein zuvor als außerordentlich groß, klein, gut, böse, bedrohlich oder bereichernd empfundenen Phänomen seinen Status verliert und in der Wahrnehmung gewohnt und bekannt erscheint (vgl. Rosenbrock & Schaeffer, 2002, S. 7).

¹⁹⁰ Beim homo oeconomicus geht man davon aus, dass Menschen prinzipiell rational handeln. Sie suchen stets danach, Vorteile für sich zu optimieren und Nachteile zu reduzieren (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 35).

diesem Fall folgen sie dem sogenannten Rational-Choice-Modell (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 34–35).

Die nach Dollinger und Raithel (2006) gezeigte Variabilität in der Betrachtungsweise sozialer Probleme und die damit verbundenen Kausalitätsunterstellungen werden im Drogenkonsum offensichtlich. Diesem können drei verschiedene und auch widersprüchliche Erscheinungsformen zugrunde gelegt werden, die zu unterschiedlichen Interventionsstrategien führen. Neben der Betrachtung des Drogenkonsums als a) Normalität oder b) kriminelles Handeln kann er auch c) als eine pathologische Erscheinungsform ausgelegt werden. Es folgen jeweils unterschiedliche Interventionen, die aus pädagogischen, punitiven oder medizinischen Maßnahmen bestehen können (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 40–42).¹⁹¹

Da nicht die Ursachen von Devianz, sondern die sozialen Interventionsstrategien die Bedingungen und Möglichkeiten von Präventionsstrategien aufzeigen können, werden die von Dollinger und Raithel (2006) diskutierten Theorien abweichenden Verhaltens in dieser Arbeit nicht näher beleuchtet (Siehe hierzu Dollinger & Raithel, 2006, S. 44–138). Sie werden nur insoweit vorgestellt, wie es zur Erklärung der sich daraus strukturierenden Interventionsstrategie notwendig ist. Theorien abweichenden Verhaltens legen nicht immer auf gleicher Ebene Interventionen nahe, auf der sie argumentieren, weil sie zum Beispiel oft auch strukturelle Veränderungen erfordern, um individuelle Devianz zu verhindern.

Umgekehrt kann auch das Individuum der Ansatzpunkt bei sozialen Interventionen sein. Folglich werden die Interventionsstrategien nicht auf den drei genannten Ebenen vorgestellt. Sondern es werden Schwerpunkte auf bestimmte Theorietypen gelegt und diese in Beziehung zu prinzipiellen Arten sozialer Interventionsstrategien gesetzt (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 141–143). Die bereits in Kapitel 3.1 vorgestellten Strategien sozialer Interventionen zeigen, dass soziale Probleme nicht nur sozial oder politisch zu bearbeiten sind, sondern auch Sanktionen und Sanktionsdro-

¹⁹¹ Die dabei herangezogenen Devianztheorien unterscheiden sich auch innerhalb einer Richtung, so dass die „Heterogenität der Erklärung von Devianz“ verdeutlicht wird (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 42).

hungen als Maßnahmen in Betracht kommen. Dabei unterscheidet sich die punitive Intervention von den anderen Strategien, weil sie nicht die Erweiterung von Kompetenzen verfolgen, sondern auf die Beschneidung oder den Ausschluss dieser Optionen setzen (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 141).

Tabelle 30: Interventionsstrategien aus Sicht von Theorien abweichenden Verhaltens (modifiziert nach Dollinger & Raithel, 2006, S. 144; sowie Kapitel 3.1)

Theorien	Rechtlich	Ökonomisch	Ökologisch	Pädagogisch, Psychologisch	Punitiv
Differentielles Lernen	o	o	+	+	o
Rational-Choice-Modell	o	+	+	+	+
General Theory of Crime	o	+	+	+	+
Stresstheorien	o	+	+	+	o
Interpersonelle Etikettierungstheorien	–	–	–	–	–
Subkulturentheorie	o	+	+	+	o
Peer-Group-Perspektive	o	+	+	+	o
Broken-Windows-These	o	o	+	o	+
Anomietheorien	o	+	+	+	o
Desintegrationstheorie	o	+	+	+	o
Lebensstile	o	+	+	+	o
Makrostrukturelle Etikettierungstheorien	–	+	o	–	–
Doing-Gender-Perspektive	+	+	+	+	o

+ befürwortet o nicht bedacht - abgelehnt

Die *Theorien des differentiellen Lernens* erklären Devianz in erster Linie über interpersonelle Kontakte. Durch diese werden deviante Verhaltensweisen erlernt, die dann zur Anwendung kommen, wenn sich eine günstige Gelegenheit bietet. Als Gegenmaßnahme legen Theorien des differentiellen Lernens eine Veränderung der ökologischen Rahmenbedingungen nahe, um die Entwicklung von konformen Handlungsmöglichkeiten zu begünstigen. Darüber hinaus kann Devianz ähnlich der Subkultur- und Peer-Group-Ansätze durch sozialpädagogische Maßnahmen beeinflusst und von pädagogisch-psychologischen Strategien begleitet werden, um Gruppenprozessen entgegenzusteuern, die das abweichende Verhalten begünstigen (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 144). Diese Theorien lassen für die HIV/AIDS-Bekämpfung die sozialpädagogischen Maßnahmen hinsichtlich der Peer-Group-

Education als naheliegend erscheinen. Dieser Ansatz wurde im dritten Kapitel als erfolgreiche HIV/AIDS-Präventionsmaßnahme im Rahmen der Erziehung und Bildung diskutiert (vgl. Kapitel 3.2.7).

Nach dem *Rational-Choice-Modell* wird Verhalten als das Ergebnis einer Kosten-Nutzen-Entscheidung erklärt. Wenngleich sich auf den ersten Blick ökonomische Interventionen vermuten ließen, werden mit der Kosten-Nutzen-Abwägung nicht nur monetäre Vorteile einbezogen. Denn der Nutzen von Individuen kann vielfältig sein und sich auf unterschiedliche Einflüsse und Sachverhalte beziehen, an denen das Verhalten ausgerichtet wird. Daher scheinen hier auch pädagogisch-psychologische Interventionsstrategien plausibel, die sich auf die individuellen Kalkulationen ausrichten und damit das Verhalten beeinflussen. Ebenso erscheinen auch ökologische Interventionen angebracht, da deviantes Verhalten immer in einem Kontext geschieht. Dennoch ist die primäre Interventionsstrategie in punitiven Maßnahmen zu sehen. Sie haben immer dann eine Wirkung, wenn die erwarteten Kosten durch die drohenden Sanktionsmaßnahmen den Nutzen übersteigern (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 145). Punitive Strafen werden im Kontext von HIV/AIDS in der HIV-Übertragung angewendet und nehmen daher eine Relevanz bei den bisher diskutierten rechtlichen Maßnahmen ein. Allerdings sind diese auch umstritten, weil sie zur Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-infizierten Menschen beitragen können (vgl. Kapitel 3.2.10).

Im Rahmen der *General Theory of Crime* (GTOC) entscheidet das Ausmaß der Selbstkontrolle über deviantes Verhalten. Ein hohes Maß an Selbstkontrolle führt somit eher zur Unterdrückung von Devianz und eine geringe Selbstkontrolle macht abweichendes Verhalten wahrscheinlicher. Dementsprechend sind Maßnahmen zur Verhinderung von Devianz geeignet, die zur frühzeitigen Erhöhung der Selbstkontrolle beitragen. Hierbei spielt auch die familiäre und schulische Erziehung eine bedeutende Rolle. Denn eine frühzeitig erkannte und sanktionierte Devianz wird als Verhaltensmöglichkeit schnell unattraktiv, trägt zum Aufbau eines hohen Maßes an Selbstkontrolle bei und kann abweichendes Verhalten einschränken (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 145). Die Interventionsstrategien hinsichtlich der GTOC verfolgen im Grunde den Ansatz der primären Prävention. Durch Intervention zur Stärkung der Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit wird entsprechend versucht einzugreifen, be-

vor junge Menschen sexuell aktiv werden. Ebenfalls wirken die HIV-Tests mit zugehörigen psychologischen Beratungsangeboten präventiv auf die HIV/AIDS-Verbreitung. Die Wirksamkeit dieser Präventionsmaßnahmen wird durch pädagogisch-psychologische Interventionsstrategien erhöht.

Stresstheorien fokussieren pädagogisch-psychologische Maßnahmen. Sie setzen dabei auf die Vermittlung von Copingstrategien. Ebenfalls relevante Interventionsbereiche der Stresstheorien sind die sozioökonomische Lebenssituation und die soziale Umwelt wie Beruf, Familie, Schule und Peers. Dabei sollen materielle Sicherheit und soziale Netzwerke geschaffen und entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden, die psychosoziale Belastungen kompensieren können (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 145). HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen, die den Kontext auf individueller Ebene beeinflussen, setzen ebenfalls durch pädagogisch-psychologische und ökologische Maßnahmen auf die Veränderung des Umfelds und auf die Schaffung von Ressourcen. Diese sollen dazu befähigen, mit den Belastungen wie zum Beispiel der Pflege von an AIDS erkrankten Menschen besser umgehen zu können.

Interpersonelle Etikettierungstheorien unterscheiden sich von den anderen Theorien abweichenden Verhaltens, indem sie nicht nach den Ursachen für Devianz suchen, sondern davon ausgehen, dass Abweichungen zugeschrieben werden. So sind entsprechende Interventionen nur durch die Unterbindung der Zuschreibungen möglich, egal ob ein abweichendes Verhalten in helfender oder bestrafender Absicht bescheinigt wird. Die Identität des abweichenden Menschen erhält immer eine bestimmte Typisierung. Daher sind Interventionen abzulehnen, die bestimmte Kategorien von Devianz unterstellen. Wird die Etikettierungstheorie gemäßiger ausgelegt, ist davon auszugehen, dass die Ursachen von Devianz in den Zuschreibungsprozessen liegen. Dies begründet sich darin, dass die Möglichkeiten zu konformen Verhalten während des Prozesses immer geringer werden. Die daraus resultierende Intervention liegt in der Vermittlung der nötigen Ressourcen, damit negative Etikettierungen zurückgewiesen werden können (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 146). Die interpersonellen Etikettierungstheorien lassen sich hinsichtlich des HIV/AIDS-Problems mit der Zuordnung von Menschen in bestimmte Risikogruppen vergleichen. Die Zuweisung bestimmter Merkmale wie dem sozioökonomischen Status oder dem Beruf kann sogar eine Erhöhung der HIV-Anfälligkeit hervorrufen. Die Zugehörigkeit zu einer bestimm-

ten Gruppe, die Menschen zugesprochen wird, kann ebenfalls zu einem unvorsichtigen, risikoreichen Sexualverhalten führen und damit die HIV-Anfälligkeit für die Menschen erhöhen. Wenngleich alle Formen der Intervention bei diesen Theorien abgelehnt werden, können die HIV/AIDS-Aufklärung und -Information als präventive Maßnahmen durch pädagogisch-psychologische Interventionen bei einer gemäßigten Form der Etikettierung als sinnvoll erachtet werden. Ebenfalls können freiwillige HIV-Tests und damit verbundene Beratungsangebote als geeignete Interventionsstrategien für diese Theorien bezeichnet werden.

Theorien, die auf Mesoebene argumentieren, sind die *Subkulturentheorie* und die *salienzbezogene Peer-Group-Perspektive*. Sie implizieren als primäre Interventionsstrategie einen ökologischen Ansatz, weil sich dabei die soziale Umwelt auf das individuelle Verhalten auswirkt. Eine wesentliche Rolle spielen auch pädagogisch-psychologische Maßnahmen, um Abhängigkeiten von der Gruppe oder Subkulturen durch Empowerment zu beeinflussen (vgl. Kapitel 3.2.7). Aus ökonomischer Perspektive kann eine Verbesserung der Lebenslage angestrebt werden, um Alternativen zu delinquenzaffinen Gruppen zu bieten (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 146).

Die *Broken-Windows-These* strukturiert Interventionen, die eine frühzeitige Bestrafung abweichenden Verhaltens nahelegen. Dadurch wird eine Deeskalationsstrategie bei ersten Anzeichen devianten Verhaltens verfolgt, um schwerere Formen von Devianz oder Kriminalität zu verhindern. Hierfür eignet sich die Kombination von formellen und informellen Kontrollmaßnahmen, um frühzeitig auf zu erwartende negative Konsequenzen hinzudeuten. Zugleich spielen die sozialräumlichen Bezüge zur Umwelt eine wesentliche Rolle. Weil nicht die Persönlichkeitseigenschaften, sondern die Situationsmerkmale abweichendes Verhalten verursachen, sind auch ökologische Interventionen wirksam (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 147). Die ökologischen Interventionen auf der settingbasierten Ebene sind in der HIV/AIDS-Prävention bedeutsam, wenn zum Beispiel die Umgebung in der Schule verändert wird. Dabei kann der erste frühe sexuelle Kontakt durch Aufklärungs- und Informationsplakate verhindert oder der richtige Umgang mit Kondomen in der Schule gefördert werden. Folglich liegen die Schwerpunkte der Theorien abweichenden Verhaltens auf der Ebene des Individuums und der Mesoebene auf pädagogisch-psychologischen, ökologischen und in einem kleineren Umfang auf ökonomischen Interventionsstrategien. Die Erklä-

Die Analyse der makrostrukturellen Theorien zeigt, dass sie abstrakter als die Theorien auf den vorangegangenen Ebenen sind. Sie legen ihre Schwerpunkte auf ökonomische und ökologische Interventionsstrategien.

Anomietheorien verlangen die Intervention, um ökonomischen Belastungen entgegenzuwirken. Denn Anomie ist ein kulturell verankertes Problem, das durch soziale Ungleichheit und Wandel der sozialen Strukturen ausgelöst wird. Es geht darum, stressverursachende Lebensumstände zu beheben, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu deviantem Verhalten führen. Diese stressverursachenden Ungleichheiten sind in erster Linie durch ökonomische Interventionen zu beheben. Ebenso kann mit ökologischen und pädagogisch-psychologischen Interventionen das Ziel verfolgt werden, Menschen in ihrem sozialen Umfeld zum kompetenten Umgang mit Frustration zu befähigen und ihre Handlungsmöglichkeiten zu erweitern (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 147).

Die *Desintegrationstheorie* nimmt an, dass Heranwachsende in zunehmend weniger bedeutsamen moralischen Bindungen aufwachsen. Zugleich werden sie in ihrer Sozialisation mit Mustern abweichenden Verhaltens ausgestattet. Deshalb entsprechen die Interventionsstrategien dieser Theorie auch weitgehend den Bearbeitungsmöglichkeiten von Anomie. Durch ihre sozialisationstheoretische Begründung setzt die Desintegrationstheorie verstärkt auf die ökologische Intervention. Demnach kann durch die Verhinderung des Verlusts sozialer Bindungen auch Devianz verhindert werden. Durch pädagogisch-psychologische Interventionen können moralische Bindungen und identitätsstiftende Beziehungen erlebt werden. Ebenso sind auch hier ökonomische Interventionen verständlich, weil Desintegration durch übermäßige soziale Ungleichheiten entsteht (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 147).

Für beide Formen von Devianz finden ökonomische Interventionen Anwendung, die insbesondere auch für das HIV/AIDS-Problem geeignet erscheinen. Denn in Kapitel 2.3 konnte gezeigt werden, dass soziale und ökonomische Faktoren auf der Makroebene zur HIV/AIDS-Verbreitung beitragen. Häufig sind es wirtschaftliche Gründe, die das Risiko der HIV-Transmission erhöhen und Menschen vulnerabel für eine HIV-Infektion werden lassen. Wie zuvor dargestellt, wirken sich dabei politische, wirtschaftliche und soziale Bedingungen in Entwicklungsländern auf die individuellen Lebensverhältnisse aus. Um der HIV/AIDS-Epidemie begegnen zu können, erscheint

daher ein Ansatz auf der gesellschaftlichen Ebene erfolgversprechend (vgl. Kapitel 2.3). Ebenso verweisen die Desintegrationstheorien explizit auf den Verlust moralischer Bindungen, der angesichts sich auflösender Familienstrukturen durch eine zunehmende soziale Mobilität in Entwicklungsländern zu verzeichnen ist. Hinsichtlich der HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen scheinen hierfür Selbsthilfegruppen ein geeignetes Instrument zu sein, um mit ökologischen Interventionen moralische Bindungen und identitätsstiftende Beziehungen erlebbar zu machen.

Lebensstile lassen sich zwar auf der makrostrukturellen Ebene abbilden, dennoch gibt es keine identitätsbildende Kultur innerhalb einer Gruppe. Dementsprechend sind bei den gewählten Lebensstilen pädagogisch-psychologische Interventionsstrategien anzuwenden, die zu devianzlosen Stilisierungen bei der Bildung des Lebensstils führen. Lebensstile implizieren häufig eine Deprivationsannahme und zeichnen sich durch soziostrukturelle Durchdringungen aus, so dass ebenfalls ökonomische und ökologische Interventionsmaßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation gefordert werden (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 148). Wie auch bei den Anomietheorien weisen die Devianzen, die sich durch bestimmte Lebensstile begründen, im Kontext von HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen auf ökonomische Interventionen hin. Das von der Norm abweichende Verhalten, das sich im Lebensstil begründet, scheint sich unter anderem im risikoreichen sexuellen Verhalten in Krisen-, Kriegs- oder Katastrophenregionen zu zeigen. Die ökonomischen Interventionen könnten sich dabei auf die Verbesserung der Lebensbedingungen, die Aufklärung und Information und den Kondomgebrauch fokussieren, um die Nutzung und Verbreitung zu erhöhen.

Das Konzept des *Doing Gender* nimmt an, dass die Kultur von der Zweigeschlechtlichkeit geprägt ist. Somit sind ökologische Interventionsstrategien angebracht, die primär auf der gesellschaftlichen Ebene eingreifen. Darüber hinaus erscheinen auch ökologische Interventionen auf der Mesoebene von Milieus plausibel. In milieuspezifischer Hinsicht können auch ökonomische und pädagogisch-psychologische Interventionsformen Anwendung finden (vgl. Dollinger & Raithel, 2006, S. 148–149). Die geschlechtsspezifischen Differenzen und Ungleichheiten sind ein besonders relevanter Faktor, dem eine grundlegende Bedeutung für die HIV/AIDS-Ausbreitungsdynamik zukommt (vgl. Kapitel 2.3.6). Dementsprechend sind die Inter-

ventionsstrategien zur Gleichstellung der Geschlechter bedeutende Ziele in der HIV/AIDS-Prävention (vgl. Kapitel 2.4). Ähnlich wie das Doing-Gender-Konzept ökologischen Interventionsformen auf der gesellschaftlichen Ebene und der Mesoebene nahelegt, erscheinen diese Interventionsstrategien geeignet für die HIV/AIDS-Prävention. Denn die soziale Ungleichstellung, die ökonomische Abhängigkeit und die mangelnde Wahrnehmung der Rechte der Frauen in Entwicklungsländern sind Probleme, die in erster Linie auf der Makroebene anzugehen sind.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass HIV/AIDS ein gesellschaftliches Phänomen ist, das ein Resultat devianten Verhaltens sein kann. Somit lassen sich Interventionsstrategien auf das HIV/AIDS-Problem anwenden, die auch für Theorien abweichenden Verhaltens in Betracht kommen. Ob ein Verhalten noch der Normalität oder welchem Grad der Devianz es entspricht, wird an den geltenden Normen gemessen. Ebenso steigt mit der Normabweichung auch das Ausmaß der Sanktionen an. Die Vorstellungen darüber, was in Entwicklungsländern als Normabweichung bezeichnet wird, können in heterogenen Gesellschaften mit vielen verschiedenen ethnischen Gruppen recht unterschiedlich ausfallen.

Allerdings kann mittels der Problemkonstruktion von HIV/AIDS gezeigt werden, dass die Krankheit weltweit als ein anerkanntes soziales Problem gilt und in einem hohen Maße unerwünscht ist. Zudem bildet HIV/AIDS eine besondere Form der problematischen Devianz, weil eine Lösung des Problems aussichtslos erscheint. HIV/AIDS kann überall dort, wo die HIV-Transmission strafrechtlich verfolgt wird, auch als Kriminalität bezeichnet werden.

Die Definition sozialer Probleme legt naheliegende Interventionsstrategien fest, in die vorherrschende Rechtsnormen sowie Auffassungen über die Mechanismen der Normverletzungen einfließen. Theorien abweichenden Verhaltens können helfen, die Ursachen für Devianzen zu ergründen und Entscheidungshilfen bei der Wahl der Intervention leisten. Dabei kommen trotz der unterschiedlichen Theorien abweichenden Verhaltens nur fünf verschiedenen Interventionsstrategien in Betracht, denen gewisse Kausalitäten unterstellt werden. Die Beurteilung der einzelnen Interventionsstrategien hinsichtlich ihrer Anwendung auf die wesentlichen Missständen von Entwicklungsländern, deren Lösung bedeutsam für die HIV/AIDS-Bekämpfung erscheinen, wird Bestandteil der Auswertung in Kapitel 5.4.2 sein (vgl. Kapitel 5.4.2).

5.3 Projekte und Studien zum Sport in der HIV/AIDS-Prävention

Wie bereits erwähnt, wird der Beitrag des Sports in der HIV/AIDS-Bekämpfung aus praktischer Sicht durch persönliche Erfahrungen von Verantwortlichen aus Projekten und Programmen hergeleitet. Das bereits zitierte großbritannische Department for Culture, Media and Sport (DCMS) und das Department for International Development (DfiD) weisen darauf hin, dass auch praktische Projektstudien bisher keine empirischen Belege für Funktionszuschreibungen an den Sport im entwicklungstheoretischen Kontext präsentieren können. DCMS und DfiD (2006) kommen damit zu einem ähnlichen Ergebnis wie Digel (1989). Allerdings wählte der Autor eine Literaturanalyse, in der kaum praktische Projektberichte wie bei DCMS und DfiD (2006) zum Tragen kommen, sondern theoretische Fragestellungen vorrangig sind.

Demgegenüber versuchen DCMS und DfiD (2006) anhand von Studien herzuleiten, dass der Nutzen des Sports für die Gesundheit, die soziale Entwicklung und das Selbstwertgefühl von Menschen in Entwicklungsländern unverkennbar ist (vgl. DCMS & DfiD, 2006, S. 8). Im vierten Kapitel wurde gezeigt, dass die Funktionszuschreibungen an den Sport differenzierter zu betrachten sind. Denn eine pauschale Annahme der Funktionalität des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit wird den vielfältigen Faktoren nicht gerecht, die dabei eine Rolle spielen (vgl. Kapitel 4.3; sowie Digel, 1989, S. 137).

Ähnlich wie Digel (1989) konstatierte, dass die Funktionszuschreibungen häufig auf alltagstheoretischen Erfahrungen beruhen (vgl. Kapitel 4.3), merken DCMS und DfiD (2006) an, dass die Effekte des Sports wegen der mangelnden wissenschaftlichen Belege häufig mit persönlichen Erfahrungen durch Projektbeispiele belegt werden (DCMS & DfiD, 2006, S. 8). Nach Bosmans (2006) sind menschenrechtsbasierte Ansätze in der HIV/AIDS-Prävention erfolgreiche Interventionsstrategien, bei denen auch der Sport bedeutsame Funktionen einnimmt. Allerdings gibt es auch nach seiner Ansicht bisher noch keine Erfahrungen über die Effekte (vgl. Bosmans, 2006, S. 12).

Folglich würde es zu ideologisch gearteten Aussagen führen, wenn in diesem Kontext Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge angenommen werden. So ist auch bei Bosmans (2006) Ausführungen zu bedenken, dass er die theoretische Diskussion um

die Funktionszuschreibungen an den Sport in der HIV/AIDS-Prävention aufgrund eigener Erfahrungen mit präventiven Interventionsprogrammen führt (vgl. Bosmans, 2006, S. 6).

Zur Darstellung der allgemeinen Plausibilität und des Potentials des Sports als Instrument für präventive Interventionen kann sich zunächst um die Ausführungen von Digel (o. D.) hinsichtlich der Sportart Leichtathletik bemüht werden. Das von Digel (o. D.) verfasste Konzept zur strategischen Entwicklung der Leichtathletik weist auf Eigenschaften hin, die Leichtathletik als Medium für gesellschaftliche Entwicklung in Entwicklungsländern geeignet erscheinen lassen. Primär spielt dabei die bereits in der Arbeit als grundlegende Voraussetzung identifizierte hohe Verbreitung und Popularität des Sports in Entwicklungsländern eine Rolle (vgl. Kapitel 4.2.5). Die IAAF verfügt in nahezu jedem Entwicklungsland über einen nationalen Mitgliedsverband. Leichtathletik ist immer auch ein Anlass zu Geselligkeit, für Begegnungen und führt Menschen zusammen. Soziale Barrieren spielen in dieser Sportart kaum eine Rolle, weil sie ohne großen finanziellen Aufwand und mit geringen organisatorischen Mitteln betrieben werden kann. Zugleich ist die Sportart für beide Geschlechter geeignet und kann eine Möglichkeit bieten, Erfahrungen zu sammeln. Leichtathletik weist zusammenfassend nach Digel (o. D.) eine Plausibilität für präventive Interventionen auf, weil sie

„auch unter präventiven und rehabilitativen Gesichtspunkten ein geeignetes Medium der Medizin und der Gesundheitsvorsorge [ist]. Nicht zuletzt dank dieser Eigenschaften ist die Leichtathletik in allen Ländern der Welt, auch in den Entwicklungsländern, ein willkommenes Medium der gesellschaftlichen Entwicklung“ (Digel, o. D., S. 1).

Wenngleich auch dieses Beispiel keine empirischen Belege angibt, zeigt es die Argumentationslinie plausibler Annahmen über die Effekte des Sports für modernisierungstheoretische Ziele. Schlussfolgernd ist für die vorliegende Arbeit die Meinung gemäß den Ausführungen von DCMS und DfID (2006) bestimmend, dass es angesichts der mangelnden empirischen Beweise nicht weniger bedeutsam ist, die Plausibilität des Sports für HIV/AIDS-Prävention mittels einer qualitativen Dokumenten- und Literaturanalyse nachzuweisen (vgl. DCMS & DfID, 2006).

Bei den im Folgenden präsentierten Projekten steht die Beschreibung im Vordergrund, wie der Sport in sportbezogenen Projekten zur HIV/AIDS-Prävention eingesetzt wird. Es werden die Vorstellungen der Organisationen und Akteure herausgearbeitet, die sie an die Funktionen des Sports glauben lassen. Zu diesem Zweck werden Projekt- und Programmkonzepte sowie Projektvorstellungen und -berichte der entsprechenden Träger neben ihrer inhaltlichen Untersuchung auch hinsichtlich ihrer theoretischen Begründungen für das Potential in der HIV/AIDS-Prävention analysiert.

Die Projektauswahl erfolgte zum einen aufgrund der Recherche der in Tansania tätigen Organisationen, die Sportprojekte zur HIV/AIDS-Prävention durchführen. Zum anderen wurde gemäß der erwähnten Schlagwort-Suche und des Sports in der HIV/AIDS-Prävention im entwicklungstheoretischen Kontext nach Sportprojekten vornehmlich in afrikanischen Entwicklungsländern recherchiert (vgl. Kapitel 1.3).

Für die Einordnung des praktischen Einsatzes des Sports in der HIV/AIDS-Prävention werden für die vorliegende Arbeit zwei Differenzierungen festgelegt. Demnach können präventive Interventionen zur *HIV/AIDS-Prävention im Sport* oder *HIV/AIDS-Prävention durch den Sport* stattfinden.

Bei der ersten Möglichkeit wird das sportliche Training bei der Prävention im Sport direkt genutzt, um zum Beispiel durch Rollenspiele oder auf spielerische Weise Themen zu HIV/AIDS zu vermitteln oder vor und nach dem sportlichen Training Diskussionsrunden durchzuführen (zum Beispiel Right to Play, 2010).

Zum zweiten wird der Sport bei der HIV/AIDS-Prävention durch den Sport als Anlass oder Medium zur Vermittlung von Botschaften genutzt. Die Zielgruppe präventiver Interventionen ist dabei nicht unbedingt sportlich selber aktiv. Vielmehr werden sportliche Events genutzt, um eine große Zielgruppe zu erreichen und HIV/AIDS-Präventionsbotschaften zu kommunizieren. Häufig werden dazu bekannte Athleten eingesetzt und ihre Idolfunktion genutzt, um beispielsweise freiwillige HIV-Tests oder die Inanspruchnahme weiterer gesundheitlicher Versorgungsleistungen zu empfehlen.

Wenngleich viele Akteure und Organisationen der Sportprojekte die Formen in der Praxis kombinieren und vermischen, eignet sich die Differenzierung zur Verdeutli-

chung der unterschiedlichen Perspektiven, die bei der Betrachtung des Sports in der HIV/AIDS-Prävention einzunehmen sind (zum Beispiel Deutscher Bundestag, 2010).

Tabelle 31: Übersicht der untersuchten Sportprojekte zur HIV/AIDS-Prävention in Entwicklungsländern (eigene Darstellung).

Autor (Jahr)	Projektträger / Projektname	HIV/AIDS-Präventionsziel	Einsatz des Sports	Ort und Zielgruppe
Right to Play (2010)	Right to Play	Verhaltensveränderung durch Lebenskompetenzen, regelmäßigen Sport treiben, gesunde Lebensweise, Wissensaneignung und Lernen	Prävention im Sport, verschiedene Sportarten	Drei Projekte in Tansania für Kinder und Jugendliche, Flüchtlinge, benachteiligte Kinder
DCMS und DfID (2006)	GOAL-Projekt	Sport als Plattform für Botschaften und Verhaltensänderungen	Prävention im Sport, Fußball	Kenia, Kinder und Jugendliche
DCMS und DfID (2006)	Grassroot Soccer Foundation	Wissen, Einstellung und verantwortungsvolle Wahrnehmung HIV/AIDS betroffener Menschen	Fußball	Simbabwe, 3.000 Schüler
DCMS und DfID (2006)	Woman Sport Foundation	Selbstbewusstsein, späterer erster Geschlechtsverkehr, Kondomgebrauch, weniger wechselnde Sexualpartner		
DCMS und DfID (2006)	Mädchen-Projekt in Ägypten	Selbstbewusstsein, Aktivität, die sich auch auf andere Lebensbereiche übertragen soll	Prävention im Sport	Ägypten, Mädchen im Alter zwischen 13 und 15 Jahren
DCMS und DfID (2006)	Straßenkinder-Projekt der Foundation of Hope	Ablenkung durch Sport, Freizeitgestaltung, die eine unterstützende Umwelt bietet, Unterbringung in Waisenheimen, Verhinderung von Drogen- und Alkoholmissbrauch, Abbau von Stigmatisierung	Prävention im Sport	Sambia, Straßenkinder, aber auch Kinder der örtlichen Gemeinden
DCMS und DfID (2006)	Lesdle-La-Bokasuma-Projekt	Selbstwertgefühl und Kontrolle sexuell übertragbarer Krankheiten	Prävention im und durch Sport	Südafrika, junge Menschen
DCMS und DfID (2006)	Workshop	Wissensvermittlung durch Kooperation von BBC-Journalisten (BBC World Trust Service), Trainer und Ausbilder bzw. Lehrer der FA und von UK Sport	Prävention im und durch Sport	Malawi, Fußballturnier für 150 teilnehmende Kinder

Autor (Jahr)	Projektträger / Projektname	HIV/AIDS-Präventionsziel	Einsatz des Sports	Ort und Zielgruppe
Coalter und Taylor (2010)	Elimu, Michezo na Mazoezi (EMIMA)	Förderung der Geschlechter-Gerechtigkeit und der reproduktiven Gesundheit, Lebenskompetenzen Selbstwirksamkeit und Selbstachtung, Bewusstseinschaffung, Peer-Leader	Prävention im und durch Sport	Mädchen und Frauen in den ärmsten Gegenden und Gemeinden in Dar es Salaam, Tansania
Deutscher Bundestag (2010)	Kampagnen von NOK BZgA	(spielerische und bewegungsorientierte) Aufklärung und Information, verantwortungsvoller Umgang mit HIV/AIDS, Sportler üben gesellschaftliche Vorbildfunktion in der Bekämpfung von HIV/AIDS aus	Prävention durch Sport	Strukturen des Sportvereins, Internationale Sportveranstaltungen (WM, OS), Medien
UNAIDS (2011)	UNAIDS-Goodwill-Ambassadors-Projekt	Identifikation mit sportlichen Idolen auf internationaler Ebene (z. B. Fußballstar aus Togo oder Musiker aus Mali)	Prävention durch Sport	Internationale Events und Medien
Bosmans (2006)	United Nations Population Fund (UNFPA)	Selbstreflexion über sexuelle Praktiken, um offener damit umgehen zu können	Keine Angaben	Kriegsgebiete in Kolumbien, für Mitarbeiter im Gesundheitswesen, Lehrer, Programmmitarbeiter, Künstler und Jugendliche
IOC und UNAIDS (2005); Bosmans (2006)	IOC und UNAIDS - Toolkit	Durch Aufklärung und Information Stigmatisierung, Diskriminierung im Sport verhindern	Prävention im und durch Sport, verschiedene Sportarten	Alle im Sportsystem beschäftigten Menschen und sporttreibende Menschen
DCMS und DfID (2006); UNICEF, (2006)	FC Barcelona - UNICEF	Finanzierung von Medikamenten für Kinder, zur Verhinderung der HIV-Mutter-Kinder-Transmission	Prävention durch Sport, Trikotwerbung beim Fußball	verschiedene Entwicklungsländer
Delva & Temmerman (2006)	Determinants of the effectiveness of HIV prevention through sport	Effektivität sportbezogener HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen auf der Ebene der Intervention, des sexuellen Verhaltens und dem epidemiologischen Kontext	Prävention im und durch Sport	Entwicklungsländer

5.3.1 Projektbeispiel der Organisation Right to Play

Die Neue Zürcher Zeitung schreibt in ihrem Porträt über die international tätige Entwicklungsorganisation Right to Play, dass Organisationen, Institutionen und Akteure an die „Kraft von Sport und Spiel“ glauben (Neue Zürcher Zeitung, 2008, S. 55). Right to Play führt in Tansania drei Projekte durch und arbeitet mit verschiedenen einheimischen Partnerorganisationen zusammen. Die Zielgruppen sind in Tansania benachteiligte und von HIV/AIDS betroffene Kinder und Jugendliche sowie Flüchtlinge. Nach eigenen Angaben auf der Homepage der Organisation nutzt Right to Play (2010) den Sport als Spiel und als Instrument zur Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Entwicklungsländern. Right to Play (2010) gibt an, dass sie den Sport einsetzen, um die Gesundheit zu verbessern, Lebenskompetenzen zu erlernen und Konflikte zu lösen. Diese Fähigkeiten sind insbesondere auch für Flüchtlinge aus Krisengebieten relevant. Die Organisation sieht im Sport das Mittel, um Teamarbeit, Kooperation und Respekt zu erlernen (vgl. Right to Play, 2010a, #at a glance).

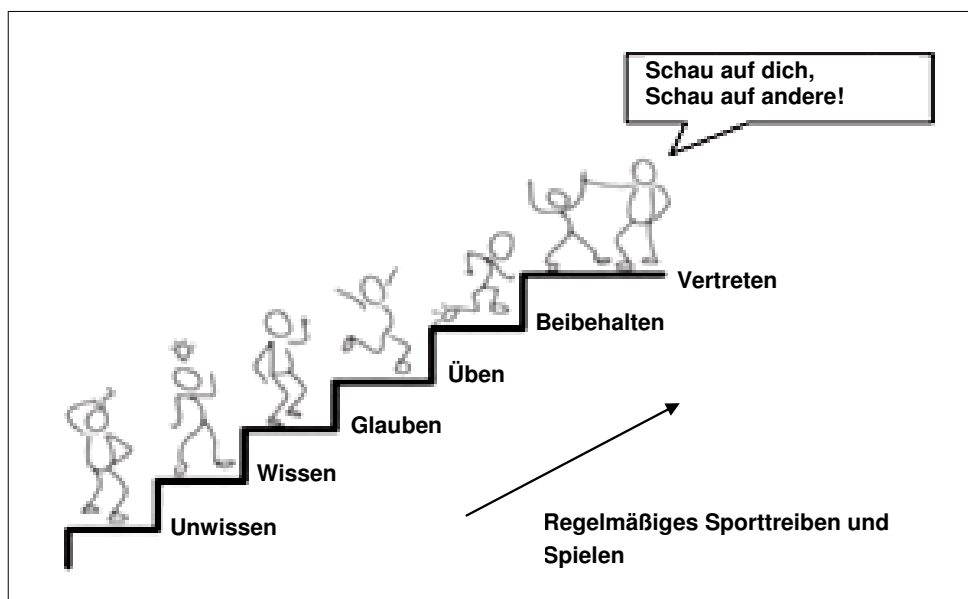


Abbildung 30: Modell von Right to Play für den Prozess der Verhaltensänderung (modifiziert nach Right to Play, 2010b, #Our Methodology).

Ähnlich den in Kapitel 3.2 vorgestellten Empfehlungen zur Implementierung erfolgreicher und kulturell angepasster HIV/AIDS-Präventionsprogramme gibt auch Right to Play (2010) an, dass sie vor der Gestaltung einer Intervention zunächst die Aus-

gangssituation analysieren, die Bedürfnisse und vorhandenen Ressourcen prüfen (vgl. Right to Play, 2010b, #Our Methodology). Aus den Beschreibungen dieser Methode geht hervor, dass der HIV-Prävalenz durch Verhaltensänderung entgegen gewirkt werden soll, weil das Wissen und die Bewusstseinschaffung nicht ausreichen. Denn wie in Kapitel 3.2 dargestellt, bedarf es zur Veränderung des sexuellen Verhaltens eines komplexen Prozesses (vgl. Right to Play, 2010b, #Our Methodology; sowie Kapitel 3.2).

Den *Prozess der Verhaltensänderung* stellt Right to Play (2010) in Form einer Treppe dar. Sie verdeutlicht, dass sich ein verantwortungsvolles und selbstbewusstes Verhalten durch das Zusammenspiel zwischen einer *unterstützenden Umwelt* und dem *aufeinander aufbauenden Training im Sport* entwickelt. Das Ziel ist, erlernte Verhaltensstrukturen zu festigen, ein Selbstwertgefühl aufzubauen, zu lernen, dem Gruppendruck Widerstand zu leisten und die Problemlöse-Fähigkeit zu fördern. Umweltbezogene Aktivität ist der Aufbau von sozialer Fähigkeit in der Gemeinschaft, Gruppe oder der Schule. Durch Ausbildung von Mentoren, Coaches, Trainern, Familienangehörigen und Lehrern wird auch im settingbasierten Kontext ein Bewusstsein geschaffen, das Verhaltensänderungen gemäß dem Treppenmodell unterstützen soll. Der Sport soll auch helfen, Menschen zusammenzubringen und Netzwerke aufzubauen (vgl. Right to Play, 2010b, #Our Methodology).

Right to Play (2010) setzt in der HIV-Prävention einen sogenannten *experimentellen Lernzyklus* ein, der die in Abbildung 31 dargestellten Faktoren zur Verhaltensänderung umfasst. Das sportliche Training ist ein wesentlicher Bestandteil und bietet gleichzeitig auch die Plattform zur Vermittlung dieser Faktoren. Die Teilnehmer reflektieren ihre Erfahrungen, lernen, diese auszudrücken, verbinden das Erlebte mit ihrem Wissen und überlegen, wie sie die neuerlernten Formen in ähnlichen Situationen einsetzen können. Deshalb beginnt und endet jede Trainingseinheit mit einer Diskussion und dem Bekräftigen der wichtigsten Erkenntnis (vgl. Right to Play, 2010b, #Our Methodology).

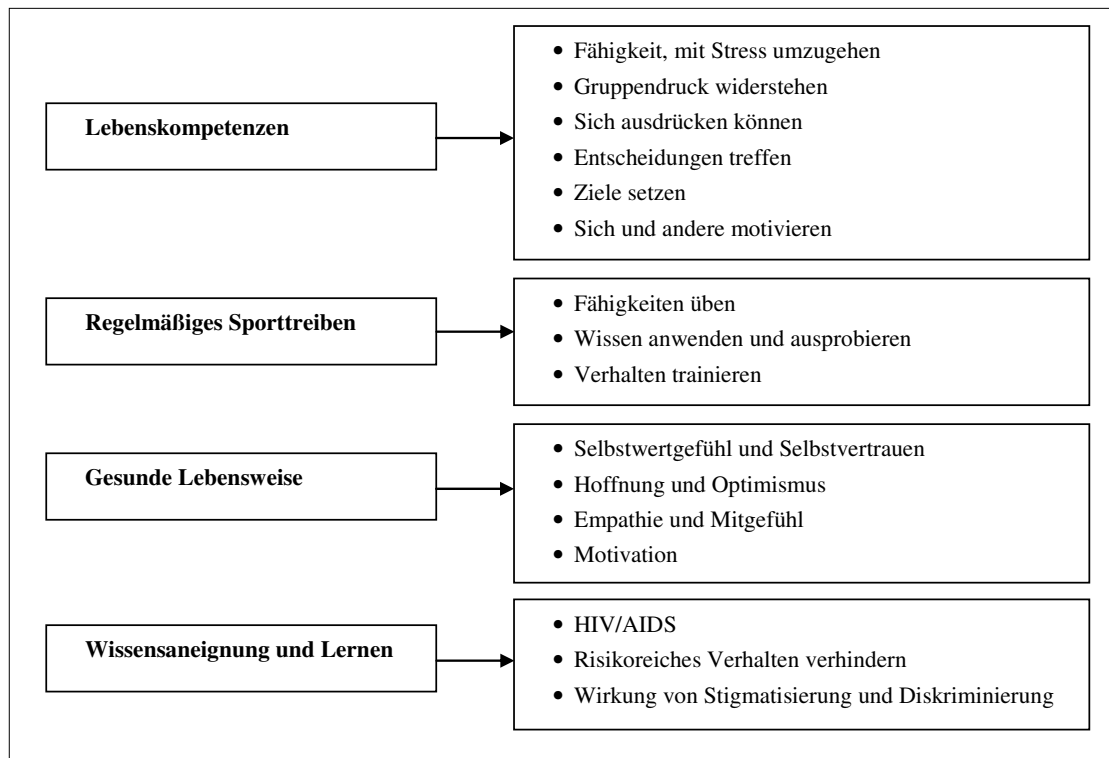


Abbildung 31: Wesentliche Faktoren für die Verhaltensänderung durch den Sport in der HIV-Prävention gemäß dem experimentellen Lernzyklus der Projekte von Right to Play (eigene Darstellung).

Die Struktur der Programme von Right to Play (2010) verfügt über einen pyramidenartigen Aufbau. Die Basis bildet die Zielgruppe der Programme, die in Tansania je nach Programmgröße zwischen 5.000 und 40.000 Kinder und Jugendliche umfasst. Die übergeordnete Ebene setzt sich aus ein paar hundert freiwilligen Coaches, Trainern und Lehrern zusammen. An der Spitze des Programms stehen hauptamtliche Supervisoren und Projektkoordinatoren. Der Vorteil dieses Aufbaus liegt für Right to Play in den klaren Rollenstrukturen und -aufgaben auf jeder Ebene. Für die Organisation ist ebenso die Schulung und Ausbildung lokaler Gemeindemitglieder und freiwillige Trainer bedeutsam. Sie sorgen als Vorbild- und Führungsfunktion für die Nachhaltigkeit der Programme. Right to Play (2010) möchte auf diese Weise eine große Anzahl an Kindern und Jugendlichen erreichen und den Mehrwert regelmäßiger sportlicher Aktivitäten vermitteln.

Die Organisation setzt neben dem Capacity-Building (Aufbau von Kapazitäten und Fähigkeiten) auf Partnerschaften mit lokalen Organisationen, Ministerien und internationalen Organisationen (vgl. Right to Play, 2010b, #Our Methodology). Des Weiteren

arbeitet Right to Play (2010) auf politischer Ebene, um die Integration von Sport und Spiel in internationaleren Entwicklungsstrategien zu erreichen. Die Organisation betont, dass die Nachhaltigkeit der Programme nur gewährleistet werden kann, wenn auch die Politik den Sport als Entwicklungsinstrument implementiert (vgl. Right to Play, 2010b, #Our Methodology).

5.3.2 Projektbeispiele der großbritannischen Regierungsbehörden (DCMS & DfID)

Das Department for Culture, Media and Sport (DCMS) und Department for International Development (DfID) (2006) greifen in ihrer bereits zitierten Studie unter anderem die wesentlichen Strategien der HIV-Prävention des jährlich erscheinenden UNAIDS-Reports auf und prüfen auf dessen Grundlage das Potential des Sports. DCMS und DfID (2006) untersuchen verschiedene Fallbeispiele¹⁹² und beziehen Ergebnisse anderer Studien ein. Die Autoren versuchen mittels dieses Vorgehens ihre bereits eingangs erwähnte Annahme zur Wirkung des Sports in der HIV/AIDS-Prävention zu belegen. Wenngleich ihre untersuchten Projekte nicht als repräsentativ gelten können, bieten sie anschauliche Beispiele für punktuelle Erfolge des Sports in der HIV/AIDS-Prävention.

DCMS und DfID (2006) betrachten den Sport als eine glaubwürdige Plattform, auf der Botschaften der HIV/AIDS-Prävention und entsprechender Verhaltensänderung erfolgreich kommuniziert werden können. So versuchen die Autoren mittels des *GOAL-Projektes* in Kenia zu belegen, dass Sport eine beliebte Freizeit- und Schulaktivität bei Kindern und Jugendlichen ist. Während Jungen in vielen Entwicklungsländern Fußball spielen, sind bei Mädchen neben Fußball auch Netzbball, Basketball und Volleyball die beliebtesten Sportarten. Jedoch weisen sie auch auf die bereits erwähnten

¹⁹² Vom großbritannischen Sportsystem werden verschiedene Projekte unterstützt, deren Erfahrungen in die Studie einfließen. Hierzu zählt das bereits erwähnte *Kicking-AIDS-Out-Project*, das die Entwicklung von Jugendclubs außerhalb der Schule in Malawi mit Fokus auf die HIV-Prävention fördert. Ebenso gehört das *Kicking-Project* in Kenia dazu, das Fußbälle herstellt, auf denen Botschaften zur Gesundheitserziehung gedruckt wurden. Für die Zielgruppe der Mädchen und jungen Frauen wurde im *Go-Sisters-Project* in Zambia mittels Sport versucht, präventiv gegen HIV/AIDS vorzugehen (DCMS & DfID, 2006, S. 3–4).

Erkenntnisse hin, dass die Möglichkeiten des Sporttreibens für Mädchen häufig beschränkt sind (vgl. DCMS & DfID, 2006, S. 5; sowie Kapitel 5.1).

Für die Popularität und Reichweite des Sports spricht, dass ein Teil der Jugendlichen berichtet, regelmäßig Sportübertragungen im Fernsehen anzuschauen (vgl. DCMS & DfID, 2006, S. 5). Des Weiteren stellen DCMS und DfID (2006) in ihrer Studie eine unabhängige Evaluation der Stanford University vor, die ein Projekt der *Grassroot Soccer Foundation*, einer amerikanischen Nichtregierungsorganisation in Zimbabwe, geprüft haben. Dabei konnten infolge von Fußballprogrammen für über 3.000 Schüler signifikante Veränderungen im Wissen über HIV/AIDS festgestellt werden. Ebenso hat sich die Einstellung gegenüber der HIV-Prävention und gegenüber der Unterstützung HIV-infizierter Menschen verändert (vgl. DCMS & DfID, 2006, S. 6).

In der Studie des DCMS und DfID (2006) wird betont, dass der Sport eine Umgebung bieten kann, in der Mädchen sich einen sozialen Status und ein gesundes Selbstbild aufbauen können. Sport fördert die Gleichheit und bietet die Möglichkeit, zu zeigen, dass Mädchen genauso an sportlichen Aktivitäten wie Jungen teilnehmen können. Junge Frauen und Mädchen haben wie auch die männlichen Teilnehmer die Chance, ein andere als die traditionelle Verteilung der Geschlechterrollen zu erleben. Wenngleich der Sport in Afrika südlich der Sahara traditionell als Männerbetätigung betrachtet wird, zeigen sich Veränderungen bei Frauen in Entwicklungsländern, die regelmäßig Sport treiben. DCMS und DfID (2006) zeigen, dass zum Beispiel weibliche *Peer-Leader* (gleichaltrige Führungsperson einer Gruppe von gleichaltrigen Jugendlichen) in dieser Rolle ein gestiegenes Selbstbewusstsein erlangten (vgl. hierzu DCMS & DfID, 2006, S. 9).

Peer-Leader bieten eine persönliche Unterstützung und Bestätigung, weil die soziale Distanz bei gleichaltrigen Lehrern und Lernenden geringer ist. Zudem schafft die höhere Ähnlichkeit zwischen Trainern und Schülern als zwischen Lehrern und Schülern eine förderliche Umgebung für die Entwicklung von Fähigkeiten sowie der Informationsvermittlung. Dieser Kontext ist in Gesellschaften effektiv, in denen Frauen wenig weibliche Rollen-Vorbilder haben. Die Autoren verweisen in diesem Kontext auf Studienergebnisse der amerikanischen *Woman Sport Foundation*. Es konnte nachgewiesen werden, dass Mädchen, die regelmäßigen Sport treiben, erst in einem höheren Alter als Gleichaltrige ihren ersten Geschlechtsverkehr haben, die nicht am Sport

teilnehmen. Ebenso haben die sportlich aktiven Mädchen weniger verschiedene Sexualpartner, benutzen öfter Kondome und haben dadurch eine geringere Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden beziehungsweise sich mit HIV/AIDS zu infizieren (vgl. hierzu DCMS & DfID, 2006, S. 9).

Auch in einem von DCMS und DfID (2006) untersuchten Projekt in Ägypten wurden junge Mädchen im Alter zwischen 13 und 15 Jahren, die nicht zur Schule gehen, ermutigt, am Sport teilzunehmen. Vor dem Hintergrund, dass sportliche Aktivität nach dem traditionellen Konzept für Männer vorgesehen ist, haben sie durch die Teilnahme am Sportprojekt mehr Selbstbewusstsein gewonnen. Der Sport hat dabei als Bestandteil des Projektes dazu beigetragen, dass die Mädchen auch aktiver in anderen Lebensbereichen wurden (vgl. hierzu DCMS & DfID, 2006, S. 10).

Die in Kapitel 4.3.5 und 4.3.7 dargestellten Diskussionen zur Gleichheit von Frauen und Männern im Sport beziehungsweise der Chancengleichheit durch Sport zeigen, dass sich das dem Sport zugrundeliegende Prinzip der Gleichberechtigung auf die Gewährung der gleichen Teilnahmechancen bezieht (vgl. Kapitel 4.3.5). Ebenso konnte die Funktion des Sports in der Emanzipation und Gleichberechtigung der Frauen zwar empirisch nicht gesichert werden, jedoch beruht diese Annahme auf dem konstitutiven Element des Sports, das die Partizipation eine gleichberechtigte Teilnahme beider Geschlechter ermöglicht (vgl. Kapitel 4.3.5). Von dieser Annahme gehen auch DCMS und DfID (2006) aus und betrachten die Funktion des Sports als Instrument zur Herstellung von gleichen Teilnahmechancen zwischen Mädchen und Jungen als theoretisch fundiert.

Allerdings konnte in Kapitel 4.3.5 das für den Sport kennzeichnende Element der Partizipation als Instrument der Sportentwicklungshilfe empirisch nicht nachgewiesen werden (vgl. Kapitel 4.3.5). Doch es unterstreicht aus theoretischer Perspektive die Erfahrungen der Projektarbeit, in denen Mädchen entgegen der sonst in Entwicklungsländern verbreiteten Geschlechterrollen-Verteilung im Sport sich selbstbewusster und den Jungen gleichwertiger gegenüber fühlen.

Das DCMS und DfID (2006) zeigen anhand eines Straßenkinderprojektes der *Foundation of Hope* in Sambia, dass der Sport ihren Erkenntnissen nach ein Feld der sozialen Inklusion sein kann. Das Projekt bietet sportliche Aktivitäten für Waisen- und

Straßenkinder an, damit sie eine Ablenkung haben und eine unterstützende Umwelt erleben. Dabei wird das Ziel verfolgt, die Kinder und Jugendlichen von der Straße zu holen und in Waisenheime zu bringen. Durch die positive Lebensgestaltung glaubt die Organisation, dass Kinder weniger Möglichkeiten für destruktives Verhalten wie Drogenmissbrauch und sexuelle Beziehungen erfahren. Auch werden bewusst Kinder lokaler Gemeinden in die Projekte einbezogen, um durch das gemeinsame Spielen und Sporttreiben die Stigmatisierung der Waisen- und Straßenkinder abzubauen (vgl. hierzu DCMS & DfID, 2006, S. 11).

Der Sport kann nach Ansicht von DCMS und DfID (2006) in unsicheren und instabilen Situationen gewisse Strukturen aufweisen, die Halt geben können. Kinder und Jugendliche können regelmäßig an den Sportangeboten teilnehmen, in Gruppen Gleichaltriger arbeiten, Entscheidungskompetenzen erlernen und eine bestimmte Rolle in ihrer Gemeinschaft einnehmen. Sport kann Kinder und junge Menschen zusammenbringen. Diese Erfahrung ist für Kinder wichtig, die mit den häuslichen Aufgaben belastet sind und entsprechende Verantwortung zu tragen haben. Im Sport können sie sich auch wie Kinder benehmen. Daher leistet der Sport einen Beitrag dazu, dass junge Menschen sich durch den Anschluss an eine Gruppe psychisch besser fühlen und sozial einfügen (vgl. hierzu DCMS & DfID, 2006, S. 11).

Des Weiteren beschreiben auch DCMS und DfID (2006) die Potentiale des Sports als Kommunikationsplattform, die er mittels seiner hohen medialen Reichweite sowohl in den Industrieländern als auch in Entwicklungsländern aufweist. Zudem beeinflusst Sport die Gesellschaft und ist selber ein ideales Kommunikationsthema. Außerdem erreichen Botschaften, die von Athleten kommuniziert werden, häufig ein größeres Publikum als andere Informationskanäle (vgl. DCMS & DfID, 2006, S. 12; sowie Kapitel 4.3.3).

So wird sich die gesellschaftliche Abhängigkeit der Medien und des Sports für die Umsetzung eines HIV-Präventionsprojektes zunutze gemacht. Der BBC World Trust Service (WST) veranstaltete in Zusammenarbeit mit UK Sport (United Kingdom Sport) und der Football Association (FA) in Malawi einen Workshop mit HIV-Präventionselementen, der mit einem Fußballturnier endete. Dabei hatte jeder der drei Projektpartner bestimmte Ziele. Doch durch die Zusammenarbeit konnten Synergien geschaffen werden, um den Sport effektiv in der HIV/AIDS-Prävention einzu-

setzen. Für die BBC-Journalisten bestand der Nutzen des Projektes darin, eine neue Art der Berichterstattung zu erlernen. Neben der sonst ergebnisorientierten Berichterstattung hatten sie nun die Möglichkeit, menschliche Interessen und soziale Perspektiven einzufangen. Sie begleiteten das Projekt und interviewten abschließend die über 150 teilnehmenden Kinder über ihre Lernerfolge. Hingegen schulte die FA im Rahmen des Projektes mit Unterstützung von UK Sport Fußballtrainer (vgl. DCMS & DfID, 2006, S. 13).

Letztendlich ist das Projekt ein Beispiel für die Nutzung unterschiedlicher Interessen, um HIV-Präventionsmaßnahmen umzusetzen. Der Sport ist dabei eher ein Mittel, um die Zusammenkunft einer großen Gruppe für HIV-Präventionsinformation und Erziehung zu nutzen, Reporter hinsichtlich journalistischer Fähigkeiten in der Entwicklungszusammenarbeit zu schulen und Trainer auszubilden. Zusammenfassend identifizieren DCMS und DfID (2006) folgende Prozesse im Sport, die zur erfolgreichen HIV/AIDS-Prävention beitragen können (vgl. DCMS & DfID, 2006, S. 5):

- Sportübertragungen und Massenmedien bieten eine große Zielgruppe für die Verbreitung von Botschaften über die HIV-Prävention.
- Sportbasierte Programme erreichen junge Menschen und eher Jungen als Mädchen.
- Sport eröffnet einen Raum, in dem Lebenskompetenzen entwickelt werden, die wertvoll für die soziale Entwicklung sind und helfen, risikoreiches, sexuelles Verhalten zu vermeiden.
- Mädchen und junge Frauen entwickeln durch Sport und Teamaktivitäten ein positives Körpergefühl.
- Junge Menschen lernen, Herausforderungen anzunehmen, das Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und soziale Fähigkeiten zu entwickeln.
- Teamsportarten, Wettkämpfe und weitere sportliche Aktivitäten tragen zur Förderung sozialer Inklusion, Reduzierung von Stigmatisierung und Diskriminierung bei.
- Sport bietet eine unterstützende und Sicherheit vermittelnde Umwelt
- Sportliche Aktivitäten werden genutzt, um einen Zugang zu freiwilligen HIV-Tests, Beratung und anderen gesundheitlichen Services zu schaffen.

- Der private Sektor beziehungsweise Unternehmen werden für Social-Corporate-Responsibility-Aktivitäten im Kontext der HIV/AIDS-Prävention im Sport genutzt.
- Prominente Athleten, aber auch Trainer und Lehrer werden als Rollenmodelle und Vorbilder eingesetzt.
- Ressourcen der Sportindustrie werden für die Finanzierung der HIV/AIDS-Präventionsarbeit genutzt (vgl. DCMS & DfID, 2006, S. 6–8).

5.3.3 Studienbeispiel Elimu, Michezo na Mazoezi in Tansania

Eine Studie von Coalter und Taylor (2010) analysiert ein Programm in Dar es Salaam in Tansania, das den Sport und andere Aktivitäten zur Entwicklung von Lebenskompetenzen und Bewusstseinschaffung über HIV/AIDS einsetzt. In ihrer Studie stellen die Autoren die Hypothese auf, dass der Sport einen Beitrag zur persönlichen Entwicklung und zum Wohlbefinden benachteiligter Kinder und Jugendlichen leisten kann. Das Ziel der Studie ist, die Effekte des Sports hinsichtlich der Veränderung dieser Persönlichkeitseigenschaften nachzuweisen.

Das tansanische *Elimu, Michezo na Mazoezi (EMIMA)*¹⁹³-Programm stärkt und ermutigt Mädchen und Frauen, durch Sport ihre *Selbstwirksamkeit und Selbstachtung* zu entwickeln (vgl. Coalter und Taylor, 2010, S. 8). *EMIMA* ist ein sogenanntes After-School- und Wochenende-Programm, das an Schulen angeschlossene Zentren betreibt und in den ärmsten Gegenden und Gemeinden aktiv ist. Bedeutsamer Bestandteil des Programms ist die Förderung der Geschlechter-Gerechtigkeit und der reproduktiven Gesundheit durch sportliche Bewegungsspiele, Rollenspiele und andere Freizeitbeschäftigungen. Hierzu wird mit Symbolen und sportlichen Bewegungselementen gearbeitet, um ein Bewusstsein für HIV/AIDS zu schaffen. Ebenso werden Aktivitäten wie Theaterspielen, Musikmachen oder Kunstaktionen angeboten (vgl. Coalter und Taylor, 2010, S. 8).¹⁹⁴

¹⁹³ EMIMA ist ein Wort auf Swahili für Erziehung, Sport und physische Aktivität (vgl. Coalter & Taylor, 2010, S. 8).

¹⁹⁴ Weil Menschen in jungen Teenagerjahren beginnen, ihre abstrakte erwachsene Intelligenz zu entwickeln, die Ursachen für ihr Verhalten zu ergründen, hypothetisch zu denken und Ziele zu antizipie-

Das Programm EMIMA baut darauf auf, die wahrgenommene Selbstwirksamkeit oder die Selbstwirksamkeits-Erwartung zu erhöhen. Das Konzept der Selbstwirksamkeit wurde bereits in Kapitel 3.1.3 am Beispiel der Risikowahrnehmung in Bezug auf die HIV-Vulnerabilität vorgestellt und findet Anwendung auf verschiedenen Gebieten. Es bildet eine Grundvoraussetzung dafür, dass neue Aufgaben aufgenommen und umgesetzt werden können (vgl. Kapitel 3.1.3). Nach Schwarzers (2004) Theorie betrifft die wahrgenommene Selbstwirksamkeit die individuelle Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten.

Die Selbstachtung hingegen bedeutet die individuelle Bewertung des Selbstwertes (vgl. Schwarzer, 2004, S. 68). Wie bereits in Kapitel 3.1.3 erläutert, besteht die Selbstwirksamkeit in der subjektiven Gewissheit, ein bestimmtes Ziel zu erreichen und neue oder schwierige Aufgaben aufgrund der eigenen Kompetenz bewältigen zu können (vgl. Coalter & Taylor, 2010, S. 64–73; Schwarzer, 2004, S. 12).

Die Selbstwirksamkeit wird nach Coalter und Taylor (2010) durch die Eigenschaften des Sports gefördert und ist für das sexuelle Verhalten bedeutsam. Die Autoren gehen aufgrund ihrer Beobachtungen davon aus, dass sich in den Sportprojekten durch die erlangte Selbstwirksamkeit auch das Selbstwertgefühl und die Selbstachtung erhöhen, weil sich die Teilnehmer besser fühlen. Dabei ist die Annahme, dass die Selbstachtung und das Selbstwertgefühl die Voraussetzung für die persönliche und soziale Entwicklung sind. Coalter und Taylor (2010) begründen ihre Annahme mit der sozial-kognitiven Theorie nach Bandura (1986) (vgl. Bandura, 1986; vgl. Coalter & Taylor, 2010, S. 19–20). Diese stellt heraus, dass die persönliche Entwicklung über Lernen durch Beobachtung, Nachahmung und soziale Erfahrungen erfolgt (vgl. Bandura, 1986). Die sozial-kognitive Theorie nach Bandura (1986) ist ein grundlegendes theoretisches Modell, das in einer weiterentwickelten Form im sozial-kognitiven Pro-

ren und viele der Eigenschaften aufweisen, die zur persönlichen Entwicklung gehören, sind die Teilnehmer in den von Coalter und Taylor (2010) dargestellten Ergebnisse mindestens 14 Jahre alt (vgl. Coalter & Taylor, 2010, S. 23).

zessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA) nach Schwarzer (2004) abbildet wird (vgl. Kapitel 3.1.3).¹⁹⁵

Dieser Theorie entsprechend ist auch das Konzept des Peer-Leaders eine von Coalter und Taylor (2010) als bedeutsam bewertete Komponente erfolgreicher Sportprojekte. Folglich ist die Entwicklung der Selbstwirksamkeit eine elementare Aufgabe vieler Sportprogramme. Coalter und Taylor (2010) monieren, dass die Entwicklung der Selbstwirksamkeit jedoch vorab in Konzepten von Sportprogrammen häufig nicht als gewünschter Effekt gekennzeichnet wird (vgl. Coalter & Taylor, 2010, S. 19–20).

In Anwendung auf HIV/AIDS bedeutet die Selbstwirksamkeit nach Schwarzers (2004) Definition, dass sich Personen mit einer höheren Selbstwirksamkeit höhere Ziele als Personen mit einer geringen Selbstwirksamkeit setzen. Dabei gilt es, die gesetzte Intention im gesamten Prozess der Verhaltensänderung aufrechtzuhalten und sich nicht durch kurzfristig attraktivere Handlungsalternativen ablenken zu lassen. So hat Selbstwirksamkeit etwas mit Selbstregulation zu tun, die das Denken, Fühlen, Handeln, die Zielsetzung, Anstrengung und Ausdauer beeinflusst. Um das Sexualverhalten kompetent regulieren zu können, muss man nicht nur zum Beispiel vom Nutzen von Kondomen überzeugt sein, sondern auch von der eigenen Fähigkeit, sie in präventiver Absicht erfolgreich benutzen zu können.

Die Selbstwirksamkeits-Erwartung ist daher die Gewissheit, auch in sozial schwierigen Situationen ein Kondom benutzen zu können (vgl. Schwarzer 2004, S. 16). In einer Studie von McKusick, Coates, Morin, Pollack & Hoff (1990) wurden drei Faktoren identifiziert, die für den Rückgang des ungeschützten Sexualverkehrs von Männern verantwortlich waren. Diese umfassten (a) die Kompetenz-Erwartung beziehungsweise Selbstwirksamkeits-Erwartung, sich schützen zu können, (b) die soziale Integration in Gruppen, in denen Safer Sex der Norm entspricht, und (c) das Wissen

¹⁹⁵ Gemäß dieser Theorie werden motivationale und aktionale Prozesse durch die subjektiven Überzeugungen gesteuert. Diese werden wiederum von den Erwartungen bezüglich der Handlungsergebnisse und der Selbstwirksamkeit beeinflusst. Bei der Handlungsergebnis-Erwartung steht das Erreichen des gewünschten Ergebnisses im Vordergrund und weniger, ob die Situation als zu bewältigen erscheint. Hingegen ist bei der Selbstwirksamkeits-Erwartung die selbstbezogene Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten von Bedeutung (vgl. Schwarzer, 2004, S. 12; sowie Kapitel 3.1.3).

über den HIV-Status. Auf Grund der Ausprägung dieser Faktoren ließ sich vorher-sagen, wie sehr sie das risikoreiche sexuelle Verhalten beeinflussen würden. Männer, die sich als selbstwirksam eingestuft hatten, waren eher geneigt, ihr Verhalten zu ändern (vgl. McKusick, Coates, Morin, Pollack & Hoff, 1990, S. 979–983).

Ein anderes Beispiel zeigt, dass Selbstwirksamkeit bei Jugendlichen durch Rollenspiele aufgebaut und gefestigt werden konnte. Dabei wurden zunächst Informationen und Wissen rund um die Beziehung zwischen den Geschlechtern und zum Thema Sexualität vermittelt. Hierzu wurden schwierige Lebenssituationen nachgestellt und mögliche Lösungswege besprochen. Anschließend festigten die Teilnehmer die erlernten Inhalte mit Rollenspielen und erhielten Rückmeldungen zu ihrem angewendeten Verhalten. Hierbei konnte eine Zunahme in der Regulationsfertigkeit und Kompetenz-Erwartung bei den teilnehmenden Jugendlichen verzeichnet werden (vgl. Gilchrist & Schinke, 1983, p. 379–388).

In ähnlicher Weise können Coalter und Taylor (2010) anhand der *EMIMA-Studie* bestätigen, dass die Verbindung von Wissensvermittlung, Lernen durch Modelle, Rollenspielen und entsprechenden Rückmeldungen zu einer Erhöhung der Selbstwirksamkeit führt. Zudem können mittels diese Methoden Kompetenz-Erwartungen aufgebaut und Fertigkeiten eingeübt werden, die der Regulierung von Sexualbeziehungen nutzen und vor HIV-Infektionen schützen. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass der Aufbau von Selbstwirksamkeit und die daraus folgende wachsende Selbstachtung grundlegende Persönlichkeitseigenschaften sind, die vor risikoreichem sexuellen Verhalten schützen können und als Bestandteil erfolgreicher HIV-Prävention bedeutsam sind (vgl. Coalter & Taylor, 2010, S. 19).

Coalter und Taylor (2010) verweisen im Rahmen ihrer Studie auch auf die häufig in Sportprojekten auftauchende Annahme, dass dem Sport Funktionen zur Entwicklung von Persönlichkeitseigenschaften zugeschrieben werden (vgl. Kapitel 4.3.1). Zum Beispiel verweisen die Autoren auf das *Kicking-AIDS-Out-Projekt*, das nach eigenen Aussagen den Sport in der HIV/AIDS-Prävention einsetzt, weil durch ihn Life-Skills erlernt werden. Sie begründen ihre Annahme mit der Bedeutung des Sports für die Gemeinschaft, die Gruppe und damit für die persönliche Entwicklung des Individuums. Der Sport ist nach Meinung der Projektverantwortlichen eine attraktive Beschäftigung für junge Menschen. Zudem bietet er eine ungezwungene und sichere Umge-

bung, um über sensible Themen wie HIV/AIDS offen zu diskutieren (vgl. Kicking AIDS Out, 2009, #Why sport).

Diese Eigenschaften werden unter anderem auch von den Vereinten Nationen im Report from the United Nations *InterAgency Task Force on Sport for Development and Peace* genannt. Die von den meisten Organisationen beschriebenen Funktionszuschreibungen an den Sport umfassen im Wesentlichen folgende Merkmale (vgl. Kicking AIDS Out, 2009, #Why sport; Coalter & Taylor, 2010, S. 19; UN, 2003b, S. 8): *Kooperation, Kommunikationsfähigkeit, Selbstkontrolle, Umgang mit Niederlagen, Problemlösungskompetenzen, Führungserfahrung, Respekt, Verständnis, Toleranz, Umgang mit Wettbewerb und Konkurrenz, Fairplay, Teilen, Selbstvertrauen, Vertrauen, Ernsthaftigkeit, Selbstachtung, Toleranz, Widerstandsfähigkeit, Teamwork und Disziplin*. Nach Ansicht der genannten Autoren stellen diese Eigenschaften die Grundlage für ein Konzept dar, dass die Plausibilität des Sports in der HIV/AIDS-Prävention offenlegt.

Coalter und Taylor (2010) weisen auch auf Probleme der Untersuchung der Effekte des Sports in der HIV/AIDS-Prävention hin. Da die Studienergebnisse der Autoren aus verschiedenen Ländern immer länder- beziehungsweise lokalspezifischen Einflüssen obliegen, können keine allgemeingültigen Aussagen getroffen werden.

Des Weiteren wäre für eine empirische Untersuchung der Effekte des Sports in der HIV/AIDS-Prävention ein Experiment mit einer Untersuchungs- und Kontrollgruppe nötig, deren spezifische Daten durch Interviews, Beobachtung oder andere quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung zu zwei Zeitpunkten zu erfassen wären. Zwischen den Kontrollpunkten wären in der Untersuchungsgruppe die präventiven Interventionen im oder durch den Sport durchzuführen. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass beide Gruppe auch anderen Einflüssen ausgesetzt sind und die eventuell festgestellten Effekte nicht unbedingt auf die sportbezogene Intervention zurückzuführen sind (vgl. Coalter & Taylor, 2010, S. 91).

Coalter und Taylor (2010) konnten zwar im EMIMA-Programm feststellen, dass sowohl die Selbstwirksamkeit als auch die Selbstachtung gestiegen sind, wenngleich beide Eigenschaften kaum in Zusammenhang gebracht werden konnten. Jedoch gehen sie schlussfolgernd davon aus, dass die Wirkung der Sportprojekte nicht valide

gemessen werden kann. Gleichwohl in diesem Programm nur weibliche Teilnehmer waren, ist nach Coalter und Taylor (2010) auch in anderen Sportprojekten keine signifikante Differenz zwischen den Ergebnissen bei Frauen und Männern festzustellen (vgl. Coalter & Taylor, 2010, S. 39–40).

Die Programme haben häufig das Ziel der Geschlechter-Gleichstellung, das geschlechterbezogene Verhalten und die Rolle der Frau in der Gesellschaft zu verändern beziehungsweise zu modernisieren. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass, wie bereits in Kapitel 2.3.2 und 2.3.6 erwähnt, viele dieser Herausforderungen in den traditionellen Kulturen und im religiösen Glauben verankert sind. Die Rollenverteilung und die Geschlechterbeziehungen zwischen Frauen und Männern sind durch soziale Institutionen wie Familie, Kirche, Erziehung und Peer-Groups gefestigt. Nach den Beobachtungen von Coalter & Taylor (2010) ist keine direkte Veränderung dieser Werte und Haltungen durch sportliche Interventionen festzustellen (vgl. Coalter & Taylor, 2010, S. 62–63).

Die Autoren legen offen, dass im Rahmen der Annahme der Entwicklung von Persönlichkeitseigenschaften immer auch von einem Defizitmodell persönlicher Eigenschaften ausgegangen wird, das nicht geprüft wurde. Zudem merken die Autoren an, dass die Annahmen und gewünschten Effekte von Projekten häufig nicht klar determiniert werden. Sie empfehlen daher, eine Programmtheorie zu formulieren, in der die Maßnahmen und Effekte festgelegt werden, von denen angenommen wird, dass sie den gewünschten Erfolg bringen. Ebenso sehen die Autoren in der Selbstwirksamkeit und Selbstachtung als Kernbereiche der persönlichen Entwicklung geeignete Faktoren von Sportprojekten, die messbar sind und daher in der Evaluation von Sportprojekten eine konzeptionelle Präzision bieten.

Allerdings zeigt sich in Sportprojekten wie auch in allen Formen sozialer Intervention, dass sich diese häufig durch ihre Vielfalt und Zufälligkeit in ihrer gewünschten Wirkung auszeichnen. Es gibt Variationen zwischen den Programmtypen, den Teilnehmern und dem kulturellen Kontext. Viele Projekte umfassen mehrere Aktivitäten und Komponenten, die bestimmte Wirkungen erzielen, so dass die Effekte durch den Sport schwer zu isolieren sind (vgl. Coalter & Taylor, 2010, S. 99). Auch weisen die Ergebnisse der Studie von Coalter und Taylor (2010) darauf hin, dass die Informationsquellen der Teilnehmer vielfältig sind und die Reichweite des Sports dabei nicht

eindeutig zugewiesen werden kann. Es stellt sich die Fragen, wie hoch der sportliche Trainingsumfang aussehen müsste, bei dem Effekte festzustellen wären. Die Autoren zeigen Probleme auf, die sich in Befragungen von Trainern gezeigt haben. Es wurde von kulturellen Resistenzen, der Langeweile junger Menschen, elterlichen Widerständen und Vorbehalten gegenüber Tabuthemen berichtet (vgl. Coalter & Taylor, 2010, S. 73).

5.3.4 Determinanten sportbezogener HIV/AIDS-Prävention

Tabelle 32: Faktoren auf drei Ebenen, die sich negativ auf die Effektivität des Sports in der HIV/AIDS-Prävention auswirken können (eigene Darstellung).

Ebene	Determinanten	Beeinflussung des Sports
Interventionen	Soziokulturelle und politische Faktoren	Machbarkeit, Zugänglichkeit und Bezahlbarkeit; Freizeit der Kinder für Sport und Spiel, Plätze, finanzielle Ressourcen, Unterstützung der Eltern, Schule und Regierungen
Sexuelles Verhalten und Verhaltensänderung	Sozioökonomischer Kontext	Kultureller, ökonomischer und sozialer Hintergrund, Einflüsse durch Peer-Group, Rollenvorbilder, Selbstwirksamkeit, wahrgenommenes Risiko, erster Geschlechtsverkehr in einem höheren Alter, Kondomgebrauch, reduzierte Anzahl von Sexualpartnern
Epidemiologischer Kontext von HIV/AIDS	HIV-Neuinfektionen und -Transmissionen	Erreichbarkeit der Zielgruppe und relevanter Gruppen, die in Zusammenhang mit der Zielgruppe stehen, HIV-Prävalenz in der Zielgruppe, Verbreitung von Co-Faktoren der HIV-Transmission wie STD, Vermischungen zwischen der Zielgruppe und anderen Bevölkerungsgruppen

Im Gegensatz zu den zuvor dargestellten Potentialen, die der Sport in der HIV/AIDS-Prävention freisetzen kann, beleuchten Delva und Temmerman (2006) die präventiven Interventionswirkungen des Sports in der HIV/AIDS-Prävention beziehungsweise für die Reduktionen der HIV-Neuinfektionen aus einem andern Blickwinkel. Die Autoren diskutieren die Determinanten, die sich negativ auf die Effektivität sportbezogener Präventionsmaßnahmen auswirken können. Diese Perspektive ist angesichts der im zweiten Kapitel vorgestellten sozialen und ökonomischen Kennzeichen unterentwickelter Gesellschaften bedeutsam, weil sie diese Faktoren aufgreift (vgl. Kapitel 2).

Die effektmindernden Determinanten sind in der Tabelle 32 zusammengefasst und werden nach drei Ebenen differenziert. Auf der Ebene der Interventionen beeinflusst der soziokulturelle und politische Kontext und auf der Ebene des sexuellen Verhal-

tens die Veränderung des sozioökonomischen Kontexts die HIV/AIDS-Prävention. Die dritte Ebene umfasst den epidemiologischen Kontext und wird durch die HIV-Neuinfektionen und -Transmissionen determiniert. Die Autoren fokussieren dabei Sportprogramme, die das Ziel verfolgen, die HIV-Prävalenz mittels der Veränderung sexueller Verhaltensweisen und der Förderung des Kondomgebrauchs zu senken (vgl. Delva & Temmerman, 2006, S. 1.).

Auf der *Ebene der Interventionen* sind die soziokulturellen und politischen Faktoren entscheidend, in denen sich Jugendliche bewegen und in denen Sport zur HIV/AIDS-Prävention stattfindet. Die Autoren wählen dabei einen Ansatz, der die soziokulturelle und politische Angemessenheit bei bereits bestehenden Interventionen zu erklären versucht.¹⁹⁶ Die Autoren stellen sich die Frage, ob die Machbarkeit, Zugänglichkeit und Bezahlbarkeit von Sportprogrammen gewährleistet ist. Gleichzeitig werden diese Faktoren als bedeutsame Voraussetzung betrachtet, um HIV-Präventionsprogramme in Zusammenarbeit mit Regierungen und Eltern erfolgreich in Schulen implementieren zu können. So ist zum Beispiel bei sportbezogenen Interventionen zu prüfen, ob die Eltern, die Schule und die Regierung dieses Vorgehen unterstützen. Oder ob die Kinder überhaupt genügend Freizeit und Plätze haben, um Sport in der Gemeinde oder Gegend ausüben zu können. Ebenso stellt sich die Frage, ob der Sport und die dafür notwendigen finanziellen Ressourcen auch von lokalen, regionalen oder nationalen Regierungen oder anderen Trägern bereitgestellt werden (vgl. Delva und Temmerman, 2006, S. 1–2).

Delva und Temmerman (2006) weisen in diesem Kontext darauf hin, dass zunächst das sportbezogene Potential für die Reduzierung von Stigmatisierung, Diskriminierung und Abbau von Vorurteilen herausgestellt werden sollte, bevor Investitionen in spezifische Sportaktivitäten als Instrument zur Ausbildung der Life-Skills und Verhaltensveränderungen getätigt werden. Dabei verweisen die Autoren auf die bisher we-

¹⁹⁶ Delva und Temmerman (2006) begründen ihr Vorgehen damit, dass es bisher keine objektive und quantitative Evaluationsmethode für HIV/AIDS-Präventionsprogramme gibt, um das sexuelle Verhalten zu erklären. Vielmehr gibt es nach Ansicht der Autoren bisher nur Theorien über bestimmte Verhaltensweisen. In diesem Zusammenhang kann auf das in Kapitel 3.1.3 erläuterte Risikoverhalten verwiesen werden (vgl. Delva und Temmerman, 2006, S. 1–2; sowie Kapitel 3.1.3).

nig erforschten soziokulturellen und politischen Faktoren und auf die Notwendigkeit weiterer Forschungen (vgl. Delva & Temmerman, 2006, S. 2). Zum Beispiel können sich sozial-kulturelle und politische Determinanten negativ auf die erfolgreiche Implementierung von HIV/AIDS-Präventionsprogrammen in der Schule auswirken, wenn Lehrer Vorurteile gegenüber diesen haben. So beteiligten sich Schulen in Südafrika nicht am schulbasierten HIV-Präventionsprogramm *Curriculem 2005*, weil Lehrer glaubten, dass explizite Informationen über Sexualität und Safer Sex die sexuelle Neugierde der Schüler erst recht wecken würde.

Eine andere zu bedenkende Herausforderung ist die Erreichbarkeit der Kinder, die von HIV/AIDS betroffen, beeinträchtigt oder besonders anfällig für eine HIV-Infektion sind. Sie werden als *Children Affected by AIDS (CABA)* bezeichnet. Sie haben keine Möglichkeiten, am Sport teilzunehmen oder zu spielen, weil sie häufig zum Einkommen im Haushalt beitragen müssen. Angesichts einer steigenden Anzahl der Waisenkinder und der vulnerablen Kinder in vielen Ländern in Afrika südlich der Sahara sind diese immer schwerer in sportliche Aktivitäten zu involvieren (vgl. Kapitel 0). Es bedarf Investitionen in die Ausbildung von Personal, Trainern und Coaches, um die Erfolge jetziger Entwicklungsbemühungen langfristig zu sichern (vgl. Delva & Temmerman, 2006, S. 2).

Des Weiteren stellten Delva und Temmerman (2006) fest, dass die Faktoren auf der *Ebene des sexuellen Verhaltens* bedeutsam sind, weil keine Wahrnehmung und kein Verhalten unabhängig von dem kulturellen Hintergrund zu interpretieren ist. Demzufolge ist das sexuelle Verhalten nicht nur das Ergebnis persönlicher Entscheidungen, sondern umfasst auch die Einflüsse der Peer-Group, Rollenvorbilder sowie die bereits in Kapitel 5.3.3 dargestellte Selbstwirksamkeit und das wahrgenommene Risiko (vgl. Kapitel 5.3.3 und 3.1.3). Entsprechend konstatieren auch Delva und Temmerman (2006), dass nur Programme wirksam für die Änderung von sexuellem Verhalten sein können, die diese Faktoren berücksichtigen.

Demgegenüber fanden die Autoren heraus, dass Programme scheiterten, die eine Veränderung des sexuellen Verhaltens als ein Ergebnis genügender Informationsvermittlung und Bewusstseinschaffung ansahen. Zudem ist das Verhalten von Menschen häufig auch ökonomisch begründet. Hier spielen die bereits in Kapitel 2.3 dar-

gestellten Faktoren wie Armut, Geschlechter-Ungleichheiten oder Arbeitslosigkeit eine entscheidende Rolle (vgl. Delva und Temmerman, 2006, S. 3; vgl. Kapitel 2.3).

Die Determinanten auf der *Ebene des epidemiologischen Kontextes* umfassen die HIV-Prävalenz in der Bevölkerung, die Prävalenz anderer Faktoren wie weitere sexuell übertragbare Krankheiten und sich vermischende Faktoren zwischen der betroffenen und nicht betroffenen Bevölkerung sowie das sexuelle Verhalten der nicht betroffenen Bevölkerung (vgl. auch Kapitel 2.2.3). Demzufolge bedeutet der Beweis, dass Sport risikoreiche sexuelle Verhaltensweisen reduzieren kann, nicht unbedingt die signifikante Vermeidung von HIV-Infektionen. Neben den Faktoren, die der Sport hinsichtlich des sexuellen Verhaltens direkt beeinflussen kann, ist auch der epidemiologische Kontext bedeutsam, um die Effektivität von Sportprogrammen in der HIV/AIDS-Prävention bewerten zu können (vgl. Delva & Temmerman, 2006, S. 4).

Die sich vermischenden HIV-Transmissionswege sind bedeutsam für präventive Interventionen, weil junge Frauen häufig parallel zu ihrem gleichaltrigen Partner sexuellen Geschlechtskontakt mit älteren Männern und dann wieder mit gleichaltrigen Männern haben, so dass sie das HIV-Infektionsrisiko in das sexuelle Netzwerk der jungen Menschen einbringen. Hingegen tendieren junge Männer eher dazu, Geschlechtskontakt mit gleichaltrigen Frauen zu haben. Doch vermindern die Teilnehmer der Präventions-Maßnahmen die Wirkung, wenn ihre Partner nicht miteinbezogen werden (vgl. Delva & Temmerman, 2006, S. 6).

Die Autoren führen dazu Determinanten in Studienbeispielen an, die offensichtlich die Effektivität von präventiven Interventionen im Sport verringern können. Zum Beispiel wird die Wirkung von HIV/AIDS-Präventionsprogrammen für Jungen in der Secondary School beeinträchtigt, wenn deren Partnerinnen nicht einbezogen werden, weil sie nicht zur Schule gehen. Die Gründe hierfür sind in den bereits erwähnten Beziehungen junger Frauen zu vorwiegend älteren und häufig HIV-positiven Männern zu verorten (vgl. Kapitel 2.3.6). Die Frauen haben, wie bereits dargestellt, häufig nicht das Durchsetzungsvermögen, um den Kondomgebrauch einzufordern (vgl. Kapitel 2.3.6).

Im Gegensatz dazu kann die Effektivität von HIV/AIDS-Präventionsprogrammen erhöht werden, wenn der epidemiologische Kontext bekannt ist. So kann zum Beispiel

eine Empfehlung zur Behandlung weiterer sexuell übertragbarer Krankheiten (Sexually Transmitted Diseases, STD) durch sportbasierte Peer-Education-Programme zur Senkung der HIV-Inzidenzrate beitragen. Sofern mittels epidemiologischer Daten erkannt wurde, dass die HIV-Prävalenz der STD hoch ist (vgl. Delva & Temmerman, 2006, S. 4; vgl. Kapitel 3.2.9).

5.3.5 Nationale und internationale Kampagnen

Im Rahmen von Kampagnen wird der Sport als Anlass genutzt, um präventive Botschaften zu vermitteln. Ebenso wird die bereits diskutierte Idol- und Vorbildfunktion bekannter Sportler genutzt, um Präventionsbotschaften zu kommunizieren (vgl. Kapitel 4.3.3). So steht dabei weniger im Vordergrund, dass die Zielgruppe präventiver Interventionen selber Sport treibt, sondern dass HIV/AIDS-Prävention durch den Sport vermittelt und dieser als Plattform genutzt wird.

Im 12. Sportbericht der Bundesregierung (2010) wird explizit darauf hingewiesen, dass der *Sportverein* in Deutschland sehr gute Strukturen bietet, um Jugendliche und junge Menschen zu erreichen und erfolgreiche Prävention von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten umzusetzen (vgl. Deutscher Bundestag, 2010, S. 99). Hierzu ist anzumerken, dass es, wie in Kapitel 4.3.2 dargestellt, auch Zweifel an der Übertragbarkeit der Merkmale eines Sportvereins auf Entwicklungsländer gibt (vgl. Kapitel 4.3.2). Ebenso wird in dem Bericht internationalen Wettkämpfen und sportlichen Großereignissen wie Olympischen Spielen aufgrund der hohen medialen Aufmerksamkeit eine Bedeutung zugemessen, Botschaften zur HIV/AIDS-Prävention vermitteln zu können. Dabei wird das Beispiel der FIFA- Fußball-Weltmeisterschaft 2006 in Deutschland aufgeführt. Im Rahmen der Weltmeisterschaft warb die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für Safer Sex und stellte die wichtigsten Botschaften der HIV/AIDS-Prävention in unterschiedlichen Sprachen auf Flyern zusammen (vgl. Deutscher Bundestag, 2010, S. 99).

Des Weiteren stellt der Sportbericht die guten Möglichkeiten der Kommunikation präventiver Botschaften bei sportlichen Großevents dar, wobei die Bekanntheit von Sportlern und Athleten genutzt wird. Sie treten als *Vorbilder* in den Medien auf und werben dadurch für den Schutz vor einer HIV-Infektion. Entsprechend können die Sportler und Athleten für einen verantwortungsvollen Umgang mit dem HIV/AIDS-

Problem sowie für die Solidarität mit HIV-infizierten und von AIDS betroffenen Menschen wirkungsvoll werben.

Der Bericht erklärt, dass sie durch ihre sportliche Idolfunktion wirksame und glaubhafte Vorbilder für die Information und Aufklärung bei der HIV/AIDS-Prävention sind. Der Sport kann eine wichtige Funktion in der Prävention von HIV/AIDS einnehmen, weil Sportler eine gesellschaftliche Vorbildfunktion ausüben. Wie bereits in Kapitel 4.2.4 angedeutet, haben die BZgA und das NOK (Nationale Olympische Komitee) die XX. Olympischen Winterspiele in Turin im Jahr 2006 genutzt, um mit einer medienwirksamen Aktion auf die weltweite HIV-Problematik aufmerksam zu machen und den Schutz durch Kondome zu bewerben. Dabei hat jeder Teilnehmer der deutschen Mannschaft eine goldene Kondom-Box mit zwei Kondomen und einer roten AIDS-Schleife erhalten (vgl. Deutscher Bundestag, 2010, S. 99; vgl. Kapitel 4.2.4).

Außerdem haben deutsche Sportverbände gemeinsam mit der BZgA eine Aktionskiste für Kinder und Jugendliche mit Bewegungsspielen und Übungen zur spielerischen und bewegungsorientierten Aufklärung und Information über HIV/AIDS entwickelt (vgl. Deutscher Bundestag, 2010, S. 99).

Die Präventionskampagnen der deutschen Sportpolitik sind nur Beispiele aus einer Vielzahl von weltweiten Projekten in diesem Bereich. Ein internationales Beispiel ist das *UNAIDS-Goodwill-Ambassadors-Projekt*, das mit international bekannten Sportlern und Topathleten für die Bedeutung der HIV-Prävention wirbt. UNAIDS (2011) betont, dass unter den Botschaftern herausragende Persönlichkeiten aus Kunst, Musik, Sport und anderen Bereichen des öffentlichen Lebens sind. Dabei kann durch die Einbindung von beispielsweise einem Fußballstar aus Togo oder einem Musiker aus Mali von einer höheren Identifikationsmöglichkeit für Menschen in afrikanischen Ländern ausgegangen werden (vgl. UNAIDS, 2011, # UNAIDS Goodwill Ambassadors).

Für die Frage der Funktion des Sports als Medium für Information und Aufklärung mittels der Identifikation von Individuen mit sportlichen Idolen ist die bereits in dieser Arbeit dargestellte Diskussion der Sportentwicklungshilfe als Identifikationsinstrument zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 4.3.3).

Im Rahmen der internationalen Sportpolitik ist ebenfalls das bereits skizzierte Instrumentarium zur HIV/AIDS-Prävention vom IOC und UNAIDS (2005) zu erwähnen. Das

Toolkit soll eine Handlungsempfehlung für die Sportpraxis geben. Weil sich Bosmans (2006) mit den Inhalten auseinandergesetzt hat, werden seine als berücksichtigungswert einzuschätzenden Hinweise aufgegriffen. Der Autor wendet dabei seine auch an anderer Stelle allgemein geäußerte Kritik, dass HIV/AIDS-Projekte häufig sehr technisch ausgelegt sind, auch in Bezug auf das *Toolkit* an.

So weist Bosmans (2006) darauf hin, dass Trainer und Lehrer häufig selber Probleme haben, offen über Sexualität zu sprechen, und sich deshalb auf die Fakten der HIV/AIDS-Prävention beschränken. Nach Bosmans (2006) Erkenntnissen sollten die grundlegenden Fähigkeiten für Menschen, die in der HIV/AIDS-Prävention arbeiten, folgende Eigenschaften umfassen (vgl. Bosmans, 2006, S. 7):

- ihr eigene Sexualität und Beziehung zu ihrem Partner reflektieren können,
- mit ihren Partner und in der Öffentlichkeit über Sex sprechen können,
- mit jungen Menschen umgehen können,
- die Frage der jungen Menschen kompetent und faktisch richtig beantworten, damit diese verantwortungsvoll mit ihrer Sexualität umgehen können.

Wenngleich die von Bosmans aufgegriffenen Personalanforderungen in ähnlicher Weise im *Toolkit* von IOC und UNAIDS (2005) aufgelistet sind, beanstandet der Autor, dass wenig Hilfestellung zur Umsetzung dieser Aufgaben angeboten wird. Sie verlangen überdies den Erziehern und Trainern der HIV/AIDS-Prävention ein entsprechendes Maß an *Selbstreflexion* ab (vgl. Bosmans, 2006, S. 7; sowie IOC & UNAIDS, 2005, S. 76). Deutlich wird die geringe Praxishilfe des *Toolkits* auch in Bezug auf die spezifischen Belange von Frauen und auch HIV-positiven Frauen im Sport. Neben dem Abdruck von Statements HIV-positiver Sportlerinnen sind im *Toolkit* keine Inhalte zu diesem Thema zu finden. Bosmans (2006) merkt an, dass weitaus mehr männliche HIV-positive Testimonials als weibliche Sportler mit einer HIV-Infektion dargestellt werden. Vermutlich ist eine HIV-Infektion unter Athletinnen noch mehr mit Tabus und Stigmatisierung als bei Männern belegt (vgl. Bosmans, 2006, S. 10).

In diesem Kontext verweist Bosmans (2006) auf ein Projekt des United Nations Population Fund (UNFPA) in Kolumbien, dass die zuvor erwähnte Selbstreflexion explizit aufgreift und als Programmbestandteil integriert. In dem Programm lernten die

Mitarbeiter im Gesundheitswesen, Lehrer, Programmmitarbeiter, Künstler und Jugendliche, dass es einige Schritte verlangt, um ihre eigenen sexuellen Praktiken und ihre Sicht auf ihre Sexualität zu reflektieren. Jedoch waren sie dann umso mehr über die Wirkung des Trainings überrascht, weil sie respektvoller und weniger urteilend über die Sexualität sprechen und mit den damit verbundenen Aufgaben wie HIV/AIDS umgehen konnten (vgl. Bosmans, 2006, S. 8). Das Programm im Kriegsgebiet in Kolumbien zeigt nach Bosmans (2006) Ausführungen, dass die Zielgruppe der Jugendlichen Aktivitäten zur Schaffung von Selbstbewusstsein und Respekt gegenüber ihrer Gemeinschaft benötigten. Sie wiesen im Kriegsgebiet zwar ein besonders hohes Risiko für eine HIV-Infektion auf. Doch ist der Autor davon überzeugt, dass zunächst Maßnahmen zur Schaffung eines Selbstbewusstseins nötig waren, um dann auch empfänglich für HIV/AIDS-Botschaften sein zu können und die Kraft zu haben, ungewollte sexuelle Kontakte abzulehnen (vgl. Bosmans, 2006, S. 8–9).

DCMS und DfID (2006) haben den Sport als Finanzierungsquelle und somit als Instrument der HIV/AIDS-Prävention betrachtet. Die Autoren gehen dabei von der Annahme aus, dass der Sport zunehmende Interessen nahelegt, selber in Entwicklungsprojekte zu investieren. Der Sport verfolgt das Ziel, auch stärker in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit involviert zu werden (vgl. hierzu auch Kapitel 4.2; sowie DCMS & DfID, 2006, S. 15). Die Finanzierung der HIV/AIDS-Präventionsarbeit durch den Sport ist in der vorliegenden Arbeit noch nicht berücksichtigt worden, jedoch gibt es im aktuellen Zeitgeschehen auch Beispiele dafür. Die Kooperation zwischen dem Fußballclub FC Barcelona und UNICEF zeigt die Möglichkeit der Finanzierung von AIDS-Projekten in Entwicklungsländern durch den Sport. Der Vertrag zwischen dem Fußballclub und der Hilfsorganisation sah vor, dass die Werbefläche auf den Trikots der Fußballspieler vom Jahr 2006 bis zum Jahr 2011 kostenfrei für das UNICEF-Logo zur Verfügung gestellt wird. Des Weiteren war die Absprache, dass der Sportverein jährlich ungefähr 1,5 Millionen Euro für die HIV/AIDS-Prävention beziehungsweise den Kauf von Medikamenten für Kinder und zur Reduzierung der HIV-Mutter-Kind-Transmission in Entwicklungsländern spendet (vgl. DCMS & DfID, 2006, S. 15; sowie UNICEF, 2006, # FC Barcelona unterstützt UNICEF-Hilfsprojekte gegen HIV/AIDS).

Die Kooperation wird nach dieser Vertragslaufzeit modifiziert weitergeführt. Der FC Barcelona ist aus Sicht des Vereins eine vermutlich lukrativere Zusammenarbeit mit der Qatar Foundation eingegangen.¹⁹⁷ Der qatarische Newsletter der Foundation berichtete über den Vertrag mit dem FC Barcelona: "The extremely influential second wife of the Emir, Sheikha Mozah, led in 2010 the previously most expensive advertising contract in football history for Qatar Foundation as jersey sponsor of FC Barcelona." Die Foundation zahlt dem Verein für das Trikotsponsoring mehrere Millionen Euro jährlich (Qatar Foundation in the News, 2011, S. 8).

Diese Form der HIV-Prävention durch den Sport kann als fraglich beurteilt werden, weil die Kooperationspartner weniger die HIV/AIDS-Bekämpfung verfolgen. Vielmehr scheinen sie ein Interesse an ihrer jeweiligen finanziellen Besserstellung zu haben. Die Abhängigkeitsverhältnisse, in denen der Sport sich dabei befindet, wurden hierzu in Kapitel 4.1.4 bereits ausführlich dargestellt.¹⁹⁸ Neben der (Aus-)Nutzung des Sports für die effektive massenmediale Kommunikation und dem Verfolgen wirtschaftlicher Interessen nutzt andersherum auch der Sport selber seine Definitionsmacht, um machtpolitische und ökonomische Ziele zu erreichen (vgl. Kapitel 4.1.4). Es konnte am Beispiel des Sportsystems in Tansania gezeigt werden, dass der Sport vermutlich in vielen Entwicklungsländern von privaten Ressourcen abhängig ist (vgl. Kapitel 5.1). Gleichfalls sind die finanziellen Ressourcen die wesentliche Voraussetzung für die HIV/AIDS-Präventionsarbeit und sichern ihre Nachhaltigkeit. Folglich ist eine weiterführende wissenschaftliche Untersuchung zu den Abhängigkeitsverhältnissen, den Interessenlagen der Partner sowie den letztendlichen Profiteuren dieser Form der Hilfe notwendig. Entsprechend wird hier nur auf das Potential des Sports als Finanzierungsquelle, als Partner für Unternehmen sowie auch selbst als Profiteur hingewiesen.

¹⁹⁷ Die Qatar Foundation setzt sich für Bildung und Forschung der Menschen in Qatar und der Region ein und möchte gemäß ihrer Mission eine Führungsrolle in innovativer Erziehung und Bildung werden. Das Vorzeigeprojekt der Foundation ist die *Education City*, die als Exzellenzcenter der Bildung und Erziehung dem Land auf dem Weg in eine Wissens- und Informationsgesellschaft helfen soll (vgl. Qatar Foundation, 2011, #Mission).

DCMS und DfID (2006) haben im Rahmen ihrer Projektstudien auch die Erkenntnis gewonnen, dass die Macht des Sports, die Aufmerksamkeit der gesamten Weltöffentlichkeit zu beanspruchen, auch zur Verfolgung von Corporate-Social-Responsibility-(CSR)-Zielen genutzt wird (vgl. DCMS & DfID, 2006, S. 13). Der Sport kann im CSR-Bereich eine wichtige Funktion einnehmen, die es gilt, für die HIV-Prävention mittels weiterführender Studien zu untersuchen. Ein Beispiel ist das *Lesdle-La-Bokasuma-Projekt* in Südafrika,¹⁹⁹ das von British Airways finanziert wurde. Das Projekt setzte den Sport als präventives Interventionsinstrument ein, um das Selbstwertgefühl und die Kontrolle über sexuell übertragbare Krankheiten bei jungen Menschen aufzubauen.

Im Kontext von Kooperationen konnte bereits in Kapitel 5.3.1 die Wirkung des Sports als Plattform zur Kommunikation von HIV/AIDS-Aufklärungs- und Informationsbotschaften aus praktischer Perspektive verdeutlicht werden (vgl. Kapitel 5.3.1). Eine ähnliche Kooperationsform verfolgt gemäß dem Bericht des britischen Departments des International Cricket Councils (ICC) und UNAIDS. Das ICC bietet UNAIDS bei allen Spielen, Trainerkursen und anderen Sportevents eine Plattform für jegliche Informations- und Erziehungsaktivitäten. Es zeigt sich, dass eine hohe Wirkung im Hinblick auf Diskriminierung und Stigmatisierung erzielt werden konnte, wenn der obligatorische Einwurf zu Beginn einer internationalen Spielbegegnung von einer HIV-positiven Person vollzogen wurde (vgl. hierzu DCMS & DfID, 2006, S. 16).

¹⁹⁸ Das magisches Dreieck des Sports, das bestehend aus Wirtschaft, Politik und Massenmedien auf ihn einwirkt (vgl. Kapitel 4.1.4).

¹⁹⁹ Das Projekt war für den Friedensnobelpreis nominiert (vgl. DCMS & DfID, 2006, S. 13).

5.3.6 Zusammenfassung

Tabelle 33: Zusammenfassung der Funktionszuschreibungen an den Sport in der HIV/AIDS-Prävention und deren sportpraktische Herleitung aus den analysierten Projekterfahrung der entsprechenden Akteure (eigene Darstellung).

Funktion des Sports	Sportpraktische Begründung
Änderung des sexuellen Verhaltens	<ul style="list-style-type: none"> • Sport bietet eine unterstützende und sichere Umwelt. • Durch aufeinander aufbauendes sportliches Training werden neue Verhaltensstrukturen erlernt und gefestigt. • Ausgebildete Mentoren, Coaches, Trainer, Familienangehörige und Lehrer nehmen Vorbildfunktion ein. • Experimenteller Lernzyklus mit Sport als integralem Bestandteil, der die Ausbildung von Lebenskompetenzen, das Erlernen einer gesunden Lebensweise und die Wissensaneignung verfolgt.
Sexuelles Verhalten insbesondere von Mädchen und Frauen, die regelmäßig Sport treiben	<ul style="list-style-type: none"> • Mädchen und Frauen verbessern im Sport ihr Selbstbild und erlangen ein besseres Körpergefühl. • Erleben einer anderen Verteilung der Geschlechterrollen als die traditionelle Beziehung zwischen Frauen und Männern • Mädchen und Frauen, die regelmäßig Sport treiben, haben ihren ersten sexuellen Geschlechtskontakt im Vergleich zu Gleichaltrigen in einem höheren Alter, haben weniger verschiedene Sexualpartner und benutzen öfter Kondome. • Mädchen und Frauen werden auch in anderen Lebensbereichen aktiver.
Gleichberechtigung und Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> • Sport ermöglicht gleiche Teilnahmekancen für beide Geschlechter. • Mädchen und Frauen nehmen sich als den Jungen gleichwertig wahr. • Sport als Instrument zur Herstellung von gleichen Teilnahmekancen zwischen Mädchen und Jungen kann als theoretisch fundiert betrachtet werden. • Sportliche Bewegungsspiele, -elemente, Rollenspiele und auch andere aktive Freizeitbeschäftigungen wie Theaterspielen, Musikmachen oder sich mit Kunst zu beschäftigen fördern die Geschlechter-Gerechtigkeit und die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit
Soziale Inklusion	<ul style="list-style-type: none"> • Sportliche Aktivitäten können in unsicheren und instabilen Situationen gewisse Strukturen aufweisen, die Halt, Unterstützung und Ablenkung für Waisen- und Straßenkinder geben können. • Aktive Lebensgestaltung bietet Kindern und Jugendlichen Alternativen zu destruktivem Verhalten wie Drogenmissbrauch und frühzeitige sexuelle Beziehungen. • Waisen- und Straßenkinder kommen im Sport mit Nicht-Straßenkindern zusammen.

Funktion des Sports	Sportpraktische Begründung
Persönlichkeitseigenschaften / Life-Skills	<ul style="list-style-type: none"> • Durch die Eigenschaften des Sports werden Fähigkeiten wie Kooperation, Kommunikationsfähigkeit, Selbstkontrolle, Umgang mit Niederlagen, Problemlösungskompetenzen, Führungserfahrung, Respekt, Verständnis, Toleranz, Umgang mit Wettbewerb und Konkurrenz, Fairplay, Teilen, Selbstvertrauen, Vertrauen, Ernsthaftigkeit, Selbstachtung, Toleranz, Widerstandsfähigkeit, Teamwork und Disziplin vermittelt.
Selbstwirksamkeit und Selbstachtung	<ul style="list-style-type: none"> • Sport steigert das Wohlbefinden der Teilnehmer. • Sport bietet Spielraum, zu lernen, wie neue Aufgaben zu bewältigen sind. • Persönliche Entwicklung durch Beobachtung, Nachahmung und soziale Erfahrungen • Verbindung von Wissensvermittlung, Lernen über Modelle, Rollenspiele, Feedback
Selbstreflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Trainer nutzen den Sport, um offen über Sexualität und HIV/AIDS zu sprechen, weil sie häufig eine engere Beziehung zu ihren Sportlern haben als beispielsweise Lehrer zu ihren Schülern. • Offenheit und Selbstreflexion werden geschult.
Identifikation	<ul style="list-style-type: none"> • Bekannte Sportler und Athleten treten in den Medien als gesellschaftliche Vorbilder auf und vermitteln präventive Botschaften häufig glaubwürdiger und glaubhafter als andere Personen.
Peer-Education und Peer- Leader	<ul style="list-style-type: none"> • Peer-Leader-Konzept lässt sich im Sport gut umsetzen • Trainer-Athleten-Verhältnis ist von einer geringeren sozialen Distanz geprägt als das zwischen Lehrern und Schülern.
Kommunikation, Information und Aufklärung	<ul style="list-style-type: none"> • Sportliche Großereignisse bieten eine hohe Reichweite als Plattform für die Vermittlung von Botschaften zur HIV/AIDS-Prävention.
Finanzierungsquelle durch Corporate Social Responsibility	<ul style="list-style-type: none"> • Unternehmen finanzieren Projekte des Sports in der HIV/AIDS-Prävention und nutzen dabei die Popularität, Reichweite und Macht des Sports, um ihr Engagement in der HIV/AIDS-Prävention zu bewerben. • Sport kann Finanzierungsquelle für HIV/AIDS-Prävention sein, um mehr Einfluss auf die internationale Entwicklungszusammenarbeit nehmen zu können.

In der Tabelle 33 werden die wesentlichen Funktionszuschreibungen an den Sport in der HIV/AIDS-Prävention zusammengefasst, die im Rahmen der zuvor dargestellten Projekte zusammengetragen wurden. Wie bereits erläutert, basieren diese Annahmen der Effekte des Sports in präventiven Interventionen, bei denen der Sport eine wesentliche Rolle spielt, auf alltagstheoretischen und teilweise studienbasierten Erfahrungen der Projektverantwortlichen.

Die Analyse der verschiedenen Projektbeispiele und Studien hat ergeben, dass es wesentliche dem Sport zugewiesene Funktionen gibt, die in allen Dokumenten eine Rolle spielen. Entsprechend werden diese zum Teil in mehreren Studien genannten Funktionen in der Tabelle 33 zusammengefasst. Sie betreffen die Bereiche der Persönlichkeitsentwicklung, der Förderung von Frauen im Sport, das Erlernen von Life-Skills und die Verhaltensveränderung durch Sport. Dem Sport werden des Weiteren Funktionen als Informationsplattform für Vermittlung von Wissen und Bewusstsein über HIV/AIDS zugeschrieben. Damit ist die Entwicklung der Fähigkeit verbunden, sich selber und andere Menschen vor HIV/AIDS schützen zu können.

In den Studien wird überdies das methodische Problem der Erfassung der Effekte des Sports in der HIV/AIDS-Prävention offensichtlich. Auch wenn sich durch die sportbezogenen Interventionen eine Wirkung, beispielsweise die Verringerung der HIV-Prävalenz, feststellen ließe, besteht das Problem darin, den Sport als Ursache zu isolieren. Schließlich sind die Teilnehmer weiteren Informationsquellen ausgesetzt, die sich ebenfalls auf ihr Wissen über HIV/AIDS oder ihr Verhalten auswirken können.

Wenngleich dem Sport bestimmte Funktionen in der HIV/AIDS-Prävention zugeschrieben werden, wird auch Kritik an den bisherigen Bestrebungen des Sports in der HIV/AIDS-Prävention deutlich. Vor allem am *Toolkit* von IOC und UNAIDS (2005) wird beanstandet, dass dort zwar Anforderungen an Trainer und Mitarbeiter im Sport hinsichtlich ihrer Aufgaben in der Prävention dargestellt, aber wenig Hilfestellungen für die konkrete Umsetzung gegeben werden. Doch müssen Trainer und Sportlehrer, wenn diese präventive Interventionen zum Beispiel durch Aufklärungskurse oder Rollenspiele durchführen, über spezifische Kompetenzen verfügen. Hierzu gehören die Fähigkeit zur Selbstreflexion des eigenen sexuellen Verhaltens und die Fähigkeit, offen über sich sprechen zu können. Entsprechend sollten spezifische Schulungen und die Ausbildung von Personal für den Einsatz des Sports in der HIV/AIDS-Prävention wesentliche Bestandteile sein.

Eine andere Perspektive der Potentiale des Sports in der HIV/AIDS-Prävention prüft, welche Faktoren sich negativ auf die Effekte präventiver Interventionen auswirken. Auf der Interventionsebene sind vor der Konzeption von Präventionsmaßnahmen die soziokulturelle und politische Angemessenheit zu prüfen, die die Machbarkeit, Zu-

gänglichkeit und Bezahlbarkeit von Sportprogrammen betrifft. Diese kann zum Beispiel durch Vorurteile von Lehrern gegenüber schulbasierten HIV/AIDS-Präventionsprogrammen im Sportunterricht gestört werden. Auf der Ebene des sexuellen Verhaltens und der Verhaltensveränderung ist der sozioökonomische Kontext für die HIV/AIDS-Prävention bedeutsam, weil zum Beispiel die Peer-Group, Rollenvorbilder und die Selbstwirksamkeit Einfluss auf das sexuelle Verhalten nehmen (siehe hierzu auch Kapitel 2.3). Die dritte betrachtete Ebene negativer Einflussfaktoren argumentiert über den epidemiologischen Kontext. Die Verbreitung von HIV-Neuinfektionen und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten oder die sexuelle Aktivität der Partner der Menschen, bei denen interveniert werden soll, ist dabei relevant. Ohne ihre Berücksichtigung kann der Effekt eines an sich erfolgreich verlaufenden Sportprogramms reduziert werden.

5.4 Problemarchetypen im Kontext von HIV/AIDS

Die Analyse der Bereiche *Entwicklung* und *Gesundheit beziehungsweise HIV/AIDS* (Kapitel 2) sowie *Prävention und Sport als Maßnahme zur Prävention* (Kapitel 3–5) wird mittels der in Kapitel 1.5 dargestellten Methodik der Erstellung deskriptiver Categoriesysteme ausgewertet (vgl. Kapitel 1.5). Dabei werden die Kategorien und ihre definierenden Kriterien aus dem Bereich Prävention und Sport hinsichtlich ihrer Eignung für die Missstände und ihre problemorientierten Kriterien aus den Bereichen Entwicklung und Gesundheit beurteilt.

Im nächsten Schritt werden aus den Erkenntnissen des zweiten Kapitels die Zielgruppen für präventive Interventionen am Beispiel Tansania abgeleitet (vgl. Kapitel 2). Diese stellen in abstrakter Form die *Problemarchetypen* dar. Bei der Analyse der Problemarchetypen werden die Merkmale herausgearbeitet, die diese Menschen hinsichtlich ihres HIV-Infektionsrisikos kennzeichnen. Dabei werden nicht die Menschen hinzugezählt, die bereits mit HIV infiziert sind. Denn es ist das Ziel, Problemarchetypen zu konstruieren, bei denen Strategien der primären HIV/AIDS-Prävention hinsichtlich ihrer Eignung geprüft werden (vgl. Definition in Kapitel 3.3). Bei bereits aufgetretenen HIV-Infektionen würden die sekundäre und tertiäre Prävention in Betracht kommen, die andere Maßnahmen verlangen. Die Auswertung erfolgt im Wesentlichen in vier Teilschritten, in denen folgenden Fragen (F1–F4) nachgegangen wird:

F1: Welche Präventionsmaßnahmen eignen sich für welche Missstände?

F2: Welche Interventionsstrategien abweichenden Verhaltens eignen sich für welche Missstände?

F3: Welche Funktionszuschreibungen an den modernen Sport eignen sich für welche Missstände?

F4: Welche Problemarchetypen lassen sich in Tansania konstruieren?

Mittels der Ergebnisse der Auswertungen und der Problemarchetypen wird in den Schlussfolgerungen das Konstrukt des Bausteins Sport in der HIV/AIDS-Prävention erörtert. Es werden strategische Empfehlungen für die Bedingungen und Möglichkeiten der HIV/AIDS-Prävention in einem afrikanischen Entwicklungsland am Beispiel Tansania abgeleitet (vgl. Kapitel 6). Hierbei fließen Erkenntnisse aus den sportbezogenen HIV/AIDS-Präventions-Projekten ein, die zuvor in Kapitel 5.3 analysiert wurden (vgl. Kapitel 5.3). Sie stellen den Ausgangspunkt für weitere quantitative Analysen dar (vgl. Mayring, 2002, S. 101–103).

5.4.1 Beurteilung der Präventionsmaßnahmen hinsichtlich entwicklungsbezogener Missstände

Tabelle 34: Beurteilung der Eignung der präventiven Interventionen zur Begegnung des HIV/AIDS-Problem bei den wesentlichen Missständen von Entwicklungsländern, die wichtig für die HIV/AIDS-Bekämpfung erscheinen (eigene Darstellung).

Missstände	Kondomgebrauch	Aufklärung und Wissensvermittlung	Erziehung und Bildung	HIV-Tests und Beratung	Rechtliche Maßnahmen
Wirtschaftliche Verhältnisse	o	o	o	o	+
Bildung	o	o	+	o	o
Glaube, Religion und Traditionen	–	+	+	+	+
Sexualverhalten	+	+	+	+	o
Soziale Ungleichstellung von Frauen	+	o	+	o	+
	+ positiv	o neutral	- negativ		

Die Bewertung in der Tabelle 34 zeigt, dass die Erziehung und Bildung als geeignete Präventionsmaßnahmen für die wesentlichen entwicklungsbezogenen Missstände von Entwicklungsländern erscheinen. Diese ergeben sich aus der Analyse und Auswertung des zweiten Kapitels mittels deskriptiver Kategoriesysteme, die durch entsprechende Kriterien definiert wurden. Diese bilden das HIV/AIDS-Problem in seiner epidemiologischen und gesellschaftlichen Dimension ab (vgl. Kapitel 2.3). Analog wurden die Kategorien der HIV/AIDS-Präventions-Strategien des dritten Kapitels herausgearbeitet (vgl. Kapitel 3.2). Die vorgenommene Beurteilung wird am Beispiel der Kategorien Erziehung und Bildung sowie am Kondomgebrauch verdeutlicht. Diese wie auch die weiteren Kategorien präventiver Interventionen wurden im dritten Kapitel definiert und ihre Stärken und Schwächen für die HIV/AIDS-Prävention in Entwicklungsländern in Kapitel 3.3 analysiert (vgl. Kapitel 3.3).

Die Erziehung und Bildung stellen positive HIV/AIDS-Präventionsstrategien hinsichtlich der meisten Missstände in Entwicklungsländern dar. So können sie auf das Sexualverhalten, die Bildung, die soziale Ungleichstellung der Frauen und auch bei Glaube und Religion präventiv auf die HIV/AIDS-Verbreitung einwirken. Dies begründet sich in den umfassenden Maßnahmen, die mit Erziehung und Bildung verbunden sind (vgl. Kapitel 3.2.6).

Die Erziehungsprogramme gemäß dem IEC-Ansatz, der KAP-Methode und die Peer-Education-Initiative Auch verfolgen alle das Ziel, Kinder und Jugendliche im Umgang mit HIV/AIDS durch ganz unterschiedliche Methoden im schulischen und außerschulischen Kontext zu befähigen (vgl. Kapitel 3.2.6). So werden die Maßnahmen als effektiv betrachtet, wenn sie ansetzen, bevor Kinder oder Jugendliche das erste Mal sexuell aktiv werden (vgl. Kapitel 3.2.6). Ebenfalls steht die Ausbildung von Life-Skills im Vordergrund, damit die Teilnehmer Fertigkeiten erlernen, die ihnen in ihrem Leben helfen, beispielsweise eine Arbeit zu finden (vgl. Kapitel 3.2.6).

Die HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen im Rahmen der Erziehung und Bildung erscheinen für die Veränderung des sexuellen Verhaltens geeignet. Ebenso verfolgen verschiedene Maßnahmen wie Aufklärung und Wissensvermittlung das Ziel der Reduzierung der Stigmatisierung, Diskriminierung und Tabuisierung. Hierzu tragen, wie in Kapitel 2.3.2 gezeigt werden konnte, auch die traditionellen Paradigmen und die Haltung der Kirchen bei (vgl. Kapitel 2.3.2).

Die Betrachtung der Präventionsmaßnahme des Kondomgebrauchs, der durch den Verbreitungsgrad, die individuelle Kosten-Nutzen-Abwägung und die Akzeptanz bei der Bevölkerung sowie durch die Überwindung traditioneller Vorbehalte definiert wird, nimmt eine positive Wirkung beim Sexualverhalten und bei der Gleichstellung der Geschlechter ein. Hingegen scheint das Kondom keine präventive Funktion zu haben, um Faktoren wie wirtschaftliche Verhältnisse zu verbessern. Auch ist das Kondom weder für eine mangelnde Bildung noch für den Einfluss des Glaubens eine geeignete Präventionsstrategie, weil es aus den in Kapitel 3.2.3 dargestellten Gründen zum Beispiel aus Sicht individueller Kosten-Nutzen-Abwägungen zu teuer ist oder aufgrund traditioneller Vorbehalte abgelehnt wird (vgl. Kapitel 3.2.3). Hinsichtlich der sozialen Ungleichstellung der Frauen ist die Präventionswirkung zwar eher negativ zu bewerten, weil Frauen häufig zu wenig Durchsetzungsvermögen haben, um den Gebrauch einzufordern (vgl. Kapitel 3.2.3 sowie 2.3.6). Doch könnte das Kondom für Frauen einen positiven Einfluss auf ihre soziale Stellung einnehmen, weil es ihnen zu mehr Selbstbestimmung verhilft (vgl. Kapitel 3.2.3).

Demnach ist das Kondom nicht grundsätzlich als negativ zu bewerten. Zudem schützt es am effektivsten vor einer HIV-Infektion und ist vergleichsweise kostengünstig. Das Kondom ist schlussfolgernd eine Präventionsmethode, die in Kombination mit Aufklärung, Information, Wissensvermittlung oder anderen Maßnahmen erfolgreich zu sein scheint. Diese Maßnahmen können dafür sorgen, dass die Vorbehalte gegenüber dem Kondomgebrauch abgebaut werden.

Im nächsten Auswertungsschritt wird gezeigt, ob sich Interventionsstrategien zur HIV/AIDS-Prävention eignen, die aus anderen Bereichen sozialer Probleme auf das HIV/AIDS-Problem übertragen werden (vgl. Kapitel 5.2). Zu diesem Zweck wird in der Tabelle 35 ausgewertet, mit welchen Interventionsstrategien abweichenden Verhaltens positive Effekte bei Missständen unterentwickelter Gesellschaften erreicht werden können.

5.4.2 Beurteilung der Interventionsstrategien abweichenden Verhaltens hinsichtlich entwicklungsbezogener Missstände

Tabelle 35: Beurteilung der Eignung der Interventionsstrategien im Kontext der Theorien abweichenden Verhaltens hinsichtlich wesentlicher Missstände von Entwicklungsländern, die wichtig für die HIV/AIDS-Bekämpfung erscheinen (eigene Darstellung).

Misstände	Rechtlich	Ökonomisch	Ökologisch	Pädagogisch, Psychologisch	Punitiv
Wirtschaftliche Verhältnisse	+	+	+	+	–
Bildung	o	+	+	+	–
Glaube, Religion und Traditionen	+	+	+	+	–
Sexualverhalten	o	+	+	+	–
Soziale Ungleichstellung von Frauen	+	+	+	+	–
+ positiv o neutral - negativ					

Die in der Tabelle 35 vorgenommene Beurteilung der Eignung der fünf Interventionsstrategien erfolgt auf der Grundlage der in Kapitel 5.2 geführten Diskussion über ihre Eignung in der HIV/AIDS-Prävention (vgl. Kapitel 5.2). Aus der Bewertung kann resümiert werden, dass in der HIV/AIDS-Prävention in erster Linie pädagogisch-psychologische und ökologische Interventionsstrategien Anwendung finden. Ebenso konnte in der Diskussion verschiedener Formen von Devianz und ihren naheliegenden Strategien gezeigt werden, dass die pädagogisch-psychologischen Interventionsstrategien auf den ersten Blick das meiste Potential in der HIV/AIDS-Prävention besitzen. Auch scheint die vorgenommene Einteilung in die Mikro- und Makroebene sowie die geschlechtsbezogene Perspektive bedeutsam für die HIV/AIDS-Prävention zu sein. Denn die Diskussion in Kapitel 5.2 hat gezeigt, dass auf unterschiedlichen Ebenen jeweils andere Interventionsstrategien die höchste Relevanz einnehmen.

Auf der makrostrukturellen Ebene können als determinierende Kategorie die wirtschaftlichen Verhältnisse als Missstände in Entwicklungsländern betrachtet werden (vgl. Kapitel 2.3). So konnte in Kapitel 2.3.1 gezeigt werden, dass soziale und ökonomische Faktoren auf der Makroebene zur HIV/AIDS-Verbreitung beitragen (vgl. Kapitel 2.3.1).

Es erscheint ein Ansatz auf der gesellschaftlichen Ebene erfolgversprechend, weil sich politische, wirtschaftliche und soziale Bedingungen in Entwicklungsländern auf die individuellen Lebensverhältnisse auswirken (vgl. Kapitel 2.3). Hierfür eignen sich Interventionsstrategien, die ökonomischen Bedingungen und sozialer Ungleichheit entgegenwirken und damit Anomie reduzieren. Ebenso sind dafür aber auch ökologische und pädagogisch-psychologische Interventionen bedeutsam, um die Kompetenzen im Umgang mit Belastungen zu erhöhen (vgl. Kapitel 5.2).

Die Desintegrationstheorien nennen den Verlust moralischer Bindungen als Ursache für abweichendes Verhalten. Die damit verbundenen vorrangig ökologischen Interventionen sind angesichts sich auflösender Familienstrukturen und einer zunehmenden sozialen Mobilität in der Übertragung auf die Entwicklungsländer bedeutsam (vgl. Kapitel 2.1.4 sowie 2.3.5). In der HIV/AIDS-Prävention sind zum Beispiel Selbsthilfegruppen ein geeignetes Instrument, um durch ökologische Interventionen moralische Bindungen und identitätsstiftende Beziehungen erlebbar zu machen (vgl. Kapitel 3.2.5).

Wie auch bei den Anomietheorien weisen Devianzen, die sich durch bestimmte Lebensstile begründen, im Kontext von HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen auf ökonomische Interventionen hin. Das von der Norm abweichende Verhalten, dass sich im Lebensstil begründet, scheint sich unter anderem im risikoreichen sexuellen Verhalten in Krisen-, Kriegs- oder Katastrophenregionen zu zeigen. Die ökonomischen Interventionen könnten sich dabei auf die Verbesserung der Lebensbedingungen, auf die Aufklärung und Information und den Kondomgebrauch fokussieren, um dessen Nutzung und Verbreitung zu erhöhen.

Des Weiteren ist die soziale Ungleichstellung der Frauen eine determinierende Kategorie für die HIV/AIDS-Ausbreitungsdynamik (vgl. Kapitel 2.3.6). So scheinen die ökologischen Interventionsstrategien ähnlich dem Doing-Gender-Konzept für die Verringerung der sozialen und ökonomischen Ungleichstellung und Abhängigkeiten von Frauen und damit für die HIV/AIDS-Prävention bedeutsam. Die soziale Ungleichstellung, die ökonomische Abhängigkeit und die mangelnde Wahrnehmung der Rechte der Frauen in Entwicklungsländern sind Probleme, die in erster Linie auf der Makroebene anzugehen sind (vgl. Kapitel 2.3).

Auf der Mikroebene sind pädagogisch-psychologische Interventionsstrategien erfolgreich. Sie sind in der HIV/AIDS-Prävention hinsichtlich des risikoreichen sexuellen beziehungsweise nicht konformen Verhaltens entscheidend, dessen Ursachen mit der Theorie des differentiellen Lernens über interpersonelle Kontakte und im Lernen durch Nachahmung erklärt wird (vgl. Kapitel 5.2).

Insgesamt zeigen die Interventionsstrategien abweichenden Verhaltens, dass pädagogisch-psychologische, ökologische und ökonomische Maßnahmen zur Senkung der Wahrscheinlichkeit devianten Verhaltens beitragen. Folglich sind diese Erkenntnisse vergleichbar mit den Formen der Intervention, die im Allgemeinen zur HIV/AIDS-Prävention angewendet werden und im dritten Kapitel verdeutlicht wurden (vgl. Kapitel 3.2). Allerdings scheinen punitive Interventionsstrategien keine geeigneten Maßnahmen zu umfassen. Im dritten Kapitel wurde darauf hingewiesen, dass die strafrechtliche Verfolgung von sexuellem Verhalten zur Stigmatisierung und Diskriminierung beiträgt. Anders verhält es sich bei der spezifischen Betrachtung der rechtlichen Präventionsmaßnahmen bei absichtlicher oder fahrlässiger Weitergabe des HI-Virus, die aus strafrechtlicher Beurteilung als Körperverletzung eingestuft wird und der strafrechtlichen Verfolgung obliegen kann (vgl. Kapitel 3.2.10).

Im nächsten Auswertungsschritt werden die im vierten Kapitel diskutierten Funktionszuschreibungen an den Sport in ihrer Eignung analog den vorangegangenen Präventionsstrategien für die Missstände in Entwicklungsländern beurteilt (vgl. Kapitel 4.3 sowie 3.2). Die Grundlage dafür bietet die Diskussion der Annahmen und Begründungen für den Sport als Instrument für die Entwicklungszusammenarbeit, die in den Schlussfolgerungen des vierten Kapitels zusammengestellt wurden (vgl. Kapitel 4.4).

5.4.3 Beurteilung des modernen Sports hinsichtlich entwicklungsbezogener Missstände

Tabelle 36: Beurteilung der Eignung der Funktionszuschreibungen an den Sport in Bezug auf die wesentlichen Missstände von Entwicklungsländern, die als wichtig für die HIV/AIDS-Bekämpfung erscheinen (eigene Darstellung).

Missstände	Persönliche Entwicklung	Integration und Nation-Building	Gleichheit der Chancen	Gleichstellung der Geschlechter	Bildungshilfe
Wirtschaftliche Verhältnisse	+	o	o	+	o
Bildung	+	o	o	+	+
Glaube, Religion und Traditionen	+	–	+	+	o
Sexualverhalten	+	o	o	+	+
Soziale Ungleichstellung von Frauen	+	–	+	+	o
+ positiv o neutral - negativ					

Die persönliche Entwicklung, die der moderne Sport unter den dargestellten Einschränkungen zu fördern vermag, wirkt sich positiv auf die Missstände in Entwicklungsländern aus. Die determinierenden Kriterien dieser Funktion, die die Schaffung von modernen Eigenschaften wie Leistungsorientierung beinhalten, lassen sich auf Entwicklungsländer übertragen. Dies begründet sich in den im Kapitel 4.3.1 beschriebenen Beispielen. Folglich können die Merkmale des modernen Sports zur Ausbildung von Persönlichkeitseigenschaften, die zum Beispiel die Fähigkeit umfassen, Probleme zu lösen, auch in Gesellschaften in Entwicklungsländern genutzt werden. Die Eigenschaften des modernen Sports sind darüber hinaus in anderen Bereichen moderner Gesellschaften bedeutsam (vgl. Kapitel 4.4).

Ähnlich scheint die Sportentwicklungshilfe als Instrument der Gleichstellung der Geschlechter eine bedeutsame Funktion für die Entwicklung von HIV/AIDS-beeinflussenden Missständen in Entwicklungsländern zu haben. Der Sport als Instrument zur Gleichstellung der Geschlechter wäre eine entscheidende Funktion in der HIV/AIDS-Prävention, weil die soziale Ungleichstellung der Frau eines der gravierenden Probleme ist, das zur HIV-Ausbreitungsdynamik in Afrika südlich der Saha-

ra beiträgt (vgl. Kapitel 2.3.6). Allerdings reichen, wie bereits erwähnt, die wissenschaftlichen Befunde nicht aus, um von einer gesicherten Funktionalität des Sports in diesem Bereich in Entwicklungsländern auszugehen (vgl. Kapitel 4.3.5). Hierfür wären weiterführende Untersuchungen erforderlich, die sich aus einer differenzierten Perspektive mit den Funktionen des Sports zur Gleichstellung der Geschlechter befasst.

Des Weiteren kommt dem Sport als Instrument der Chancengleichheit eine Funktion hinsichtlich der definierten Missstände zu. Allerdings bezieht sich diese primär auf die Teilnahmechancen von Athleten im internationalen Spitzensport. Die damit verbundenen Effekte obliegen den bereits diskutierten Restriktionen der sich ändernden Erfolgsindikatoren (vgl. Kapitel 4.3.5). Dennoch basiert die angenommene Funktion auf dem Gleichheitsprinzips im Sport, so dass der Sport in der Hinsicht positiv dazu beitragen kann, dass Vorurteile und Diskriminierungen gegenüber Frauen und HIV-Betroffenen abgebaut werden und diese die gleichen Chancen erhalten, am Sport teilzunehmen.

Ebenfalls könnte das Gleichheitsprinzip bei Vorurteilen gegenüber ethnischen, rassischen oder sozialen Gruppen präventiv gegenüber Missständen eingesetzt werden, die mit Religion, Glaube und Traditionen verbunden sind und zu Diskriminierung und Stigmatisierung führen, weil Menschen ausgegrenzt werden (vgl. Kapitel 2.3.2). Die Gleichheit der Chancen im Sport ist für die weiteren Kategorien von Missständen eher neutral zu bewerten. Denn es gibt keine wissenschaftlichen Hinweise in den diskutierten Funktionen dafür, dass das Gleichheitsprinzip des Sports beispielsweise bei wirtschaftlichen Verhältnissen unterentwickelter Gesellschaften eine Wirkung erzielen kann.

Des Weiteren wurden die Funktionszuschreibung an den Sport für das Nation-Building und die Integration von Gesellschaften erörtert (vgl. Kapitel 4.3.2). Allerdings scheinen die dabei geprüften Funktionen keinen Einfluss auf die herausgearbeiteten Missstände in Entwicklungsländern zu nehmen. Vielmehr kann der Sport sogar in Konflikt mit traditionellen Weltanschauungen oder fundamental-islamischen Religionsansichten stehen (vgl. Kapitel 4.4). Dabei trägt der Sport nicht zum Nation-Building bei, sondern schließt Frauen von gesellschaftlichen Aktivitäten aus und wirkt der sozialen Gleichstellung der Frauen entgegen.

Im Bildungsbereich kann der Sport eher zu einer Vergrößerung der gesellschaftlichen Abstände zwischen den gebildeten und weniger formal gebildeten Schichten führen und trägt damit nicht zur Integration bei. Demgegenüber wird der Sport im Rahmen der im Kapitel 5.3.2 betrachteten Sportprojekte in seiner Inklusionsfunktion zur Integration gesellschaftlicher Minoritäten wie Straßen- oder Waisenkinder als erfolgreich eingeschätzt (vgl. Kapitel 5.3.2). So dass die Beurteilung der Integrationsfunktion des Sports eher als neutral zu bewerten ist.

Die Bildungshilfe ist zwar der Bereich, in dem Sport am ehesten Funktionen zugeschrieben werden, jedoch in erster Linie über die Ausbildung von Persönlichkeitseigenschaften argumentiert wird, die bereits separat erfasst wurden (vgl. Kapitel 4.3.8). Des Weiteren zeigt die differenzierte Betrachtung des Bildungssystems, dass dieses nie ein Impulsgeber für über dieses System hinausgehende Modernisierungsprozesse war. Allerdings kann der Sportunterricht innerhalb des Bildungssystems ein Ausgangspunkt für die Initiierung informeller Bildungsprozesse sein. Diese sind in der HIV/AIDS-Prävention bedeutsam, um Präventionsmaßnahmen im Rahmen informeller Bildung und Erziehung beispielsweise in Jugendclubs oder Gemeinden anzubieten. Hierfür könnte der Sport in seiner Funktion als Bildungshilfe wertvolle Impulse für sportbasierte HIV/AIDS-Präventionsprogramme geben.

Entsprechend der in Kapitel 4.3.8 erwähnten Studie kann das Erziehungs- und Bildungssystem eine günstige Umgebung für präventive Interventionsprogramme darstellen, bei denen der Sportunterricht als Impulsgeber für alternative Lehrmethoden über den Bereich hinausgehende Effekte erzielt. Denn die im Unterricht erlernten Fähigkeiten können sich auch positiv auf andere Lebensbereiche auswirken. Ebenso können daran Erwartungen bezüglich Verhaltensänderungen von Kindern und Jugendlichen geknüpft werden (vgl. Kapitel 4.3.8).

5.4.4 Problemarchetypen und ihre Eignung für den Sport als präventive Intervention

Anhand des Beispiels Tansania konnte gezeigt werden, dass sich das Problem nicht auf bestimmte gesellschaftliche Milieus oder Gruppen beschränkt, sondern sich vielmehr durch eine Schichtenpermeabilität auszeichnet. Demzufolge werden drei *Problemarchetypen* konstruiert, die in abstrakter Form drei Idealtypen mit einer erhöhten

HIV-Vulnerabilität im Vergleich zur Bevölkerung repräsentieren. Sie haben ein höheres Risiko für eine HIV-Infektion als andere Menschen und stellen eine Zielgruppe für präventive Interventionen dar (vgl. Kapitel 2.2.4).

Ihre Beschreibung stellt Stereotype dar, deren Merkmale abstrahiert beschrieben werden. Die Darstellung der Problemarchetypen wird anhand der als entscheidende Missstände definierten Kategorien erfolgen (vgl. Kapitel 2.4).

5.4.4.1 *Junge Frauen*

Eine junge Frau im Alter zwischen 15 und 24 Jahren oder auch in manchen Regionen bis zu einem Alter von 34 Jahren besitzt im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen eine höhere Vulnerabilität für eine HIV-Infektion (vgl. Kapitel 2.2.4). Zudem ist in ihrer Altersgruppe die höchste Anzahl der Neuinfektionen zu verzeichnen. Ihr ehelicher Status ist ledig beziehungsweise alleinlebend oder auch verwitwet, so dass sie eher dazu neigt, häufig wechselnde Sexualpartner zu haben. Diese müssen auch nicht unbedingt aus der gleichen Altersstufe kommen, sondern können auch ältere Männer sein.

Die typische Frau dieses Problemarchetyps wohnt eher in urbanen als in ländlichen Gegenden, um bessere Chancen auf eine Arbeit zu haben oder weil sie aus einer ländlichen Gegend aufgrund wirtschaftlicher Gründe in die Stadt emigriert ist. Ebenso ist der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung in einem gewissen Rahmen gegeben, weil eine medizinische Infrastruktur vorhanden beziehungsweise ein Krankenhaus in der Nähe ist. Es ist davon auszugehen, dass die Frau ein Einkommen hat, weil sie über einen höheren Bildungsgrad verfügt, der mindestens die Secondary School umfasst. Entsprechend sind ihre wirtschaftlichen Verhältnisse einigermaßen gut. Sie hat möglicherweise ein bis zwei Kinder zu versorgen (vgl. Kapitel 2.2.4).

Wenn ihr Bildungsniveau geringer ist, kann sich die Frau auch in einer Entwicklungsphase befinden, weil sie mit zunehmender Information, Wissensvermittlung über die Medien und zunehmenden Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung ihr sexuelles Verhalten zu ändern beginnt (vgl. Kapitel 2.2.4). Daher wird dieser Problemarchetyp auch zunehmend durch eine Frau gekennzeichnet, die über eine geringere formale Bildung und ein geringeres oder gar kein Einkommen verfügt. Sie ist im Vergleich zu der höher gebildeten Frau mit einem höheren Einkommen und Zugang zur

gesundheitlichen Versorgung auch einem höheren HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt (vgl. Kapitel 2.2.4).

Des Weiteren ist die typische Frau dieses Problemarchetyps durch traditionelle, indigene Weltanschauungen und ebenso zunehmend durch Einflüsse der westlich-modernen und naturwissenschaftlichen Medizin geprägt (vgl. Kapitel 2.3.2). Ihr Leben sowie ihr Glaube werden durch die christlichen, islamischen oder traditionellen Naturreligionen bestimmt. Doch auch wenn die Frau nicht an die indigenen, traditionellen Weltvorstellungen glaubt, werden ihre Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit von diesen beeinflusst (vgl. Kapitel 2.3.1). Eventuell glaubt sie daran, dass HIV/AIDS durch Zauberei entstanden ist und auf das Unglück zurückzuführen ist, dass durch das Handeln eines anderen Menschen hervorgerufen wurde (vgl. Kapitel 2.3.2). Wenn die Frau einen eher christlich-fundamentalistischen Glauben verfolgt, lehnt sie den Kondomgebrauch ab, weil dieser für sie keinen Infektionsschutz darstellt. Denn HIV/AIDS wird als Strafe Gottes für das sexuelle Verhalten erklärt. Sexualität ist für sie, egal welcher Religion sie angehört, immer mit Tabus behaftet. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Frau bei ersten Anzeichen oder der Befürchtung einer HIV-Infektion zuerst zu einem traditionellen Heiler geht, um sich mit Kräutern oder entsprechenden Mitteln mit der Kraft von Witchdoktoren behandeln zu lassen (vgl. Kapitel 2.3.1 sowie 2.3.2).

Das Sexualverhalten der Frau ist ebenso wie ihr Glaube durch traditionelle, religiöse, magische und auch wissenschaftliche Vorstellungen geprägt. Eventuell glaubt sie daran, dass Kondome eine Beleidigung ihrer Person sind, wenn ein Sexualpartner diese benutzen möchte (vgl. Kapitel 2.3.6). Auch weiß die typische Frau dieses Problemarchetyps, dass sie ihre Sexualität sowohl im Privatleben als auch beruflich zur Erreichung bestimmter Ziele einsetzen kann. Wenn es um die Chance auf einen Arbeitsplatz oder eine Gehaltserhöhung geht, kann die Frau sich durch Geschlechtsverkehr mit ihrem Verhandlungspartner einige Vorteile verschaffen (vgl. Kapitel 2.3.6).

Die Sexualität kann ihre Überlebensstrategie sein, wenn sie gezwungen ist, Geld zu verdienen, und keine Handlungsalternative hat (vgl. Kapitel 2.3.5). Jedoch setzt sich die Frau durch dieses Verhalten einer erhöhten HIV-Vulnerabilität aus. Überdies beeinflusst die Peer-Group und auch die Familie das sexuelle Verhalten der Frau, so

dass der erste sexuelle Geschlechtskontakt aus Neugier, Gruppenzwang oder auch weil sie früher verheiratet wurde, in einem jungen Alter stattfindet (vgl. Kapitel 2.3.5)

Im Vergleich zu den Männern hat die Frau Nachteile in der realen Ausübung ihrer Bürgerrechte. Ihr Leben ist von einer Rollenverteilung zwischen Frauen und Männern geprägt, bei der die Frau eine unterordnete Stellung einnimmt (vgl. Kapitel 2.3.6). Diese wird unter anderem an den Erbschaftstraditionen, der Polygamie und der Beschneidung der Frauen deutlich. Durch ihre Sozialisation ist die Frau eher bereit, sich auf riskante sexuelle Aktivitäten einzulassen, um ihre Existenz oder auch ihre Kinder in wirtschaftlichen Notlagen zu sichern (vgl. Kapitel 2.3.6).

Wenngleich die Frau nicht unbedingt einen dauerhaften Partner hat, kann sie in einer sexuellen Beziehung mit einem Mann seiner körperlichen Gewalt ausgesetzt sein. Damit erhöht sie durch Verletzungen beispielsweise der Geschlechtsorgane ihr ohnehin schon aufgrund biologischer Faktoren höheres Risiko für eine HIV-Infektion um ein Weiteres (vgl. Kapitel 2.3.6). Wenn die junge Frau sportlich aktiv war oder ist, dann im Rahmen des Schulsports, weil es außerhalb der Schule kaum Sportstrukturen, Trainingshallen oder Sportplätze gibt. Der Freizeitsport wird hauptsächlich von Männern betrieben. Ebenso wird sich die Frau aus finanzieller oder auch zeitlicher Perspektive ein Fitnessstudio kaum leisten können, die zudem in Gegenden sind, in denen reichere Menschen wohnen. Wenn die Frau muslimischen Glaubens ist, kann es sein, dass ihr die Teilnahme am Schulsport verboten wurde (vgl. Kapitel 5.1).

5.4.4.2 *Junge Männer*

Dieser Problemarchetyp ist ein junger Mann, der zwischen 15 und 24 Jahre alt ist. Seine Lebenssituation in ländlichen Gebieten ist von eher schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen geprägt (vgl. Kapitel 2.2.4). Er verfügt über kein oder geringes Einkommen, so dass er vermutlich aus der ländlichen Gegend in eine größere Stadt emigriert, um dort Arbeit zu finden (vgl. Kapitel 2.1.4). Ebenso kann er aber in ärmeren Gegenden in einer Stadt aufgewachsen sein und zum Beispiel am Rande der Stadt im Slum leben.

Der junge Mann versucht als Tagelöhner, Wanderarbeiter oder Truckfahrer für ein Einkommen zu sorgen. Möglicherweise bietet er auch sexuelle Dienstleistungen an.

Durch seine einkommenschaffenden Aktivitäten gehört er zu den Risikogruppen, die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, sich mit HIV zu infizieren. Gleichzeitig hat der junge Mann aufgrund seiner Jobs, bei denen er beispielsweise als Truckfahrer oder Wanderarbeiter häufig den Arbeitsort wechselt und über ein geringes Einkommen verfügt, nur einen mangelnden Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, zu Behandlungsmöglichkeiten, Medikamenten und präventiven Maßnahmen (vgl. Kapitel 2.2.2).

Das Bildungsniveau des jungen Mannes ist ebenfalls eher gering einzuschätzen. Unter der Voraussetzung, dass seine Eltern die Schule bezahlen konnten, hat der junge Mann die Primary School besucht. Dennoch hatte er eine größere Chance, zur Schule zu gehen, als seine Schwestern, die im Haushalt helfen oder durch andere Arbeiten zum Einkommen beitragen mussten (vgl. Kapitel 2.3.5). Folglich verfügt er auch möglichenfalls nur über geringe Life-Skills und Kompetenzen, die er benötigt, um im Berufsleben erfolgreich zu sein. Dadurch werden seine Jobchancen im formellen Sektor begrenzt, der in vielen Entwicklungsländern im Vergleich zu Industrieländern kleiner ist (vgl. Kapitel 3.2.10). Ebenfalls können hierzu aber auch junge Männer gezählt werden, die über eine höhere Bildung und Mobilität verfügen und von ländlichen Gegenden in die Stadt emigrieren, um eine Arbeitsstelle in der Stadt zu finden (vgl. Kapitel 2.2.4).

Der junge Mann kann jeweils zu einer 30-prozentigen Wahrscheinlichkeit der christlichen oder muslimischen Religion angehören oder ein Anhänger indigener, traditioneller Naturreligionen sein. Dieses ist umso wahrscheinlicher, wenn er in ländlichen Gegenden lebt, in denen die Naturreligionen eine höhere Verbreitung als in Städten haben. Folglich ist seine Weltanschauung von magischen Kräften und traditionellen Paradigmen bestimmt, die sein Verständnis von HIV/AIDS prägen und seine Lebenswirklichkeit beeinflussen.

Allen Problemarchetypen ist gemeinsam, dass sie in ein kulturelles System eingebunden sind, das von magischen, religiösen oder traditionellen Vorstellungen umrahmt wird. Je nachdem, welcher Religion der junge Mann angehört, kann er mit der Ablehnung, Tabuisierung und Stigmatisierung konfrontiert werden, wenn er homosexuellen Geschlechtskontakt zu anderen Männern hat. Demzufolge wird er seine eventuelle Homosexualität verbergen. Dieser HIV-Übertragungsweg wird in Tansania

als bedeutsame Möglichkeit ignoriert und als Mann, der Sex mit Männern hat, wird er sich von HIV/AIDS-Aufklärungsbotschaften vermutlich wenig angesprochen fühlen (vgl. Kapitel 2.3.2). Weil eher die Frauen für die HIV-Übertragung verantwortlich gemacht und der heterosexuelle Geschlechtskontakt als hauptsächlicher Transmissionsweg betrachtet wird, zählt der junge Mann auch erst seit den letzten Jahren zur Zielgruppe von HIV/AIDS-Präventionsprogrammen (vgl. Kapitel 2.3.6)

Das Sexualverhalten des jungen Mannes kann nach außen hin unter dem Verdacht der Promiskuität stehen, insbesondere wenn er sich bereits mit HIV infiziert hat. Doch wird die Schuld der HIV-Übertragung in erster Linie im Sexualverhalten der Frauen verortet (vgl. Kapitel 2.3.2). Trotzdem der junge Mann einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt ist, wird er vermutlich den Kondomgebrauch aufgrund traditioneller Vorbehalte oder anderer kultureller Gründe ganz ablehnen oder zumindest nicht regelmäßig ein Kondom benutzen, wenngleich er wechselnde Sexualpartner hat. Dabei zeigt sich die fatalistische Lebenshaltung, die besonders unter Gruppen verbreitet ist, die berufsbedingt oder wegen ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, sich mit HIV zu infizieren (vgl. Kapitel 2.3.5).

Sofern der junge Mann zum Beispiel am Rande der Stadt in engen Wohnverhältnissen aufgewachsen ist, wird er vermutlich die sexuelle Aktivität seiner Eltern das erste Mal in einem jungen Alter mitbekommen haben. So ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass dieser Problemarchetyp ebenfalls in einem jungen Alter, eventuell auch schon vor dem 15. Lebensjahr, den ersten sexuellen Geschlechtskontakt hatte. Sein HIV-Infektionsrisiko ist erhöht, weil er in diesem jungen Alter noch nicht die Gefahren sexuell übertragbarer Krankheiten und von HIV/AIDS kennt. Seine sexuelle Aktivität wird ebenfalls durch seine geringe Schulbildung begünstigt. So lernt er wenig alternative Angebote kennen, weil diese vorrangig im Rahmen der Schule vermittelt werden (vgl. Kapitel 2.3.5).

Der junge Mann ist weniger vulnerabel für eine HIV-Infektion als gleichaltrige Mädchen und Frauen. Allerdings trägt er durch sein Rollenverständnis auch zu der höheren HIV-Anfälligkeit der Frauen bei. Die Kultur der Gewalt der Männer, die vorwiegend in Krisen- oder Kriegsgebieten herrscht, kann auch im Allgemeinen bei jungen Männern eine Rolle spielen. Es besteht die Gefahr, dass der Problemarchetyp häusliche Gewalt in körperlicher oder verbaler Form gegenüber seiner Lebenspartnerin

ausübt. Diese wird er jedoch als private Angelegenheit betrachten und nicht darüber kommunizieren. Wenn die Frau darüber sprechen oder die Missstände öffentlich machen möchte, wird er dieses als Bedrohung seiner Dominanz auffassen.

Allerdings ist die Position des jungen Mannes auch mit stereotypen Vorurteilen belegt, nach denen er als egoistisch oder rücksichtslos gilt. Des Weiteren wird in seiner Lebenswelt der Zugang zur käuflichen Sexualität als Merkmal des sozioökonomischen Status bewertet und entspricht der gesellschaftlichen Erwartung. Sexuelle Dienstleistungen wird er sich aufgrund seiner eher schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse jedoch nur in einem beschränkten Rahmen leisten können. Allerdings betrachtet der junge Mann die Sexualität auch als Ware. Wenn Frauen sich darauf einlassen, wird der junge Mann dies ausnutzen, um seine sexuellen Interessen zu befriedigen (vgl. Kapitel 2.3.6).

5.4.4.3 *Arme Menschen*

Die wirtschaftlichen Verhältnisse dieses Problemarchetyps sind durch kein oder ein geringes Einkommen gekennzeichnet. Dieser Mensch ist am stärksten von HIV/AIDS bedroht, weil er zu den ärmsten und schwächsten Gruppen in der Bevölkerung gehört. Es kann weiblichen oder männlichen Geschlechts sein, lebt in städtischen Gebieten und weist daher ein hohes HIV-Infektionsrisiko auf (vgl. Kapitel 2.2.4). Allerdings ist die HIV-Prävalenz unter den 15- bis 24-jährigen Frauen in Tansania höher als unter gleichaltrigen Männern. Ebenso zählen zu diesem Problemarchetyp Kinder, weil immer mehr von ihnen durch AIDS zu Waisen geworden sind. Häufig sind sie dann gezwungen, für ihre Geschwister und für Einkommen zu sorgen. Sie sind einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt, weil sie eher mit Drogen in Kontakt geraten oder sich gezwungen sehen, sich für finanzielle oder materielle Leistungen zu prostituieren. Entsprechend kann das Stereotyp des armen Menschen, der eine hohe HIV-Anfälligkeit hat, ein Mensch in jeder Altersstufe sein. Zu dem armen Menschen als Stereotyp für ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko zählen des Weiteren auch Menschen bestimmter Risikogruppen, die arm sind und zu den intravenös Drogenabhängigen, Männern, die im Sexmilieu arbeiten oder zu Prostituierten gezählt werden (vgl. Kapitel 2.2.2).

Vermutlich wohnt dieser Mensch am Rande von größeren Städten in den ärmsten Gegenden beziehungsweise in Slums. Gleichfalls kann er auch in ländlichen Gebieten in Armut leben und Hunger leiden. In den städtischen Armutsvierteln wohnt der arme Mensch, der einem hohen HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt ist, in engen Hütten, in denen eine große Anzahl Menschen in kleinen Räumen wohnen und die hygienischen Bedingungen schlecht sind (2.2.2 sowie 2.2.4). Weil die Menschen in diesen Lebensverhältnissen aufgrund ihrer traditionellen Weltanschauungen und zur eigenen Altersversorgung dazu neigen, viele Kinder zu bekommen, ist das Einkommen zusätzlich geschmälert. Durch sein fehlendes oder geringes Einkommen kann der Problemarchetyp keine Vorsorgeuntersuchen, gesundheitlichen Leistungen bei Krankheiten und keine Versorgung hinsichtlich der reproduktiven Gesundheit in Anspruch nehmen, so dass bei einer Frau die Gefahr der HIV-Mutter-Kind-Transmission höher als bei vergleichbaren Personen ist (vgl. Kapitel 2.1.3).

Der arme Mensch verfügt über eine niedrige formale Bildung oder ist Analphabet. Durch die geringe Bildung ist die Chance auf einen Arbeitsplatz gering, so dass er arbeitslos ist. Demzufolge bietet er sexuelle Dienstleistungen und Geschlechtsverkehr an, um den finanziellen Unterhalt zum Überleben zu erwirtschaften. Dabei hat eine Frau weniger Erwerbsalternativen als ein Mann. Zudem hat der arme Mensch wenige Ressourcen, die er belastenden Lebensverhältnissen entgegenstellen kann. Eine Frau kann sich zum Beispiel mit ihren geringen Ressourcen nicht gegen die Gewalt von Männern wehren. Die geringe Bildung ist wiederum ein Faktor, der spätere Armut begünstigt. Armut verstärkt den Kreislauf aus Verarmung, geringer Bildung, einem mangelnden Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und einem hohen HIV-Infektionsrisiko. Hinzu kommt, dass der arme Mensch aufgrund einer geringen gesundheitlichen Versorgung häufig mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten infiziert ist, die bei fehlender Behandlung das HIV-Risiko erhöhen (vgl. Kapitel 2.2.4).

Wenngleich der in ländlichen Gegenden lebende arme Mensch die biologischen oder medizinischen Faktoren zu HIV/AIDS kennt, wird die Krankheit mit einem religiösen oder magischen Ursprung belegt. Zwar kann der arme Mensch jeder Religion angehören, jedoch ist in den ländlichen Gegenden die Wahrscheinlichkeit höher, dass er an eine Naturreligion glaubt. Folglich bestimmen seiner Vorstellung nach die höheren Mächte das Schicksal sowie das Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Der

Glaube an die Kraft der Witchdoktoren ist vorherrschend. Es ist anzunehmen, dass der arme Mensch bei Krankheitsanzeichen zuerst einen traditionellen Heiler aufsucht, weil er sich eine Behandlung in einem Krankenhaus aus finanzieller Sicht nicht leisten kann und Vorbehalte gegenüber der westlich-naturwissenschaftlichen Medizin hegt.

Die traditionelle Weltanschauung des armen Menschen wird eher dazu führen, dass er keine Kondome benutzt, weil sie in seiner Nutzen-Kosten-Kalkulation keinen Mehrwert darstellen. Für eine Krankheit, die durch höhere Mächte bestimmt wird, kann auch ein Kondom keinen Schutz darstellen. Überdies stellt ein Kondom keinen Nutzen dar, wenn er durch dessen Erwerb, der zukünftige Gesundheit verspricht, heute kein Geld mehr für die Ernährung hat. HIV/AIDS ist in Tansania bei allen Menschen mit Tabus und Stigmatisierung behaftet, die beim armen Menschen noch verstärkt werden, weil seine Aussicht auf Behandlung im Vergleich zu wohlhabenden Menschen geringer ist. So betrachtet er HIV/AIDS eher als ein Todesurteil, missachtet die Gefahren und verhält sich selber risikoreich.

Ein armer Mensch ist vermutlich eher geneigt, die Sexualität als Ware zu betrachten und seine sexuellen Dienstleistungen anzubieten, um damit Geld zu verdienen. Folglich wird der arme Mensch angesichts seiner Lebenssituation sich dem damit verbundenen HIV-Infektionsrisiko aussetzen. Das Leben armer Frauen ist von wirtschaftlichen und sozialen Abhängigkeiten vom Mann und ihrer sozialen Ungleichstellung geprägt. Es herrschen frauendiskriminierende Traditionen vor und Praktiken kommen zur Anwendung, in denen Frauen benachteiligt werden. Diese tragen zur Verstärkung der sozialen Ungleichheit bei.

Da in einer wirtschaftlichen Notsituation die Migration von ländlichen in städtische Gebiete erhöht ist und ein Mann seine Frau und Kinder alleine lässt, um für ein Einkommen zu sorgen, ist eine Frau häufig unmittelbar der Armut ausgesetzt. Sie muss alleine für die Kinder sorgen und ist als verlassene Frau durch die traditionellen, kulturellen Normen und Rituale vulnerabel für eine HIV-Infektion. Ebenfalls kann vermutet werden, dass der arme Mensch, angenommen er ist ein Mann, durch seine Arbeitslosigkeit eher dem Alkoholismus verfällt und Gewalttätigkeit zeigt (vgl. Kapitel 2.3.5).

6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Der in dieser Arbeit durchgeführten Analyse liegt die im vierten Kapitel herausgearbeitete Annahme zugrunde, dass der moderne Sport als ausdifferenziertes Teilsystem in einer modernen Gesellschaft Einfluss auf andere Bereiche der Gesellschaft haben kann (vgl. Kapitel 4.2.5). Durch die institutionelle Absicherung des Sports in vielen Entwicklungsländern ist davon auszugehen, dass sich der Sport im Modernisierungsprozess als ein eigenständiges Funktionssystem ausdifferenziert (vgl. Kapitel 4.1.2).

Der Sport kann in seiner Funktionalität Effekte auf andere gesellschaftliche Bereiche haben und die Modernisierung weiterer gesellschaftlicher Teilsysteme positiv beeinflussen (vgl. Kapitel 2.1.1). Dies begründet die Annahme, dass der Sport zwar einen Einfluss auf die Millenniums-Entwicklungsziele unterentwickelter Gesellschaften nehmen und einen modernisierungstheoretischen Beitrag leisten kann (vgl. Kapitel 4.2). Dieser wurde aber nicht für jedes einzelne Millenniums-Entwicklungsziel geprüft, sondern das Augenmerk auf die Plausibilität des Sports in der HIV/AIDS-Prävention gelegt.

Die Darstellung des HIV/AIDS-Problems in Entwicklungsländern hat die Komplexität und gesellschaftliche Verankerung der Epidemie verdeutlicht (vgl. Kapitel 2.3). Wie bei anderen sozialen Problemen scheint eine grundsätzliche Lösung nahezu unmöglich. Dies konnte insbesondere auch bei den vielfältigen Präventionsstrategien gezeigt werden (vgl. Kapitel 3.2). Sie bilden zwar ein breites Spektrum aller Interventionsformen ab, jedoch offerieren diese keine neuen Erkenntnisse für die Verringerung der HIV-Prävalenz in Entwicklungsländern.

Eine ideale Präventionsstrategie würde die Vermeidung beziehungsweise Lösung des HIV/AIDS-Problems bedeuten. Allerdings scheint keine der diskutierten Präventionsmaßnahmen einen 100-prozentigen vorbeugenden Schutz vor HIV/AIDS zu bieten. Auch die Entdeckung eines Impfstoffes oder die permanente Anwendung eines Kondoms verspricht letztendlich keinen absolut sicheren Schutz.

Vielmehr verspricht eine Kombination verschiedener Methoden der Lösung nahezu kommen, die ein dementsprechendes Verhalten erfordert. Neben dem Kondomgebrauch hat sich in den vorgestellten Präventionsstrategien zum Beispiel

die Reduzierung der Anzahl häufig wechselnder Sexualpartner als erfolgreiche Präventionsmaßnahme herausgestellt. Ebenso scheint sich der Fortschritt in der Behandlung mit verschiedenen hochwirksamen Medikamenten als Prävention der HIV-Übertragung bei schwangeren Frauen oder in Berufen mit einem inhärent hohen HIV-Infektionsrisiko als erfolgreich zu erweisen. Allerdings erfordern medikamentöse Maßnahmen einen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Dieser stellt in Entwicklungsländern einen limitierenden Faktor dar.

Im Rahmen der Erkenntnis, dass die erfolgversprechende Strategie eine Kombination mehrerer Methoden bedeutet, zeigt der Sport spezifische Eigenschaften auf, die ihn für die HIV/AIDS-Prävention plausibel erscheinen lassen und einen Mehrwert offenlegen. Ob ein sportlicher Anlass genutzt wird, zum Beispiel ein Fußballturnier, oder Sport selber aktiv als Medium präventiver Interventionen zur HIV/AIDS-Prävention für sportliche Aktivitäten der Teilnehmer dient, hängt von den verfolgten Zielen und zu erreichenden Zielgruppen der Prävention ab.

Bei Präventionsstrategien, die sich an eine große Zielgruppe richten, und bei Maßnahmen, die Information und Aufklärung in den Vordergrund stellen, eignen sich vorrangig sportliche Großveranstaltungen, bei denen viele Zuschauer anwesend sind. In diesem Rahmen erzielen Botschaften eine hohe Reichweite. Die Einbindung in den sportbezogenen Kontext verstärkt dabei die Wirkung der Botschaft, wenn diese zum Beispiel von den Sportlern selber kommuniziert wird. Über die Identifikationsfunktion des Sports, unter der Einschränkung, dass die Identifikationsprozesse bei Kindern und Jugendlichen in Gang gesetzt werden, erhält die Botschaft eine höhere Glaubwürdigkeit und wird von der Zielgruppe umso eher wahrgenommen. Allerdings wäre es spekulativ, im Weiteren darauf zu schließen, dass mit der Vermittlung der Information auch die Veränderung des Verhaltens verbunden ist. Aufgrund der theoretischen Modelle der Verhaltensänderung ist anzunehmen, dass diese Präventionsmaßnahmen dafür nicht ausreichend sind. Denn neben der Motivation ist die Selbstwirksamkeits-Erwartung der entscheidende Faktor, um eine Verhaltensänderung einzuleiten und durchzuhalten. Schlussfolgernd kann für den Sport festgehalten werden, dass die Erhöhung der Selbstwirksamkeit ein zentraler Bestandteil präventiver Bemühungen im Sport sein sollte.

Es kann resümiert werden, dass diejenigen HIV/AIDS-Präventionsstrategien erfolgreicher sind, die eine Verhaltensveränderung zum Ziel haben. Dies begründet sich darin, dass HIV/AIDS primär durch das sexuelle Verhalten übertragen wird und daher die Ursache für die Verbreitung in den Faktoren zu suchen ist, die für das entsprechende Verhalten verantwortlich sind. Für Maßnahmen zur Veränderung des Verhaltens sind sportliche Aktivitäten geeignet, bei denen die Zielgruppe aufgrund der Eigenschaften des Sports bestimmte Fertigkeiten erlernen und Fähigkeiten trainieren kann.

In der Übertragung der dem Sport zugeschriebenen Funktionen auf Entwicklungsländer kann dieser zur Ausbildung der Persönlichkeitseigenschaften und der Gleichstellung der Geschlechter beitragen, die wesentliche Faktoren in der HIV/AIDS-Prävention sind. Vor diesem Hintergrund sind sportbezogene Maßnahmen aussichtsreich, bei denen die Ausbildung der Selbstwirksamkeit, der Life-Skills und die gleichberechtigte Teilnahme der Geschlechter entscheidend sind (vgl. Kapitel 4.4). Zum Beispiel kann der Sport als eine Maßnahme eingesetzt werden, die aufgrund des Prinzips der Gleichberechtigung und Partizipation die gleichberechtigte Teilnahme von Mädchen und Frauen an sportlichen Aktivitäten ermöglicht. Demgegenüber messen die Sportprojekte dem Sport in der HIV/AIDS-Prävention in Entwicklungsländern gemäß den beschriebenen empirischen Erfahrungen der Akteure weitaus mehr Funktionen bei.

Diese Funktionszuschreibungen beruhen auf den alltagstheoretischen und sportpraktischen Erfahrungen. Dabei können Übereinstimmungen mit den theoretisch begründeten Funktionszuschreibungen hinsichtlich der Persönlichkeitseigenschaften und der Förderung von Frauen beziehungsweise Gleichstellung der Geschlechter festgestellt werden.

Grundsätzlich kann die Wirksamkeit des Sports in der HIV/AIDS-Prävention sicherlich nicht bestritten werden und die Plausibilität des Sports kann dafür entsprechend gekennzeichnet werden. Vor allem geben die empirischen Beispiele der Sportprojekte einen Einblick in die differenzierten Annahmen der Effekte des Sports. Herauszuheben sind im Bereich der Persönlichkeitseigenschaften die Entwicklung der Selbstwirksamkeit, die Aneignung und Schulung von Life-Skills sowie die Änderung der sexuellen Verhaltensweisen, die soziale Inklusion und die Möglichkeiten, die der Sport

für die Peer-Education und das Sammeln von Führungserfahrungen durch das Peer-Leading bietet. Diese scheinen bedeutsame Funktion des Sports zu sein, die entscheidend für den Selbstschutz und Schutz anderer Menschen vor einer HIV-Infektion sind und somit zur Reduzierung der HIV-Prävalenz und zur HIV/AIDS-Prävention beitragen.

In Tansania und in auch anderen Entwicklungsländern ist der Sport ein geeignetes Medium für präventive Interventionen zur HIV/AIDS-Bekämpfung, weil die Bevölkerung in Tansania im Vergleich zu Deutschland sehr jung ist. Aus der Betrachtung des Sportsystems in Tansania lässt sich ableiten, dass mehr junge als alte Menschen an sportbasierten Präventionsangeboten teilnehmen. Der Sport ist in der Prävention für junge Menschen geeignet. Einige Prozesse wie beispielsweise die Identifikation über erfolgreiche Vorbilder können nur in der Sozialisation von Kindern und Jugendlichen in Gang gesetzt werden. Gleichzeitig sind Präventionsmaßnahmen insbesondere für Menschen wirksam, die noch nicht sexuell aktiv sind und sich damit auch noch nicht mit HIV infizieren konnten. Folglich scheint der Sport in Bevölkerungen für die Prävention als Anlass oder Medium geeignet zu sein, in denen wie in der Tansanias der größte Anteil der Menschen sehr jung ist.

Dem Anspruch, eine theoretische Fundierung der Plausibilität des Sports sowie der Bedingungen und Möglichkeiten in der HIV/AIDS-Prävention herzuleiten, wurde zudem mit Interventionen nachgekommen, die durch die Theorien des abweichenden Verhaltens strukturiert werden. Sie legen offen, dass den Missständen, die zur HIV/AIDS-Ausbreitung beitragen, ebenfalls in erster Linie mit pädagogisch-psychologischen, ökologischen und ökonomischen Interventionen begegnet werden kann.

Da im Sport die Persönlichkeitseigenschaften und die Geschlechter-Gleichstellung als Merkmale identifiziert wurden, die sich auf die Missstände in Entwicklungsländern übertragen lassen, können aus Perspektive der dem HIV/AIDS-Phänomen ähnlich erscheinenden sozialen Probleme die pädagogisch-psychologischen Interventionsstrategien auf den Sport angewendet werden (vgl. Kapitel 5.2). Folglich kann der Sport im Rahmen von Interventionsstrategien in der HIV/AIDS-Prävention eine geeignete Methode darstellen, die sich der pädagogisch-psychologischen Maßnahmen bedient.

Diese Schlussfolgerungen verdeutlichen die Komplexität der Zusammenführung der Gegenstandsbereiche Entwicklung, Gesundheit, HIV/AIDS und Sport. Sie zeigen, dass nach wie vor zu wenig über die Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge bekannt ist. So sind die dargestellten Quintessenzen spekulativ. Sie veranschaulichen, dass keine hinreichend theoretisch fundierten Erkenntnisse existieren, um sportbasierte HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen strategisch an der Situation des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit ausrichten zu können.

Dennoch können Empfehlungen aufgrund der theoretischen Grundlagen, der Analyse der Bereiche Entwicklung, Gesundheit, HIV/AIDS, Prävention und Sport sowie der vorgenommenen Auswertung entwickelt werden. Dazu werden im Folgenden in Bereiche unterteilt, die auch für die Problemarchetypen grundlegend sind. Sie bieten damit drei verschiedene Zielgruppen für Interventionsstrategien des Sports in der HIV/AIDS-Prävention ab.

A) Sport in der HIV/AIDS-Prävention bei jungen Frauen in Tansania

Die Analyse des Bereichs Entwicklung und HIV/AIDS hat ergeben, dass die HIV-Vulnerabilität junger Frauen mit den Merkmalen des zuvor beschriebenen Problemarchetyps durch das Bildungsniveau, den Einfluss der traditionellen Paradigmen, die soziale Ungleichstellung, das Sexualverhalten und den Umgang zwischen Frauen und Männern, bei dem Sexualität als Ware oder Dienstleistung betrachtet wird, bestimmt wird (vgl. Kapitel 2.3.6 und 5.4.4).

Es kann geschlussfolgert werden, dass für diesen Problemarchetyp die Präventionsstrategien geeignet erscheinen, die unter den Kategorien Erziehung und Bildung, Aufklärung und Information, HIV-Tests und HIV-Beratung, Kondomgebrauch und auch rechtliche Maßnahmen zusammengefasst werden. Darüber hinaus kann auch die medikamentöse Behandlung bei schwangeren Frauen unter den dargestellten Restriktionen bedeutsam sein, sofern die junge Frau einem hohen Risiko ausgesetzt ist, sich mit HIV bei einem Sexualpartner zu infizieren.

Die Konstruktion des Sports in der HIV/AIDS-Prävention geht idealtypisch betrachtet auf diese Probleme ein beziehungsweise versucht, diese zu lösen, um das Risiko einer HIV-Infektion zu senken. Die Auswertung der theoretischen Funktionen des modernen Sports in Anwendung auf die Missstände, die diesen Problemarchetyp

kennzeichnen, zeigt eine positive Wirkung im Kontext der *Persönlichkeitseigenschaften* und der *Gleichstellung der Geschlechter*. So kann der Sport einen Mehrwert für junge Frauen bieten, indem er zur Bildung von Persönlichkeitseigenschaften führt, die für ihr sexuelles Verhalten entscheidend sind.

Ebenso bieten die Partizipation und die Gleichberechtigung als konstitutive Elemente des Sports in Entwicklungsländern, in denen das Sportsystem noch nicht so weit ausdifferenziert ist, eine Chance für Frauen zur Mitbestimmung im Sport. Allerdings kann von einer Gleichberechtigung und Partizipation von Frauen im Sport und von ihrer personellen Repräsentanz im tansanischen Sportsystem nicht ausgegangen werden.

Wenn gesellschaftliche Teilsysteme voneinander abhängig sind und sich gegenseitig beeinflussen, kann angenommen werden, dass auch das Ausmaß der Gleichberechtigung davon betroffen ist. Es wird die These aufgestellt, dass mit dem Ausdifferenzierungsgrad eines gesellschaftlichen Teilsystems auch die Gleichberechtigung als Merkmal moderner Gesellschaften zunimmt. Da diese Annahme spekulativ ist, wären hierzu weitere wissenschaftliche Untersuchungen notwendig.

Neben den theoretisch fundierten Funktionen des Sports zur HIV/AIDS-Prävention bewerten die sportpraktischen Herleitungen für diesen Problemarchetyp weitere Präventionsmaßnahmen als erfolgreich. Auch in den Sportprojekten wird dem Sport die Rolle eines grundlegenden Instruments zur Förderung der Gleichberechtigung zugewiesen, welche gleiche Teilnahmekancen in der Partizipation von Mädchen und Jungen ermöglicht. Dies wird insbesondere als bedeutsam für die HIV/AIDS-Prävention betrachtet, weil Mädchen und Frauen im Sport eine andere Verteilung der Geschlechterrollen und sich als gleichwertig gegenüber dem männlichen Geschlecht erleben können.

Durch den Sport werden Selbstachtung und Selbstwirksamkeit gesteigert, die eine grundlegende Voraussetzung für eine Veränderung des sexuellen Verhaltens darstellen. Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit scheint angesichts der theoretischen Fundierung mittels der Modelle der Gesundheitspsychologie der Bereich zu sein, der einen wissenschaftlichen Ansatz zur Erklärung der Effekte des Sports in der HIV/AIDS-Prävention verspricht.

Da die erwähnten Studien dazu jedoch keine empirischen Belege über die Wirkung des Sports zur Steigerung der Selbstwirksamkeit nahelegen, sind weitere wissenschaftliche Untersuchungen notwendig. Diese sollten zum einen den Zusammenhang ergründen, wie der Sport zur Steigerung der Selbstwirksamkeit beiträgt und welche Mechanismen dafür verantwortlich sind. Zum anderen gingen aus den bisherigen Erkenntnissen keine wissenschaftlichen Belege hervor, wie die mittels Sport erhöhte Selbstwirksamkeit vorbeugend gegenüber einer HIV-Infektion wirkt.

Die grundlegende Voraussetzung des Sports als Konstrukt in der HIV/AIDS-Prävention für junge Frauen ist, dass diese überhaupt eine Möglichkeit haben, Sport zu treiben. Die Sportangebote sollten für Frauen zugänglich, bezahlbar und machbar sein. Denn Frauen nehmen vermutlich nur an präventiven Interventionen im Sport teil, wenn diese über den Schulsport angeboten werden oder informelle Angebote mit bestimmten Anreizen verbunden sind. Diese können intrinsisch sein. Dann sollte der Sport einen bestimmten Mehrwert für ihre persönliche Entwicklung oder ihre Motivation bieten. Allerdings ist über die Motive des Sporttreibens von jungen Frauen in Entwicklungsländern wenig bekannt, so dass hierzu weiterführende Untersuchungen nötig wären.

Extrinsische Anreize könnten im Sport über gesellschaftliche Normen und Werte geschaffen werden. Hierfür ist es aber erforderlich, dass der Sport als kulturelle Freizeitbeschäftigung zugänglich ist. Hinsichtlich des Sportsystems in Tansania scheint der Sport jedoch eine Aktivität der Männer zu sein. Besonders Frauen in Tansania haben wenig Aussicht darauf, als Berufssportler für ein finanzielles Einkommen zu sorgen. Entsprechend fehlt der extrinsisch motivierte Anreiz. Schlussfolgernd kann der Sport hinsichtlich dieses Problemarchetyps unter bestimmten Bedingungen als plausible Maßnahme in der HIV/AIDS-Prävention gelten, die nachfolgend zusammengefasst werden:

- Unterscheidung des Sports als HIV/AIDS-Präventionsmaßnahme im Rahmen des Schulsports oder als informelles Angebot, das in außerschulischen Strukturen im Rahmen des organisierten Sportsystems für präventive Interventionen genutzt wird.
- Mädchen und Frauen ist der Zugang zu sportlichen Angeboten zu ermöglichen, der eine Unterstützung der Sportsystems in Tansania erfordert.

- Religion und damit verbundene Traditionen sind zu berücksichtigen, so dass Sportangebote zur HIV/AIDS-Prävention für muslimische Mädchen vermutlich wenig Zuspruch erfahren.
- Der Sport ist als Freizeitaktivität für Mädchen und Frauen zu etablieren, da die Teilnahmeschwelle ansonsten zu hoch ist. Andernfalls sind Theaterspiel oder Musik einfach zugänglichere Aktivitäten, die keine Sportgeräte, Turnhallen oder besondere Sportkleidung benötigen.
- Sport wird umso eher als HIV/AIDS-Präventionsmaßnahme in Betracht gezogen, je mehr die Möglichkeiten des Sporttreibens kulturell verankert und so weit ausdifferenziert sind, dass sie die spezifischen Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen wie Mädchen und Frauen abdecken. Die Voraussetzung dafür ist die funktionelle Ausdifferenzierung des Sports, die über das traditionelle Sportmodell hinausgeht.
- Der Sport erscheint in der HIV/AIDS-Prävention dann erfolgreich, wenn er als integriertes Instrument in der HIV-Prävention entlang der Wertschöpfungskette eingesetzt wird. Folglich sollte dieser in Kombination mit anderen HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen eingesetzt werden, weil sich keine der vielfältigen Strategien bisher für sich genommen als erfolgreich erwiesen hat. Zum Beispiel ist die Ausbildung der Persönlichkeitseigenschaften im Sport mit der Vermittlung medizinischer Fakten über HIV/AIDS, Behandlungsmöglichkeiten und der reproduktiven Gesundheit zu kombinieren.
- Sport kann ein Ort sein, in dem offen über Sexualität, HIV/AIDS und damit verbundene tabuisierte Themen gesprochen werden kann, wenn die Trainer, Coaches und Lehrer dafür entsprechend ausgebildet sind und über die erforderlichen Fähigkeiten wie Selbstreflexion verfügen.

B) Sport in der HIV/AIDS-Prävention bei jungen Männern

Den Problemarchetyp des jungen Mannes im Alter zwischen 15 und 24 Jahren kennzeichnen schlechte wirtschaftliche Verhältnisse, eine geringe Bildung und eine dadurch bedingte Migration von ländlichen in städtische Gebiete, um dort Arbeit zu finden. Diese Lebenswirklichkeit nimmt Einfluss auf sein Sexualverhalten. Vermutlich hat der junge Mann ein Rollenverständnis von Frauen und Männern, das sich durch seine soziale Mobilität und die damit verbundenen neuen Erfahrungen im Gegensatz zu dem traditionellen, ländlichen Verständnis gewandelt hat.

Der junge Mann wird vermutlich nicht allzu große Präventionsbemühungen anstreben, da er in den ersten Jahrzehnten der HIV/AIDS-Epidemie nicht als Verantwortlicher für die HIV-Übertragung betrachtet wurde. Präventionsmaßnahmen hatten vorrangig Frauen als Zielgruppe, die zum Beispiel bei Tests im Rahmen schwangerschaftsbedingter Klinikaufenthalte angesprochen wurden (vgl. Kapitel 2.2.4).

Die einfachste Präventionsstrategie wäre hinsichtlich des Sexualverhaltens des jungen Mannes der Kondomgebrauch, den er aber möglicherweise aufgrund seiner ihn prägenden religiösen und traditionellen Weltanschauung ablehnt. Ebenfalls kann sein Verhalten das Ergebnis einer Kosten-Nutzen-Abwägung sein, die den Nutzen des Kondomgebrauchs geringer als die Kosten erscheinen lässt. Allerdings sind nicht nur rationale Entscheidungen für die Risikowahrnehmung und darauf aufbauende vorbeugende Intentionbildung verantwortlich. Der Grad der Ausprägung der Selbstwirksamkeits-Erwartung zur Umsetzung präventiver Maßnahmen nimmt entscheidenden Einfluss. Ebenso scheinen dem rationalen Entscheidungsprozess umweltbedingte Einflüsse von Peer-Groups, der Familie und kulturelle Prägungen durch Tradition und Glaube überlegen zu sein.

Es kann geschlussfolgert werden, dass für den jungen Mann die Erziehung und Bildung, HIV-Tests und HIV-Beratung, Aufklärung und Information sowie rechtliche Maßnahmen geeignete Präventionsstrategien darstellen. Erzieherische und bildungsbezogene Strategien sind für den jungen Mann nur bedingt angemessen. So werden Maßnahmen im schulischen Kontext nur erfolgreich sein, wenn er noch eine Schule besucht. Andernfalls bestehen die Herausforderungen dieser Strategie darin, den jungen Mann auch über informelle Angebote außerhalb der Schule zu erreichen. Da sich dieser Problemarchetyp durch ein geringes Bildungsniveau kennzeichnet, wird die Selektivität der Zielgruppe von HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen deutlich.

Dieses Problem kann anhand von Beobachtungen aus einem Forschungsaufenthalt in Tansania in Dar es Salaam im Jahr 2008 erklärt werden. Dabei wurden bei einem Langzeitprojekt des Deutschen Olympischen Sportbundes, das durch das Auswärtige Amt im Rahmen der internationalen Sportförderung finanziert wurde, HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen vom Ministry of Education and Vocational Training durchgeführt. Das Langzeitprojekt hatte das Ziel, Schüler einer Secondary School (nur männliche Schüler) als Leichtathletik-Trainer für jüngere Schüler der Schule auszubilden.

Die Präventionsmaßnahmen umfasste im Wesentlichen die Aufklärung, Information und Wissensvermittlung. Ebenso wurden interaktive Methoden wie Rollenspiele eingesetzt. Der Sport wurde dabei als Anlass genutzt, es wurden aber keine direkten sportbezogenen HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen umgesetzt. Die Zielgruppe des Lehrgangs, die im Wesentlichen Jungen zwischen 14 und 22 Jahren umfasste, gehörte jedoch nicht zu den Gruppen, die ein erhöhtes Risiko für eine HIV-Infektion aufwiesen. Denn die Teilnehmer verfügten über einen hohen Bildungsgrad, lebten in guten wirtschaftlichen Verhältnissen und wohnten auch nicht in Gegenden, in denen die Lebensbedingungen durch mangelnden Zugang zur gesundheitlichen Versorgung oder enge Wohnverhältnissen geprägt waren.

Demgegenüber ist es jedoch viel schwerer, mit präventiven Maßnahmen insbesondere den Problemarchetyp zu erreichen, der ein hohes HIV-Infektionsrisiko aufweist, weil dieser nicht über institutionelle Strukturen wie Schulen, Vereine oder Jugendclubs zu erreichen ist. Zugleich hat sich auch in der Secondary School im Rahmen von zusätzlichen Einheiten zur Befragung von Schülern gezeigt, dass sich immer nur bestimmte Schüler an den Angeboten beteiligten. Obgleich nur halb freiwillig, weil der Schuldirektor die Schüler aufgefordert hatte, an der Befragung teilzunehmen.

Deshalb sollte das Ziel von Präventionsmaßnahmen im Sport sein, den hier beschriebenen Problemarchetyp zu erreichen. Die präventiven Interventionen sollten einsetzen, bevor der junge Mann sexuell aktiv wird. Dafür wird das 15. Lebensjahr als Altersgrenze benannt. Der Sport kann ein adäquater Kontext für Präventionsmaßnahmen sein, weil er auch außerhalb der Schule in Gemeinden, Jugendgruppen oder Dorfgemeinschaften durchgeführt werden kann. Sport ist nicht auf die schulische Infrastruktur angewiesen. Denn auch in Tansania ist von einem System des organisierten Sports auszugehen, das im außerschulischen Kontext über eigene Organisationsstrukturen verfügt.

Der Sport ist für einen jungen Mann im Alter zwischen 15 und 24 Jahren eine geeignete HIV/AIDS-Präventionsmaßnahme, wenn er außerhalb der schulischen und formalen Bildung eingesetzt werden kann. Bei diesem Problemarchetyp kann der Sport in seiner Funktionalisierung als Instrument der Gleichheit und Partizipation vor dem Hintergrund erfolgreich erscheinen, wenn der junge Mann homosexuelle Geschlechtskontakte hat. Homosexuelle Menschen werden in Tansania auch angesichts

der traditionellen, religiösen und magischen Lebensvorstellungen diskriminiert, stigmatisiert und tabuisiert. Im Sport könnte durch die gleichberechtigte Teilnahme von hetero- und homosexuellen Menschen die Chance bestehen, Vorurteile gegenüber Homosexualität abzubauen, weil alle Teilnehmer im Sport als gleichwertig wahrgenommen werden.

Die grundlegende Funktionszuschreibung an den Sport in der HIV/AIDS-Prävention liegt für diesen Problemarchetypen in der Entwicklung und Ausbildung der Persönlichkeitseigenschaften. Die im Sport erlernten Eigenschaften lassen sich dabei auf andere Lebensbereiche übertragen. Insbesondere die Leistungsorientierung, prosoziale Verhaltensweisen und die Fähigkeit, Probleme zu lösen, gelten als Werte westlicher Industrieländer, die für das sexuelle Verhalten oder die Chancen, eine Arbeit zu finden, entscheidend sein können. Wenngleich die Integrationsfunktion als Funktionszuschreibung an den Sport nicht als relevantes Instrument in der HIV/AIDS-Prävention betrachtet wurde, ist sie bei dem jungen Mann vermutlich bedeutsam.

Dies begründet sich darin, dass in Tansania noch eher Männer als Frauen Fans von Sportarten wie Fußball sind, die eine so hohe Popularität und massenmediale Unterstützung erreichen, dass sie diese Faktoren ausüben können. Doch Nation-Building-Prozesse können als chauvinistische Darstellungsform auch negative Auswirkungen auf die Integration von Minoritäten im Sport ausüben und Entwicklungsprozesse behindern. In der Konsequenz könnte der Sport in seiner Integrationsfunktion hinsichtlich seiner positiven Effekte für präventive HIV/AIDS-Maßnahmen bezweifelt werden.

Ebenso erscheint die Idolbildung bei einem jungen Mann über einen tansanischen oder internationalen Fußballspieler wichtig zu sein. Hingegen ist diese bei Frauen auf der Ebene nationaler Sportler weniger relevant, weil diese nur wenige weibliche Vorbilder im tansanischen Sport haben. Allerdings hat der Identifikationsprozess keine offensichtlich positive Wirkung auf die HIV-Prävention, weil die Funktion der Identifikation von einer Vielzahl von Faktoren, wie zum Beispiel die massenmediale Unterstützung, abhängt. Eine präventive Wirkung dieser Funktion kann eher vermutet werden, wenn das nachzuahmende Idol präventive Botschaften vermittelt oder vielleicht selber HIV/AIDS-Präventionsprojekte unterstützt. Folglich sind auch die Persönlichkeitseigenschaften des Idols von Relevanz. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass der Sport in seiner Idolfunktion in der HIV/AIDS-Prävention und der

Veränderung des sexuellen Verhaltens als allgemeine Aussage eher neutral zu bewerten ist, weil die zu berücksichtigenden Faktoren im konkreten Fall einer differenzierten Analyse bedürften.

Demgegenüber kann davon ausgegangen werden, dass der junge Mann von den im Sportunterricht erlernten Fertigkeiten hinsichtlich seiner Chancen im Berufsleben und seines Sexualverhaltens profitiert. Entsprechend kann die Funktion des Sports als praxisorientierte Bildung zur Schulung von Life-Skills auf das Verhalten wirken. Auf diese Weise kann der Sport als geeignetes Instrument in der HIV/AIDS-Prävention bewertet werden. Aus diesen Schlussfolgerungen ergeben sich wesentliche Bedingungen für den Sport in der HIV/AIDS-Prävention, die das Konstrukt des Sports für diesen Problemarchetyp kennzeichnen. Die nachfolgenden Thesen fassen die Bedingungen und Möglichkeiten zusammen:

- Um den Sport als Präventionsmaßnahme für junge Männer einzusetzen, sind Anreize zu schaffen, sich dem Thema HIV/AIDS zu widmen, weil die Meinung vorherrschen könnte, dass dies Frauen und ihre reproduktive Gesundheit betrifft.
- Sport ist dann ein geeignetes Instrument, wenn er intrinsisch und extrinsisch Anreize zur HIV/AIDS-Prävention schafft, um die Motivation zur Verhaltensänderung und zum Beispiel zum Kondomgebrauch zu erhöhen.
- Sport nimmt eine entscheidende Funktion der Ausbildung von Persönlichkeitseigenschaften und Life-Skills ein, die dieser Problemarchetyp benötigt, um auf die wirtschaftlichen Verhältnisse einzuwirken, die seine HIV-Vulnerabilität erhöhen.
- Männer haben vermutlich ein höheres Schamgefühl als Frauen, über tabuisierte Themen wie Sexualität und HIV/AIDS zu sprechen, so dass Trainer und Coaches im Sport entsprechend qualifiziert sein sollten, um mit diesen Ängsten und Barrieren umgehen zu können.
- Für die Durchsetzung der Gleichberechtigung und Partizipation als entscheidende Funktionen des Sports in der HIV/AIDS-Prävention ist der Einbezug des jungen Mannes bedeutsam. Regelmäßiges Training und Festigung der erlernten Fertigkeiten im Sport nehmen dabei eine tragende Rolle bei der Schulung der Verhaltensveränderung ein.

C) Sport in der HIV/AIDS-Prävention bei armen Menschen

Sport kann positive Effekte auf die Entwicklung von Gesellschaften haben, weil die Merkmale des modernen Sports spezifische Eigenschaften umfassen, durch welche der Sport die allgemeine Modernisierung einer Gesellschaft vorantreiben kann. Folglich kann der moderne Sport im Rahmen seiner möglichen Übertragungsfunktion auch ein idealer Beitrag für die Entwicklung von unterentwickelten Gesellschaften in Entwicklungsländern sein. Denn die Merkmale des modernen Sports wie die Leistungsorientierung, Konkurrenz oder Rationalität verkörpern die Werte moderner Gesellschaften. Diese haben sich im Zuge des Wertewandels der nachindustriellen Gesellschaft von Pflicht- und Akzeptanzwerten zu Werten hin verändert, die durch Leistungsstreben oder Individualisierung bestimmt werden.

Angesichts dieser Werte, die im Sport vermittelt werden, kann dieser zwar nicht in direkter Weise auf mikro- oder makroökonomische Verhältnisse einwirken. Doch wirkt der Sport auf die Persönlichkeitseigenschaften und Life-Skills, die in modernen Wirtschaftssystemen grundlegende Qualifikationen bedeuten. Daher kann angenommen werden, dass die Funktionalisierung des Sports unter diesen Bedingungen für ökonomische Effekte zutreffend ist.

Auf der mikroökonomischen Ebene prägen den Problemarchetypen des armen Menschen jedoch die wirtschaftlich schlechten Verhältnisse, die ihn zu einer Kosten-Nutzen-Abwägung hinsichtlich seiner präventiven Bemühungen veranlassen. Dieses Verhalten kann mit dem Rational-Choice-Modell erklärt werden, dass auf den ersten Blick ökonomische Interventionen nahelegt, bei denen Sport, wie beschrieben, keine direkten Präventionsmaßnahmen bietet, sondern nur über die Persönlichkeitseigenschaften intervenieren kann. Allerdings begründet das Rational-Choice-Modell auch pädagogisch-psychologische Interventionsstrategien, die sich um den Nutzen nicht-monetärer Vorteile und individueller Kalkulationen bemühen.

Der Sport kann dafür eine Methode sein, das Verhalten durch pädagogisch-psychologischen Maßnahmen zu beeinflussen. Dabei wird eine Veränderung des sexuellen Verhaltens angestrebt oder die Umweltbedingungen durch Beeinflussung des Kontexts verändert. Ferner können für diese Zielgruppe auch punitive Strategien zur HIV/AIDS-Prävention herangezogen werden. Zum Beispiel übersteigen die erwarteten Kosten durch die drohenden Sanktionsmaßnahmen für das Unterlassen des Kondomgebrauchs den Nutzen des eingesparten Geldes oder der Änderung der

durch Vorbehalte geprägten Verhaltensweise. Dieses wäre jedoch gerade bei diesem Problemarchetyp, der den erwarteten Nutzen der HIV/AIDS-Prävention sowieso schon als gering einschätzt, sicherlich keine erfolgversprechende Präventionsstrategie.

Auf Grundlage der skizzierten Theorie, nach der dem modernen Sport insbesondere das sozialisierende Potential inhärent ist, welches er jedoch vermutlich erst in einem modern entwickelten Sportsystem hervorbringen kann, kann von folgender These ausgegangen werden. Sie greift die zuvor dargestellten Schlussfolgerungen auf und konstatiert, dass der Sport einen umso höheren Effekt in der HIV/AIDS-Prävention erzielen kann, je ausdifferenzierter sein System ist.

Denn mit der funktionalen Ausdifferenzierung des Sports geht der Versportlichungsprozess der Gesellschaft einher, in welchem der Sport mit immer mehr Funktionen beauftragt wird. Gleichzeitig vermag er diese aber auch besser zu lösen, wenn dafür im Sport selber wiederum eigenständige Teilsystem ausdifferenziert werden, wie es zum Beispiel im Modell des Instrumentellen Sports zu erkennen ist.

Schlussfolgernd kann aus diesen drei Bereichen resümiert werden, dass die Ergebnisse dieser Arbeit die theoretische Diskussion über die Potentiale des Sports in der Entwicklungszusammenarbeit aufzeigen und die Plausibilität des Sports in der HIV/AIDS-Prävention theoretisch begründet. Die Zusammenstellung der Empfehlungen bietet keine vollständige Aufzählung aller zu berücksichtigenden Bedingungen und Möglichkeiten hinsichtlich des Sports in der HIV/AIDS-Prävention. Folglich sind differenzierte, weiterführende Maßnahmen notwendig, die weitere wissenschaftliche Untersuchungen zu folgenden Problemen erfordern.

Wenngleich der Sport den Anspruch hat, die soziale Stellung der Frauen und die Geschlechter-Ungleichheiten zu verändern, die als grundlegende Faktoren für die HIV/AIDS-Prävention betrachtet werden, liegen die Ursachen jedoch nicht im Sport. Denn die soziale Stellung der Frauen scheint eher in den traditionellen Kulturen und dem religiösen Glauben verankert zu sein. So sind die Rollenverteilung und die Geschlechterbeziehungen zwischen Frauen und Männern durch soziale Institutionen wie Familie, Kirche, Erziehung und Peer-Groups gefestigt. Folglich wird dem Sport

eine Funktionalität zugesprochen, die sein eigentliches, funktionelles Primat überschreitet.

Allerdings zeigen die Sportprojekte in der HIV/AIDS-Prävention, dass es durchaus anzuerkennen ist, dass der Sport als möglicher Katalysator von Entwicklungsprozessen auch einen Beitrag zur Entwicklung von Gesellschaften und zur Beseitigung von Missständen, die Ursache für die HIV/AIDS-Epidemie sind, leisten kann. Entsprechend sind in einer weiterführenden wissenschaftlichen Untersuchung die Mechanismen zu beleuchten, die für einen gesellschaftlichen Wandel ursächlich sind, der zu einer Gleichstellung der Geschlechter führt. Es ist die Funktion zu betrachten, die der Sport in diesem Prozess einnehmen kann.

Den Sport als Maßnahmen in der HIV/AIDS-Prävention einzusetzen, erfordert überdies Erkenntnisse über die Motivationslagen des Sporttreibens, über die in Tansania wenig bekannt ist. Es wird die These vertreten, dass die Motive des Sporttreibens sich am Leistungsdenken international erfolgreicher Sportler ausrichten, die damit als Profisportler Geld verdienen.

Vor dem Hintergrund dieser Motivationslage des Sporttreibens scheint die Steuerung der Rezeption von Botschaften zur HIV/AIDS-Prävention erschwert zu werden. Die Kinder und Jugendlichen eifern in erster Linie ihren Idolen nach und wollen erfolgreiche Sportler werden, anstatt sich mit Themen wie HIV/AIDS zu befassen, die eher mit Armut und Tabus belegt sind. In diesem Kontext ist der Sport als Instrument für die Prävention aussichtsreicher, wenn sich die sportlichen Vorbilder für die HIV/AIDS-Prävention einsetzen. Ansonsten würde ein jugendlicher Sportler sich vielleicht nicht mit dem Thema befassen wollen.

Folglich sind differenzierte und weiterführende Untersuchungen über die Motive des Sporttreibens notwendig, um zielgruppenspezifisch auf die Bedürfnisse der Teilnehmer eingehen zu können.

Literaturverzeichnis

- AA (2010, 19. Februar). *Auswärtiges Amt – Internationale Sportförderung*. Zugriff am 25. April 2010 unter Stand <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Aussenpolitik/KulturDialog/SchulenJugendSport/Sportfoerderung.html>.
- ACTSA (2009, 10. September). *Action for Southern Africa. Peace, Justice, Solidarity - Country Profile: Tanzania. 231 Vauxhall Bridge Road London SW1V 1EH* [Elektronische Version].
- Ackson, T. (2008). Invalidenleistungen und Beschäftigte mit HIV/Aids: Fragen und Probleme bei der Deckung in der Vereinigten Republik Tansania, Tansania Universität Daressalam. *Internationale Revue für Soziale Sicherheit*, 61 (4), p. 79-100.
- Annan, K. (2002). In Africa, AIDS has an woman's face. *New York Times. International Herald Tribune, Saturday 29 December 2002*.
- Atteslander, P. (1971). *Methoden der empirischen Sozialforschung. Sammlung Göschchen*. Berlin, New York: Walter de Gruyter & Co.
- Autexier, C. J. (2000). Von der Rechtsvergleichung zum rechtskulturellen Vergleich. In: P. V. Zima (Hrsg.), *Vergleichende Wissenschaften, Interdisziplinarität und Interkulturalität in den Komparatistiken*. Tübingen: Narr.
- Bandura, A. (Eds.) (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. S. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Baxen, J. & Breidlid, A. (Eds.) (2009). *HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. Understanding the implications of Culture & Content*. Tokyo, New York, Paris: United Nations University Press.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2004). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Frankfurt am Main: Fischer.

- Bette, K.-H. & Schimank, U. (1995). Doping im Hochleistungssport. *edition suhrkamp Neue Folge Band 957* (Erste Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- BMI & DGVN (2005). Bundesministerium des Innern & Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen Landesverband Berlin-Brandenburg e.V. - *Das UN-Jahr des Sports und der Leibeserziehung 2005*. Zugriff am 28. April 2010 unter [http://uno-jahrdessports.de/Das_UN-Jahr_des_Sports_und_die.9.0.html#Die zentrale Bedeutung des Fair Play](http://uno-jahrdessports.de/Das_UN-Jahr_des_Sports_und_die.9.0.html#Die_zentrale_Bedeutung_des_Fair_Play).
- BMZ (Hrsg.) (2007). Bundesministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit - *BMZ Materialien 177: Gesundheit fördern - HIV/AIDS bekämpfen*. Berlin: o. V.
- BMZ (2009, 23. Oktober). *Bundesministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit - Entwicklungsland*. Zugriff am 06. Februar 2010 unter <http://www.bmz.de/de/service/glossar/entwicklungsland.html>.
- BMZ (2011a, 14. Februar). *Bundesministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit - Millenniumsziele*. Zugriff am 17. Mai 2011 unter http://www.bmz.de/de/-was_wir_machen/ziele/hintergrund/ziele/millenniumsziele/-zielvorgaben/index.html.
- BMZ (2011b, 10. November). *Bundesministeriums für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit - Die Geschichte des BMZ*. Zugriff am 26. Januar 2012 unter <http://www.bmz.de/de/ministerium/50JahreBMZ/geschichte/index.html#t2>.
- Bosmans, M. (2006). The potentials of sport as a tool for a rights-based approach to HIV/AIDS, o. S. Ghent University. In: Y. vanden Auweele, C. Malcolm & B. Mulders (Eds). *Sport and development*. o. O.: o. V.
- Bouchard, C. & Shephard, R. J. (1994). Physical activity, fitness and health: The model and key concepts. In: C. Bouchard & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement*, p. 77-88. Champaign: Human Kinetics.

- Bpb (2006). *Bundeszentrale für politische Bildung - Global Health Governance (GHG)*. Zugriff am 11. Dezember 2009 unter [http://www1.bpb.de/wissen/2P6QV9,0,0,# Bpb, 2009#Global Health Governance](http://www1.bpb.de/wissen/2P6QV9,0,0,#Bpb,2009#GlobalHealthGovernance).
- Brockhaus (Hrsg.) (2005a). *Brockhaus Enzyklopädie in 30 Bänden, Band 2 ANAU-AUSV. Stichwort: Ätiopathogenese* (21., völlig neu bearbeitete Auflage). Leipzig, Mannheim: F. A. Brockhaus.
- BZgA (2007). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Welt-Aids-Tag 2007. *Informationen der BZgA. Medien-Service 26 November 2007*. Zugriff am 10. März 2010 unter <http://www.gib-aids-keine-chance.de/themen/fakten/25jahre.php?sid=559dabfed167a1412b976974161a2b47.pdf>
- BZgA (2011). *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - Behandlung von HIV und Aids* [Elektronische Version].
- Cachay, K. & Thiel, A. (2000): *Soziologie des Sports: zur Ausdifferenzierung und Entwicklungsdynamik des Sports der modernen Gesellschaft*. Weinheim: Juventa.
- Cairns, G. (2006). *New directions in HIV prevention: circumcision and PREP*. Zugriff am 23. Februar 2011. <http://www.aidsmap.com/New-directions-in-HIV-prevention-circumcision-and-PREP/page/1423241/>.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. London, New York: Castel.
- CIA (2010, 29. Dezember). *Central Intelligence Agency - The online Factbook. Germany, People*. Washington, D.C. Zugriff am 03. Januar 2011 unter https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gm.html#germany_people.
- CIA (2011a, 23. März). *Central Intelligence Agency - The online Factbook. Tanzania, People*. Washington, D.C. Zugriff am 28. März 2011 unter https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz-.html#-tanzania_~people.

CIA (2011b, 12. Mai). *Central Intelligence Agency - The online Factbook. World*. Washington, D.C. Zugriff am 16. Mai 2011 unter <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/xx.html>.

Coalter, F. & Taylor, J. (2010). *Sport for development impact study. A research initiative funded by Comic Relief and UK Sport and managed by International Development through Sport*. Stirling, UK: University of Stirling, Department of Sport Studies.

Collier, P. (2007). *The Bottom Billion. Why the Poorest Countries Are Failing and What Can Be Done About It*. Oxford: University Press.

Collin, F. (2008). *Konstruktivismus für Einsteiger*. Paderborn: UTB.

Council of Europe (Hrsg.) (2001): *Recommendation No. R (92) 13 REV of the Committee of Ministers to Member States on the revised European Sports Charter*. Strasbourg: Council of Europe.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, v. B. (Hrsg.) (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4*. [Elektronische Version]. Kopenhagen, Dänemark: World Health Organisation Publications.

DAH (2011a). *Deutsche AIDS-Hilfe e.V. - Forschung*. Zugriff am 23. Februar 2011 unter <http://www.aidshilfe.de/de/sich-schuetzen/hiv/aids/forschung?page=3#Impfung>.

DAH (2011b). *Deutsche AIDS-Hilfe e.V. – Recht*. Zugriff am 23. März 2011 unter <http://www.aidshilfe.de/de/leben-mit-hiv/recht>.

DCMS & DfID (2006). *UK department for Culture, Media and Sport & UK Department for International Development – Tackling AIDS through Sport, UK Government Discussion Paper*. August 2006. o. O.: o. V.

- Darai, G., Handermann, M., Sonntag, H. - G., Tidona, C. & Zöllner, L. (Hrsg.) (2009). *Lexikon der Infektionskrankheiten des Menschen: Erreger, Symptome, Diagnose, Therapie, Prophylaxe* (3. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Delva, W. & Temmerman, M. (2006). Determinants of the effectiveness of HIV prevention through sport, o. S. In: Y. vanden Auweele, C. Malcolm & B. Mulders (Eds). *Sport and development*. o. O.: o. V.
- Deutscher Bundestag (2006, 04. Dezember). *Deutscher Bundestag - 16. Wahlperiode: 11. Sportbericht der Bundesregierung, Unterrichtung durch die Bundesregierung*. Drucksache 16/3750. Deutscher Bundestag.
- Deutscher Bundestag (2010, 03. September). *Deutscher Bundestag - 17. Wahlperiode: 12. Sportbericht der Bundesregierung, Unterrichtung durch die Bundesregierung*. Drucksache 17/2880. Deutscher Bundestag.
- DEZA (2005): *Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit - Sport für Entwicklung und Frieden*. Zürich, Bern: Waldburger Consulting.
- Digel, H. (o. D.). *International Amateur Athletic Amateur Federation - IAAF Entwicklungszusammenarbeit, Konzeption – Strategie - Methode*. IAAF Development Department.
- Digel, H. (1985): *Ist Sportförderung in der Dritten Welt Entwicklungshilfe?* In: *Sportwissenschaft*, 15 (1985), 245-266.
- Digel, H. (1986). Über den Wandel der Werte in Gesellschaft, Freizeit und Sport. In: K. Heinemann & H. Becker (Hrsg.), *Die Zukunft des Sports - Materialien zum Kongress „Menschen im Sport 2000“*. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- Digel, H. (1993). Der Sport als Instrument der Modernisierung. In: Österreichische Sportwissenschaftliche Gesellschaft (Hrsg.). *Spectrum der Sportwissenschaft* 1, S. 56-67. Wien: Wissenschaftliche Gesellschaft für Leibeserziehung und Sport in Wien.

- Digel, H. (1995). Sport in a Changing Society: Sociological Essays. In: ICSSPE (Ed.) (1995), *International Council of Sport Science and Physical Education - Sport Science Studies (1. Edition) Volume 7*.
- Digel, H. (Hrsg.) (1997). *Probleme und Perspektiven der Sportentwicklung: dargestellt am Beispiel Leichtathletik, Edition Sport & Wissenschaft, Band 23*. Aachen: Meyer und Meyer.
- Digel, H. (2008). *Quergedacht: Essays zum Sport*. Schorndorf: Hoffmann.
- Digel, H. (1989). *Sport in der Entwicklungszusammenarbeit. Forschungsberichte des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit. Band 96*. Darmstadt: Weltforum Verlag.
- Digel, H. & Burk, V. (2001). Sport und Medien – Entwicklungstendenzen und Probleme einer lukrativen Beziehung. In: G. Roters, W. Klingler & M. Gerhards (Hrsg.), *Sport und Sportrezeption (Schriftenreihe Forum Medienrezeption, Band 5, S. 15-33)*. Baden-Baden: Nomos.
- Digel, H., Burk, V. & Fahrner, M. (2005). Organisation des Hochleistungssports – ein Systemvergleich zwischen den erfolgreichsten Sportnationen bei den Olympischen Sommerspielen in Atlanta 1996. In: Bundesinstitut für Sportwissenschaft Bundesinstitut für Sportwissenschaft (Hrsg.), *Bisp-Jahrbuch – Forschungsförderung 2005/06, S. 231-236*. Rheinbreitbach: Medienhaus Plump.
- Digel, H. (2004, 23. April). Sportentwicklung in Deutschland - Möglichkeiten und Grenzen des Hochschulsports. *Vortrag beim Allgemeinen Deutschen Hochschulverband (adh)* [Elektronische Version]. Universität Tübingen: Institut für Sportwissenschaft.
- Dollinger, B. & Raithel, J. (2006). *Einführung in die Theorien des abweichenden Verhaltens. Perspektiven, Erklärungen und Interventionen*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Donnorummo, B. (2000). The emerging markets and then process of globalization. In: M. S. McMullen, J. E. Mauch & R. P. Donnorummo (Eds.). *The emerging markets and higher education: development and sustainability*. New York: Routledge Falmer.

- DOSB (2006, Mai). *Information zum Fusionsprozess*. Zugriff am 13. Januar 2010 unter http://www.dosb.de/de/start/details/news/dosb_gruendung_mit_feierstunde_in_der_paulskirche_besiegelt/html.
- Drewnowski, J. (1977). Poverty: its meaning and measurement. In: *Development and Change*, Published on behalf of the International Institute of Social Studies, *The Hague*, 8 (2), pp. 183-208.
- Durkheim, E. (1972). *Selected Writings - Edited with an introduction by Anthony Giddens*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Durth, R. Körner, H. & Michaelowa, K. (2002). *Neue Entwicklungsökonomik. UTB für Wissenschaft: Uni Taschenbücher; 2306. Grundwissen der Ökonomik: Betriebswirtschaftslehre*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Eberspächer, H. & Egger, K. (1978). *Orientierungs- und Entscheidungshilfen für die Sportförderung in Entwicklungsländern*. Heidelberg: Masch.-Man.
- ESART (2008). *EduSector AIDS Response Trust with RAISON Namibia and TAMASHA Tanzania - Supporting the educational needs of HIV-positive learners: lessons from Namibia and Tanzania* [Elektronische Version]. Paris: UNESCO.
- Esser, H. (1982). Sozialräumliche Bedingungen sprachlicher Assimilation von Arbeitsimmigranten. In: *Zeitschrift für Soziologie*, 11 (1982), S. 279-306.
- Fasting, K. & Brackenridge, C. H. (2009). Coaches, sexual harassment and education. *Sport, Education and Society*, 14 (1), p. 21-35.
- Femina HIP (2011). *About us*. Zugriff am 11. März 2011 unter http://www.chezasalama.com/index.php?option=com_content&view=article&id=229&Itemid=85&lang=en.
- Fifth World Conference on Sport and Environment (2003). *Torino Commitments on Sport and Environment*. Zugriff am 12. April 2011 unter http://www.olympic.org/Documents/Reports/EN/en_report_1001.pdf.

- Fleckenstein, J. (2003). *HIV/AIDS-Prävention in Entwicklungsländern als globale Herausforderung: Eine institutionenökonomische Analyse*. Bayreuth: Diplomarbeit Universität Bayreuth.
- Gable, L, Gostin, L. & Hodge Jr., J. G. (2009). A global assessment of the role of law in the HIV/AIDS pandemic. *Public Health*, 2009 (123), p. 260-264.
- Gabler Verlag (Hrsg.) (2010). *Gabler Wirtschaftslexikon, Bf-E. Stichwort: Dependencia-Theorien* (15., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Gabler Verlag (Hrsg.) (2010). *Gabler Wirtschaftslexikon, Bf-E. Stichwort: Bruttonationaleinkommen* (15., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Gauthier, R. (2011). Improving the Bidding Process for International Sporting Events (February 10, 2011). *The International Sports Law Journal*, p. 3. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1856666>
- Gerrard, M., Gibbons, F. X. & Reis-Bergan, M. (1999). The effect of risk communication on risk perception: The significance of individual differences. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, pp. 94-100.
- Gilchrist, L. D. & Schinke, S. P. (1983). Coping with contraception: Cognitive and behavioral methods with adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 7, p. 379-388.
- GLS (Hrsg.) (2009). *Zukunftsstiftung Landwirtschaft – Wege aus der Hungerkrise. Die Erkenntnisse des Weltagrарberichtes und seine Vorschläge für eine Landwirtschaft von morgen*. Bochum: AbL Verlag.
- Gomo, T. (2004). Sport seen as tool to combat HIV/AIDS. *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies - 21 June 2004*. Zugriff am 12. April 2011 unter <http://www.aegis.org/news/ifrc/2004/IF040608.html>.
- Gordon, R. (1987). An Operational Classification of Disease Prevention. In: J. A. Sternberg & M. M. Silverman, (Eds.), *Preventing Mental Disorders: A Research Perspective*, p. 20-26. Washington, DC.

- Grobecker, C. & Krack-Rober, E. (2010). *Bevölkerungsentwicklung 2008. Statistisches Bundesamt - Wirtschaft und Statistik 4/2010* [Elektronische Version]. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Groll, M. & Hillbring, M. (2011). Deutsche Entwicklungszusammenarbeit im Kontext sportpolitischen Handelns. In, K. Petry, M. Groll und W. Tokarski (Hrsg.), *Sport und internationale Entwicklungszusammenarbeit, Theorie- und Praxisfelder* (1. Aufl.), Veröffentlichungen der Deutschen Sporthochschule Köln, Band 17. Köln: Sportverlag Strauß.
- Grupe, O. (2002). Doping und Leistungsmanipulation aus sportethischer Sicht. In: H. Digel & H.-H. Dickhuth (Hrsg.), *Doping im Sport. Sport in der heutigen Zeit, Tübinger Schriften zur Sportwissenschaft, Band 2*, S. 58-76. Tübingen: Attempto.
- GTZ (2009, 22. September). *Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit - Aufklärung und Prävention von HIV/Aids in Schulen*. Zugriff am 22. Februar 2011 unter <http://www.gtz.de/de/praxis/28567.htm>.
- Güldenpfennig, S. (1992): *Der politische Diskurs des Sports. Zeitgeschichtliche Beobachtungen und theoretische Grundlagen*. Edition Sport & Wissenschaft, Bd. 16. Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Hafen, M. (2005). *Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen* (1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Hartmann-Tews, I. & Pfister, G. (Eds.) (2003). *Sport and Woman, Social issues in international perspective, International Society for Comparative Physical Education and Sport*. London, New York: Routledge.
- Heinemann (1974). Sozialisation und Sport. In: *Sportwissenschaft*, 4 (1), S. 49-67.
- Heinemann (1985). Sport und Entwicklungshilfe in Ländern der Dritten Welt. In: *Sportwissenschaft*, 15 (39), S. 227-244.
- Heinemann, K. (1990). Sport in der modernen Gesellschaft. Wissenschaftliche Problemstudie. In: Katholische Militärbischöfensamt (Hrsg.), *Materialien zum*

lebenskundlichen Unterricht. Materialheft zum Thema des Monats August/September 1990, Bonn.

Heinemann, K. (2007). Einführung in die Soziologie des Sports (5. überarbeitete und aktualisierte Aufl.). In: Grupe, O. (Hrsg.), *Sport und Sportunterricht, Grundlagen für Studium, Ausbildung und Beruf, Band 1*. Schorndorf: Hofmann.

Heinilä, K. (1982). The Totalization Process in International Sport. In: *Sportwissenschaft*, 12 (3), S. 235-254.

Hinz, M. (2001). *Konzeptionen zur Sportförderung in der Dritten Welt mit Schwerpunkt Südafrika*. Stuttgart: ibidem-Verlag.

Hippler, S. (2007, 09. August). Tödliche Gebote, Wir brauchen eine Aids-Theologie für Afrika. Ein klares Wort des Papstes könnte Millionen Leben retten. *Die Zeit*, 33.

Hirschmann, O. (2003). Kirche, Kultur und Kondome. Kulturell sensible HIV/AIDS-Prävention in Afrika südlich der Sahara. In: R. Gronemyer, G. A., Rakelmann & M. Rompel (Hrsg.), *AIDS in Afrika, Band 1*. Münster: Lit Verlag.

Hofmeier, R. & Mehler, A. (Hrsg.) (2004). *Kleines Afrika-Lexikon, Politik, Wirtschaft, Kultur*. Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe, Band 464. Bonn: Verlag C. H. Beck oHG, München.

Hurrelmann, K. (2010). *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Grundlagentexte Soziologie (7. Auflage)*. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Ihne, H. & Wilhelm, J. (2006). *Grundlagen der Entwicklungspolitik. In: J. Wilhelm (Hrsg.). Einführung in die Entwicklungspolitik (2. Aufl.)*. Hamburg: LIT Verlag.

IOC (2000). *International Olympic Committee - Second IOC World Conference on Woman and Sport, Resolution, Paris, 8 March 2000*. Zugriff am 06. April 2011 unter http://www.jws.or.jp/eng/library/lib_ban_ioc.html.

- IOC (2007). *International Olympic Committee – Olympic Charter, In Force as from 7 July 2007*. Lausanne: International Olympic Committee. Zugriff am 12. April 2011 unter http://multimedia.olympic.org/pdf/en_report_122.pdf.
- IOC & UNAIDS (2005). *International Olympic Committee und Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - Together for HIV and AIDS prevention, a toolkit for the sports community*. Lausanne, Geneva: o. V.
- IOC (2010). International Olympic Committee - Sporting Change: How the IOC is using sport as a tool for community development, *Olympic Review: Official Publication of the Olympic Movement, October-November-December 2010*, 77. Lausanne: IOC.
- IWG (2004). *International Working Group on Women and Sport, IWG - Women and Sport From Brighton to Windhoek Facing the Challenge, 20. Januar 2004*. Zugriff am 13. April 2011 unter [http://www.iwg-gti.org/@Bin/22372/-rom_Brighton_to_Windhoek_e .pdf](http://www.iwg-gti.org/@Bin/22372/-rom_Brighton_to_Windhoek_e.pdf).
- Jacobsen, K. H. (2008). *Introduction to Global Health*. Suburly, MA 01776: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Jambo Bukoba (2011). *Projekte des Vereins Jambo Bukoba*. Zugriff am 05. April 2011 unter <http://www.jambobukoba.com/de/projekte/>.
- Kalipeni, E., Craddock, S., Oponng, J. R., Ghosh, J. (Eds.) (2004). *HIV and AIDS in Afrika: beyond epidemiology*. Malden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing Ltd.
- Karlsson, I. (2008). *Rural-Urban Migration in Babati District, Tanzania - Arbeitsrap-
porter Nr. 660*. Uppsala Universitet: Uppsala, Kulturgeografiska institutionen.
- Kicking AIDS Out (2009). *Why sport*. Zugriff am 27. April 2011 unter <http://-kickingaidsout-.net/-Sportasatool/-Pages/Whysport.aspx#why sport>.
- Kindermann, G. & Dimpfl, T. (Hrsg.) (2001). *53. Kongress der DGGG – Deutsche Ge-
sellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 13.-16. Juni 2000, München: Be-
richtsband. Vielfalt und Einheit Wissenschaft und Gewissen*. Stuttgart, New
York: Thieme.

- Kirch, W., Badura, K. & Pfaff, H. (2008). *Prävention und Versorgungsforschung: Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Kistemann, T. & Exner, M. (2000). *Bedrohung durch Infektionskrankheiten? Risikoeinschätzung und Kontrollstrategien*. *Deutsches Ärzteblatt*, 97, (2000), S. 251-255.
- Klepp, K. I., Ndeki, S. S., Leshabari, M. T. Hannan, P. J., & Lyimo, B. A. (1997). AIDS Education in Tanzanis: promoting Risk Reduction among Primary School Children. *American Journal of Public Health*, 87 (12), p. 1931-1936. Zugriff am 11. Februar 2011 unter <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/87/12/1931.pdf>.
- Knoll, M. (1997). Sportreiben und Gesundheit: *Eine kritische Analyse vorliegender Befunde*. Reihe Sport, Band 4. Schorndorf: Hoffmann.
- Knorr-Cetina, K. (1989). Spielarten des Konstruktivismus. *Soziale Welt*, 40, (1/2), S. 86-96.
- Köhl, A. & Schürhoff, R. (2001). *AIDS im gesellschaftlichen Bewusstsein - Aspekte der Stigmatisierung von HIV-Infizierten und Risikogruppen*. Gießen: Dissertation der Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Kouassi, A. B. (2007). Rechtssysteme in Afrika südlich der Sahara. In: M. Seifert, M. Egert, F. Heerbaart, K. Kolossa, M. Limanski, M. Mumin, P. A. Rodekuhr, S. Rous, S. Stankowski & M. Thanassoula (Hrsg.), *Beiträge zur 1. Kölner Afrikawissenschaftlichen Nachwuchstagung (KANZI)*. Zugriff am 23. März 2011 unter http://www.uni-köln.de/phil-fak/afrikanistik/kant/data/KA1_kant1.pdf.
- Kroll, F. (2009). *Vorbeugung von Doping im Sport. Überlegungen zu Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen der Dopingprävention auf Basis der Prävention krimineller Handlungen*. Tübingen: Wissenschaftliche Arbeit im Rahmen der Magisterprüfung, Universität Tübingen.
- Krüger, M (2009). 60 Jahre Sport in Deutschland: Essay zur deutsch-deutschen Sportgeschichte aus Anlass des 60. Geburtstags der Bundesrepublik. *Sportwissenschaft*, Band 39 (3), S. 237-250.

- Kutsch, T. & Wiswede, G. (Hrsg.) (1981). *Sport und Gesellschaft: Die Kehrseite einer Medaille. Soziale Probleme der Gegenwart, Band 4*. Königstein: Hain.
- Lachmann, W. (1994). *Entwicklungspolitik, Band 1: Grundlagen*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Lachmann, W. (2000). *Entwicklungspolitik*. In: Gabler Verlag (Hrsg.), *Gabler Wirtschaftslexikon, Bf-E. Stichwort: Entwicklungspolitik* (15., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Lachmann, W. (2004). *Entwicklungspolitik, Band 1: Grundlagen* (2. Aufl.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Lamprey, P., Wigley, M., Carr, D. & Collymore, Y. (2002). *Facing the HIV/AIDS Pandemic. Population Bulletin - A publication of the Population Reference Bureau, September 2002, Volume 57 (Number 3)*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Laureus Sport for Good Foundation (2008). *Laureus Sport for Good Foundation* [Elektronische Version]. Zugriff am 21. April 2011 unter http://www.laureus.com/sites/laureus/files/LSGF_Foundation_Overview.pdf.
- Leiprecht, R. (2001). *Alltagsrassismus. Eine Untersuchung bei Jugendlichen in Deutschland und den Niederlanden*. Münster: Waxmann.
- Levermore, R. & Beacom, A. (2009). *Sport and Development: Mapping the field*. In R. Levermore & A. Beacom (Hg.) (2010), *Sport and Development*. Hampshire: Palgrave Macmillan, p. 1-25.
- Lorenzen, T. (2010). *Postexpositionsprophylaxe (PEP)*. In: S. Hoffmann & J. K. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2010*. Hamburg: Medizin Fokus Verlag. Zugriff am 22. Februar 2010 unter www.hivbuch.de.
- Mayer, J. & Thiel, A. (2011). *Verletzungen im Leistungssport aus soziologischer Perspektive, Ein Überblick*. In: *Sportwissenschaft, Band 41* (2011) 2, S. 124-135.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. überarbeitete und neu ausgestattete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz.

- Massao, P. & Fasting, K. (2003). Women and sport in Tanzania. In: I. Hartmann-Tews & G. Pfister (Eds.), *Sport and Woman, Social issues in international perspective, International Society for Comparative Physical Education and Sport*, p. 118-129. London, New York: Routledge.
- McKusick, L., Coates, T. J., Morin, S. F., Pollack & Hoff (1990). Longitudinal Predictors of Reductions in Unprotected Anal Intercourse among Gay Men in San Francisco: The AIDS Behavioral Research Project. *American Journal of Public Health*, 80, p. 979-983.
- MoEC (2004). *Ministry of Education and Culture - Guidelines for Implementing HIV/AIDS and Life-Skills Education Programme in Schools, Version 4.0*. The United Republic of Tanzania.
- Müller, H. (2004). *Sportförderung im Prozess der Modernisierung am Beispiel der Leichtathletik*. Tübingen: Dissertation Universität Tübingen.
- NACP (Hrsg.) (2006). *National AIDS Control Programme – The United Republic of Tanzania, Ministry of Health and Social Welfare: Surveillance of HIV and Syphilis Infections Among Antenatal Clinic Attendees 2005/2006*. Dar es Salaam: o. V.
- National Bureau of Statistics (2010, 07. März). *National Bureau of Statistics – National Projections Volume XII, Table 10: Population in Single Year by Age Group, Sex and Place of Residence - Tanzania Total*. Zugriff am 21. September 2010 unter http://www.nbs.go.tz/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=115:chapter10&Itemid=106.
- Neidhardt, F. (1982). *Soziale Beziehungen individuellen Handelns und einige Strukturprobleme im Hochleistungssport*.
- Neue Züricher Zeitung (2008). *Die gute Kraft des Sports. Right To Play engagiert sich spielerisch im humanitären Bereich – seit fünf Jahren auch in der Schweiz, Freitag, 12. Dezember 2008 (Nr. 291), S. 55*.

- Nohlen, D. (Hg.) (2000). *Lexikon Dritte Welt – Länder, Organisationen, Theorien, Begriffe, Personen* (Vollständig überarbeitete Neuauflage). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Nohlen, D. & Nuscheler, F. (Hrsg.) (1993). *Handbuch der Dritten Welt, Band 1: Grundprobleme, Theorien, Strategien* (1. durchgesehener Nachdruck der 3. Aufl.). Bonn: J.H.W. Dietz Nachf. GmbH.
- OECD (2010). *Organisation for economic co-operation and development - Official Development Assistance (ODA)*. Zugriff am 17. Oktober 2010 unter [http://www.oecd.org/-docu-ment/32/0,3343,en_2649_33721_42632800_1_1_1_1,00.html#ODA#Official Development Assistance \(ODA\)](http://www.oecd.org/-docu-ment/32/0,3343,en_2649_33721_42632800_1_1_1_1,00.html#ODA#Official+Development+Assistance+(ODA)).
- Office of the U.S. Global AIDS Coordinator (2005). *ABC Guidance #1, For United States Government In-Country Staff and Implementing Partners Applying the ABC Approach To Preventing Sexually-Transmitted HIV Infections Within The President's Emergency Plan for AIDS Relief* [Elektronische Version]. Zugriff am 20. April 2011 unter <http://www.state.gov/documents/organization/57241.pdf>.
- Patterson, D. & London, L. (2002). International law, human rights and HIV/AIDS [Elektronische version]. *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (12), pp. 964-969.
- Petermann, H. & Roth, M. (2006). *Suchtprävention im Jugendalter. Interventionstheoretische Grundlagen und entwicklungspsychologische Perspektiven*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Pfander, B. (2000). *Survey on Knowledge, Attitude und Practise (KAP) of Adolescents with regard to Reproductive Health and Sexually Transmitted Infections, including HIV/AIDS*. Ministry of Health - Reproductive Health Project, Tanzania.

- Renner, B. & Schwarzer, R. (2003). Risikostereotype, Risikowahrnehmung und Risikoverhalten im Zusammenhang mit HIV. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11, S. 112-121.
- Riescher, G. (2004). Nation-Building. In : D. Nohlen, D. & R.-O. Schultze (Hrsg.), *Lexikon der Politikwissenschaft: Theorien, Methoden, Begriffe, Band 2 N-Z* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage). München: Verlag C.H. Beck.
- Rittner, V. (1977). Sport als Kulturexport. In: Institut für Auslandsbeziehungen (Hrsg.), *Zeitschrift für Kulturaustausch*, 27 (1977) 4, S. 34-41.
- Qatar Foundation in the News (2011). *Qatar Foundation in the News, Ausgabe 14. April 2011*. Zugriff am 20. April 2011 unter <http://www.qf.org.qa/app/media/1088>.
- Qatar Foundation (2011). *Mission*. Zugriff am 20. April 2011 unter <http://www.qf.org.qa/discover-qf/qatar-foundation-mission>.
- Right to Play (2010a). *At a glance*. Zugriff am 15. April 2011 unter <http://www.righttoplay.com/International/about-us/Pages/Glance.aspx>
- Right to Play (2010b). *Our Methodology*. Zugriff am 17. April 2011 unter <http://www.righttoplay.com/International/our-impact/Pages/OurMethodologycont.aspx>
- RKI (2001, November). Robert Koch Institut - Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health, Gedanken zum Welt-Aids-Tag 2001. *Epidemiologisches Bulletin* 23. November 2001 (Nr. 47) 357-364. Berlin: Robert Koch-Institut.
- RKI (2002, Mai). Robert Koch Institut - Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health, HIV/AIDS-Bericht II/2001. *Epidemiologisches Bulletin* 15. Mai 2002 (Sonderausgabe A/2002). Berlin: Robert Koch-Institut.
- RKI (2007a). Robert Koch Institut – HIV/Aids in Deutschland – Eckdaten. *Epidemiologische Kurzinformationen des Robert-Koch-Instituts, Stand 2007* [Elektronische Version].

- RKI (2007b, November). Robert Koch Institut - Aktuelle Daten und Informationen zu Infektions-krankheiten und Public Health, Welt-Aids-Tag 2007. *Epidemiologisches Bulletin* 23. November 2007 (Nr. 47) 430-444. Berlin: Robert Koch-Institut.
- RKI (2008, Mai). Robert Koch Institut - Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health, HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin* 2. Mai 2008 (Sonderausgabe A/2008). Berlin: Robert Koch-Institut.
- RKI (2009). Robert Koch Institut - Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health zum Welt-Aids-Tag 2009. *Epidemiologisches Bulletin* 30. November 2009 (Nr. 48) 491-502. Berlin: Robert Koch-Institut.
- RKI (Hrsg.) (2010). Robert Koch Institut - Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health, HIV bei Migranten in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin* 8. Februar 2010 (Nr. 5) 39-48. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robertson, S. (2007). *From Montreal to Kumamoto - Women and Sport Progress Report 2002-2006 for the International Working Group on Women and Sport*, 20. November 2007. Zugriff am 13. April 2011 unter http://iwg--gti-org-bin.directo.fi/@Bin/aefac061bdf7ab3d6bc48e3742b70d2a/-1302683579/-application/pdf/22712/From_Montreal_to_Kumamoto_e.pdf.
- Rockenfeller, S. (2009). *Namibia Sport Projekt 2008, Möglichkeiten und Grenzen für die Entwicklungszusammenarbeit im Sport – Eine qualitative Analyse*. Diplomarbeit Deutsche Sporthochschule Köln.
- Rockstroh, J. (2010). Einleitung. In: S. Hoffmann & J. K. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2010*. Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Rosenbrock, R. (2004). Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In: R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Hrsg.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK Programm „Mehr Gesund-*

- heit für alle. *Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Band 8*, (1. Aufl.). Berlin: Wirtschaftsverlag NW.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15 (2), pp. 175-183.
- Rothman, J. K., Greenland, S. & Lash, T. L. (2008). *Modern epidemiology* (Third Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rummelt, P. (1986). *Sport im Kolonialismus – Kolonialismus im Sport. Zur Genese und Funktion des Sports in Kolonial-Afrika von 1870-1918*. Köln: o. V.
- Schlicht, W. & Brand, R. (2007). Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit, Eine interdisziplinäre Einführung. In: P. Kolip (Hrsg.), *Grundlagentexte Gesundheitswissenschaft*. Weinheim, München: Juventa.
- Schmidt, B. & Hurrelmann, K. (2000). *Präventive Sucht- und Drogenpolitik: ein Handbuch*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schönherr, S. (1983). *Armutorientierte Entwicklungspolitik: Ansatzpunkte zur Verbindung von Wachstum und Armutsreduzierung durch Förderung kleinbäuerlicher Zielgruppen*. *Volkswirtschaftliche Schriften* 335. Berlin: Dunkler / Humblot.
- Schupp, J.-P. L. (2003). Die Magglingen-Deklaration, Herausforderung für die Fitnessbranche. *Fitness Tribune, April / Mai 2003* (83), S. 22-25.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (2002) (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie von A bis Z, Ein Handwörterbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3., überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Seiberth, K. (2010). *Fremdheit im Sport – Ein theoretischer Entwurf. Erscheinungsformen, Erklärungsmodelle und pädagogische Implikationen*. Tübingen: Dissertation Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
- Shah, S. (2008). *Am Menschen getestet! Wie die Pharmaindustrie die Ärmsten der Welt für Medikamententests missbraucht (deutsche Ausgabe, erste englische Ausgabe 2006)*. München: Redline Wirtschaft, FinanzBuch Verlag.

- Sonnenberg-Schwan, U. & Weigel, M. (2010). HIV und Kinderwunsch. In: S. Hoffmann & J. K. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2010*. Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Spiegel Online (2000, 31. Mai). *EU Sportminister: Kampf gegen sexuelle Belästigung*. Zugriff am 07. April 2011 unter <http://www.spiegel.de/sport/sonst/0,1518,druck-78996,00-.html>.
- Spiegel Online (2007, 06. Oktober). *Schadenersatz in Millionenhöhe wegen Sex-Mobbing*. Zugriff am 29. Juni 2011 unter <http://www.spiegel.de/panorama/-gesellschaft/0,1518,509637,00.html>.
- Stamm, S. (2003). 9. Soziale Entwicklung und Menschenrechte [Elektronische Version]. *Schweizerisches Jahrbuch für Entwicklungspolitik, Band 22*, (1). Online erschienen am: 06 Mai 2010. Zugriff am 23. März 2011 unter <http://sjep.revues.org/267>.
- Statistisches Bundesamt (2010). *Ausgaben der öffentlichen Haushalte für Sportförderung 1992 – 2007*. VIC - 47100010 – ZF. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011). *2.1.2 Bruttoinlandsprodukt und Nationaleinkommen 1991 – 2009*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Sternkopf, T. (2007). *Bildung gegen Afrikas modernen Fluch. HIV-Prävention: Pädagogische Aufgabe in der Entwicklungszusammenarbeit*. Marburg: Tectum Verlag.
- TAC (2010). Treatment Action Campaign – Equal treatment, Making human rights a reality [Elektronische Version]. *Magazine of the Treatment Action Campaign, September 2010*. Zugriff am 21. März 2011 unter <http://www.tac.org.za/community/files/file/-etmag/ET35/ET35English.pdf>.
- TACAIDS (2004, 27. Mai). *Tanzania Commission for AIDS - HIV/AIDS in Tanzania. Tanzania National Website*. Zugriff am 15. März 2010 unter http://www.tanzania.go.tz/hiv_aids.html.

- TACAIDS (2008). *Tanzania Commission for AIDS - Ungass Country Progress Report Tanzania Mainland, Reporting Period: January 2006 – December 2007* [Elektronische Version]. Submission date: 30th January 2008. Dar es Salaam, Tanzania: TACAIDS.
- TACAIDS, ZAC, NBS, OCGS & Macro International Inc. (2008). *Tanzania Commission for AIDS, Zanzibar AIDS Commission, National Bureau of Statistics, Office of the Chief Government Statistician, Macro International Inc. - Tanzania HIV/AIDS and Malaria Indicator Survey 2007-08*. Dar es Salaam, Tanzania: TACAIDS, ZAC, NBS, OCGS, and Macro International Inc.
- Ten Brink, T. (2008). *Geopolitik - Geschichte und Gegenwart kapitalistischer Staatenkonkurrenz* (1. Auflage). Münster: Westfälisches Dampfboot.
- TGPSH (2011). *Tanzanian German Programme to Support Health (TGPSH) – About TGPSH*. Zugriff am 11. März 2011 <http://www.tgpsh.or.tz/>.
- The Economist (2009). *How to feed the world, Volume 393* (8658), 11. London.
- The International Platform on Sport and Development (2007, 18. September). *The Steering Board*. Zugriff am 26. April 2010 unter <http://www.sportanddev.org>.
- UN (1979): *United Nations - Resolution of General Assembly session 33/166, 20, Dezember 1978: Question of a convention on the rights of the child, p. 154-155*. General Assembly of the United Nations. New York.
- UN (2010, 09. Februar). *Convention on the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989. Entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49*. Zugriff am 16. Februar 2001 unter <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>.
- UN (1997). *United Nations – Economic and social council. Commission on human rights. Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights (Geneva, 23-25 September 1996), Report of the Secretary-General. E/CN.4/1997/37. 20 January 1997*. Zugriff am 10. Juni 2010 unter <http://www.unhchr.ch/huridocda/huri->

doca.nsf/%28Symbol%29/E.CN.4.1997.37.En?Opendocument,
#conclusions of the consultation.

UN (2000). *United Nations - 55/2. United Nations Millennium Declaration. Resolution adopted by the General Assembly, 8th plenary meeting, 8 September 2000, New York.* Zugriff am 12. April 2010 unter <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>.

UN (2003a): *United Nations - Resolution of General Assembly session 58/5, Nov. 2003: Sport as a means to promote education, health, development and peace.* New York: General Assembly of the United Nations.

UN (2003b). *United Nations - Sport for Development and Peace: Towards Achieving the Millennium Development Goals. Report from the United Nations Inter-Agency Task Force on Sport for Development and Peace.* o. O.: o. V.

UN (2003c): *United Nations - Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals. Definitions, Rationale, Concepts and Sources. United Nations Development Group led by United Nations Population Fund. Department of Economic and Social Affairs-Statistics Division (p. 3-4).* New York: United Nations Publications.

UN (2004). *United Nations - E/2004/33 - Committee for Development Policy. Report on the sixth session, 29 March-2 April 2004. Economic and Social Council, Official Records 2004, Supplement No. 13.* New York: o. V. Zugriff am 27. Juli 2010 unter <http://www.un.org/special-rep/ohrlls/ldc/E-2004-33.pdf>.

UN (2005a): *United Nations - Fact Sheet: The International Year of Sport and Physical Education* [Elektronische Version]. Zugriff am 24. April 2010 unter http://www.un.org/sport2005/a_year/facts.pdf

UN (2005b). *United Nations - Report on the International Year of Sport and Physical Education 2005, Sport for a better World.* Zugriff am 01. April 2008 unter www.toolkitsportdevelopment.org/html/.../Report%20IYSP%202005.pdf

UN (2009) *United Nations - Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2009, 11. März). World Popu-*

lation Prospects: The Revision 2008. Zugriff am 03. Januar 2010 unter <http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp>.

UNAIDS (2004). *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – Report on the global AIDS epidemic 2004*. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS (2008). *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – Report on the global AIDS epidemic 2008*. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS (2011, 04. April). *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - UNAIDS Goodwill Ambassadors*. Zugriff am 05. April 2011 unter <http://www.unaids.org/en/aboutunaids/unaidsgoodwillambassadors/>

UNAIDS & IOC (2004, 1. Juni). *Joint Nations Programme on HIV/AIDS & International Olympic Committee - Memorandum of Understanding*. Zugriff am 11. April 2011 unter http://data.unaids.org/Media/Information-Notes01/mou_ioc_unaids_en.pdf.

UNAIDS & WHO (2008a, October). *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS & World Health Organisation - Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response, United Republic of Tanzania, Update October 2008*. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS & WHO (2008b, 08. October). *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS & World Health Organisation - Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response, Germany, Update October 2008*. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS & WHO (2009a). *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization - AIDS epidemic update: November 2009*. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS (2009b). *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization – Factsheet November 2009: Sub-Saharan Africa, Latest epide-*

miological trends. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNDP (2008). *United Nations Development Programme - Human Development Report 2007/2008. Fighting Climate Change: Human solidarity in a divided world* [Elektronische Version]. New York: United Nations Development Programme.

UNESCO (2007, 21. Mai): *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - Inter-national Charter of Physical Education and Sport, 21 November 1978*. Zugriff am 14. Februar 2011 http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13150&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html# Article 1. The practice of physical education and sport is a fundamental right for all.

UNHCHR (1948). *United Nations High Commissioner for Human Rights - Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948*. Zugriff am 23. März 2011 unter http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/ger.pdf.

UNHCHR (2001). *United Nations High Commissioner for Human Rights - The protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS), Commission on Human Rights resolution 2001/51. (E/CN.4/RES/2001/51)*. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Zugriff am 21. März 2011 unter <http://www2.ohchr.org/english/issues/hiv/document.htm>.

Vaz, A. F. (2004). Sport und Sportkritik im Kultur- und Zivilisationsprozess. Analysen nach Adorno, Horkheimer, Elias und Da Matta. In: A. H. Trebels (Hg.), *Sportwissenschaft im Dialog, Band 1*. O. O.:Afra Verlag.

Vidal, J. (2005, 28. December). Zambia struggles with power of witchdoctors, MSF is educating southern Africans about the caused of Aids and effective treatment. *The Guardian, Wednesday 28. December 2005*.

Vocks-Hauck, M. (2010). Schwangerschaft und HIV, Therapie der Mutter und Prävention für das Neugeborene. In: S. Hoffmann & J. K. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2010*. Hamburg: Medizin Fokus Verlag.

- Vogt, L. & Neumann, A. (Hrsg.) (2007). *Sport in der Prävention. Handbuch für Übungsleiter, Sportlehrer, Physiotherapeuten und Trainer, in Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund* (2. überarbeitete Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Von Grebmer, K., Nestorova, B., Quisumbing, A., Fertziger, R., Fritschel, H., Pandya-Lorch, R., & Yohannes, Y. (2009). *Welthunger-Index. Herausforderung Hunger: Wie die Finanzkrise den Hunger verschärft und warum es auf die Frauen ankommt*. Bonn, Washington D. C., Dublin: o. V.
- WBGU (2005). *Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen – Welt im Wandel, Armutsbekämpfung durch Umweltpolitik*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Weinreich, S. & Benn, C. (2003). *AIDS – Eine Krankheit verändert die Welt. Daten – Fakten – Hintergründe*. Frankfurt am Main: Verlag Otto Lembeck.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, pp. 806-820.
- Weis, K. & Gugutzer, R. (Hrsg.) (2008). *Handbuch Sportsoziologie. Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport* 166. Schorndorf: Hoffmann.
- Welfens, P. J. J. (2005). *Grundlagen der Wirtschaftspolitik: Institutionen- Makroökonomik- Politikkonzepte* (2. Auflage). Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Welthungerhilfe & terre des hommes (Hrsg.) (2003). *Die Wirklichkeit der Entwicklungshilfe. Elfter Bericht 2002/2003. Eine kritische Bestandsaufnahme der deutschen Entwicklungspolitik* (1. Auflage). Bonn, Osnabrück: O. V.
- WHO (2002). *Weltgesundheitsorganisation Europa – Faktenblatt 09/02, HIV/AIDS - das Ausmaß einer unsichtbaren Epidemie* [Elektronische Version]. 17. September 2002. Kopenhagen: O. V.
- WHO (2008). *World Health Organization - The world health report 2008: Primary health care now more than ever* [Elektronische Version]. Geneva, Switzerland: World Health Organisation Press.

- WHO (2009). *World Health Organization – World Health Statistics 2009* [Elektronische Version]. Geneva, Switzerland: World Health Organisation Press.
- Wolf, A. & Hörbst, V. (2003). *Medizin und Globalisierung: universelle Ansprüche - lokale Antworten. Medizinkulturen im Vergleich*. Münster: LIT Verlag.
- World Bank (2001). *The International Bank for Reconstruction and Development - World Development Report 2000/2001, Attacking Poverty*. Oxford: Oxford University Press.
- World Bank (2009a, 14. April). *The International Bank for Reconstruction and Development - Goal 1: Eradicate Extreme Poverty and Hunger - Global Monitoring Report 2009*. Zugriff am 05. Februar 2010 unter [http://web.worldbank.org/WBSITE/ EXTERNAL/XTDEC/EXTGLOBALMONITOR/EXTGLOMONREP2009/0,,contentMDK:22141723~pagePK:64168445~piPK:64168309~theSitePK:5924405,00.html](http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/XTDEC/EXTGLOBALMONITOR/EXTGLOMONREP2009/0,,contentMDK:22141723~pagePK:64168445~piPK:64168309~theSitePK:5924405,00.html)
- World Bank (2009b). *The International Bank for Reconstruction and Development - Global monitoring report 2009: a development emergency*. Washington DC: The World Bank
- World Bank (2008): *The International Bank for Reconstruction and Development - World Development Indicators 2008*. Washington, D. C: The World Bank.
- World Gazetteer (2010). *Nigeria: Die wichtigsten Orte mit Statistiken zu ihrer Bevölkerung*. Zugriff am 03. Januar 2010 unter <http://www.bevoelkerungsstatistik.de/wg.php?x=&men=gcis&lng=de&dat=32&srt=npan&col=aohdq&geo=-158>
- Woyke, W. (Hrsg.) (2000). *Handwörterbuch Internationale Politik*. Opladen: Leske & Budrich.
- Zentrum für Historische Sozialforschung (Hrsg.) (2006). International journal for the application of formal methods to history. *Historische Sozialforschung, Ausgaben 115-116*. Köln: Quantum e. V.

Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name	Eva Bittner
Geboren am	02. Oktober 1976 in Braunschweig
Familienstand	verheiratet
Staatsangehörigkeit	deutsch

Ausbildung

1989 – 1996	Besuch des Hoffmann-von-Fallersleben Gymnasiums in Braunschweig Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
WS 1996 – SS 1998	Studium der Sozialwissenschaften, Sport, Physiologie an der Georg-August-Universität Göttingen
WS 1998 – 04.08.2003	Studium der Sportwissenschaft an der Deutschen Sporthochschule in Köln Abschluss: Dipl.- Sportwissenschaftlerin mit Schwerpunkt Ökonomie und Management
WS 2008 – SS 2012	Doktorandin der Eberhard Karls Universität Tübingen

Berufserfahrung

01.05.2007 – 31.12.2010	Deutsche Welthungerhilfe e. V. - Projektleitung, Customer-Relationship-Management, PR-Arbeit, Spenden- und Sponsorenläufe, Sportsponsoring und -projekte
01.07.2004 – 31.12.2006	Fußball WM 2006 der Menschen mit Behinderung gGmbH - Marketing- und Vertriebsstrategie der INAS-FID Fußball WM 2006

Interkulturelle Fähigkeiten

März 2009	Forschungsaufenthalt in Dar es Salaam in Tansania: Beobachtung des HIV/AIDS-Präventionsprogramms des Ministry of Education and Vocational Training (MoEVT)
-----------	--