



Münchener Beiträge zur Politikwissenschaft

herausgegeben vom
Geschwister-Scholl-Institut
für Politikwissenschaft

2012

Martina Korzin

**Public-Private Partnerships
im Bereich von
Global Public Health**

Magisterarbeit bei
Prof. Dr. Edgar Grande
2009

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	iii
Tabellenverzeichnis.....	iii
Abkürzungsverzeichnis	iv
1. Einleitung	1
2. Theoretische Grundlagen	10
2.1 <i>Global Public Health – ein regelungsbedürftiger Bereich?</i>	11
2.1.1 Der transnationale Charakter von HIV/AIDS, Malaria und TB	13
2.1.2 Global Health Governance.....	17
2.2 <i>Public-Private Partnerships</i>	20
2.2.1 Public-Private Partnerships als Variante von Global Governance.....	20
2.2.2 Forschungsstand.....	21
2.2.3 Typologisierung von PPP nach Börzel/Risse.....	23
2.2.4 Stärken und Schwächen des Modells: PPP als „sinnvolle“ Form transnationalen Regierens?.....	27
2.2.5 Voraussetzung und Funktions- bzw. Erfolgsbedingungen des Modells	31
2.3 <i>Die unterschiedlichen Dimensionen von Effektivität</i>	36
2.3.1 Simple Performanz und komplexe Performanz	37
2.3.2 Output-, Outcome- und Impact-Effektivität.....	39
2.3.3 Das Konzept der Effektivität im Kontext dieser Arbeit.....	40
2.4 <i>Die Ergebnisse der Implementationsforschung</i>	45
2.4.1 Die Relevanz der Programm- und Implementationsstruktur	47
2.4.2 Implementierungseffektivität	49
2.5 <i>Capacity Building</i>	52
2.5.1 Definition und Ebenen des Kapazität-Begriffs	52
2.5.2 Capacity Building und die Bedeutung im Kontext dieser Arbeit	55
2.5.3 Capacity Building als Bedingung für Implementierungseffektivität im Bereich von Global Public Health.....	57
2.6 <i>Fazit: die theoretischen Grundlagen bekräftigen die eingangs formulierte Hypothese</i>	58
3. Anwendung/Fallstudie	61
3.1 <i>Eine PPP im Bereich von Global Public Health: der Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM)</i>	62
3.1.1 Entstehung und Relevanz.....	62
3.1.2 Normativer Rahmen: die Förderprinzipien des GFATM.....	63
3.1.3 Die Umsetzung der Förderprinzipien.....	66
3.1.3.1 Umsetzung der Förderziele in der Förderstrategie des GFATM	66
3.1.3.2 Die institutionelle Struktur des GFATM	70
3.2 <i>Anwendung der theoretischen Grundlagen</i>	74
3.2.1 Einordnung in die Typologie von Börzel/Risse: der GFATM – eine Form der Ko-Regulierung.....	74
3.2.2 Der GFATM als „Standardmodell“?	75
3.2.3 Anwendung der Ergebnisse der Implementationsforschung	84

3.2.4	Capacity Building als Kriterium für komplexe Performanz: der GFATM.....	85
3.3	<i>Forschungsinteresse: der GFATM und dessen Ansatz bezüglich eines Aufbaus von Durchführungsinstanzen</i>	86
3.3.1	Ansatz des GFATM und systemübergreifende Förderoptionen in den einzelnen Förderrunden.....	87
3.3.2	Zwischenfazit: Ansatz des GFATM als Ausgangspunkt für die Untersuchung des Anteils von Capacity Building innerhalb der Förderprogramme	93
3.4	<i>Untersuchungsmethode: Auswertung der Förderprogramme der Region Südasien von Runde 1 bis 6</i>	95
3.4.1	Untersuchungsdesign	96
3.4.2	Datenerhebung: Kategorienschema zur Erfassung der Indikatoren.....	101
3.4.3	Probleme bei der Datenerhebung.....	104
3.4.4	Ergebnisse der Auswertung: Verteilung der Indikatoren.....	105
3.4.5	Überprüfung der intervenierenden Variablen auf deren Erklärungskraft	110
3.4.6	Abgleich: Einordnung der Indikatoren in Ebenen und Kategorien.....	124
4.	Schluss	128
4.1	<i>Zusammenfassung und Rückbezug: die Ko-Regulierung als eine „sinnvolle“ Governance-Form für den Bereich von Global Public Health?</i>	128
4.2	<i>Probleme und offene Fragen</i>	134
4.3	<i>Schlussbetrachtung und Ausblick</i>	135
	Literaturverzeichnis	140
	Anhang	151
	<i>Anhang 1: Bezugssystem der Analyse</i>	155
	<i>Anhang 2: Operationalisierung der Variablen simple Performanz, komplexe Performanz, Prozessmanagement, Capacity Building und Förderstrategie</i>	156
	<i>Anhang 3: Zusammenstellung der durch den GFATM in den Richtlinien zur Antragsstellung (Guidelines for Proposals) der Förderrunden 1 bis 6 aufgeführten zulässigen und geförderten Maßnahmen</i>	159
	<i>Anhang 4: Monthly Progress Update – 24 April 2008</i>	164
	<i>Anhang 5: Top Ten Indicators for routine Global Fund reporting</i>	166
	<i>Anhang 6: Auflistung aller erhobenen Indikatoren mit zugehöriger Zielsetzung, SDA, Ebene und Einordnung in das verwendete Kategorienschema</i>	167

Eigenständigkeitserklärung

Lebenslauf

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Prozentualer Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB pro Förderrunde .	107
Abbildung 2:	Prozentualer Anteil der Indikatoren im Bereich CB der einzelnen Programme relativ zu ihrer Gesamtzahl an Indikatoren	112
Abbildung 3:	Prozentualer Anteil der Indikatoren in den Kategorien CB, IBP und Andere nach Förderkomponenten	113
Abbildung 4:	Prozentualer Anteil der Indikatoren aller indischen Programme einer Runde in den Kategorien CB, IBP und Andere über die Förderrunden 1 bis 6.....	119
Abbildung 5:	Prozentualer Anteil der Indikatoren aller srilankischen Programme einer Runde in den Kategorien CB, IBP und Andere über die Förderrunden 1 bis 6	120
Abbildung 6:	Prozentualer Anteil der Indikatoren aller bangladeschischen Programme einer Runde in den Kategorien CB, IBP und Andere über die Förderrunden 1 bis 6	121
Abbildung 7:	Verteilung der Indikatoren auf die Kategorien Überschneidung, CB-1 und Level 1 & 2 über die Förderrunden 1 bis 6	125
Abbildung 8:	Verteilung der Indikatoren auf die Kategorien Überschneidung, IBP-1 und Level 3 über die Förderrunden 1 bis 6	126

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Zielerreichung einer PPP	39
Tabelle 2:	Einordnung des GFATM in die Typologie von Börzel/Risse (2005).....	74
Tabelle 3:	Anteil an Indikatoren in der Kategorie CB der einzelnen Förderprogramme...	106
Tabelle 4:	Verteilung der Förderprogramme über die Runden und deren absoluter/prozentualer Anteil an Indikatoren in der Kategorie CB (Indikatoren in der Kategorie CB/Gesamtzahl der Indikatoren (%)).....	116
Tabelle 5:	Anzahl der Indikatoren in den Kategorien Überschneidung, CB-1 und Level 1 & 2.....	125
Tabelle 6:	Anzahl der Indikatoren in den Kategorien Überschneidung, IBP-1 und Level 3	126

Abkürzungsverzeichnis

AFG	Afghanistan
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ART	Antiretrovirale Therapie
ARV	Antiretroviral
BAN	Bangladesch
BGV	Beschaffung von Gebrauchsgegenständen und Verbrauchsgütern
BMGF	Bill & Melinda Gates Foundation
BTN	Bhutan
CB	Capacity Building
CCM	Country Coordinating Mechanism
CCP	Coordinated Country Proposal
CDC	Centers for Disease Control
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DOT	Directly-Observed Treatment
GHG	Global Health Governance
GHP	Global Health Partnership
GF	Global Fund
GFATM	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria/Der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria
GOV	Governance und strategische Führung
G 7	Die Gruppe der Sieben
G 8	Die Gruppe der Acht
HAART	Hochaktive antiretrovirale Therapie
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HSS	Health System(s) Strengthening
IBP	Impact, Behandlung und Prävention
IDA	Indien
IDU	Intravenous Drug User
INF	Gesundheitsinformationssystem
IRN	Iran
ITN	Insecticide-treated net
LFA	Local Fund Agent
MDV	Malediven
NEP	Nepal
NGO	Non-Governmental Organization/Nichtregierungsorganisation
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OGAC	Office of the U.S. Global AIDS Coordinator
PBF	Performance-Based Funding
PKS	Pakistan
P/N	Partnerschaften und Netzwerke
PPP	Public-Private Partnership
PM	Programmmanagement
PR	Principal Recipient
SDA	Service Delivery Area
SRL	Sri Lanka
TB	Tuberkulose
TERG	Technical Evaluation Reference Group

TRP	Technical Review Panel
TWG	Transnational Working Group
UN	United Nations
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNICEF	The United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization
WTO	World Trade Organization

1. Einleitung

„In fact, most international problems today have domestic roots which spill over borders and thus threaten the security of other people. [...] Therefore, global governance cannot replace the need for good governance in national societies; in fact, in the absence of quality local governance, global and regional arrangements are bound to fail or will have only limited effectiveness. In a way, governance has to be built from the ground up and then linked back to the local conditions.“

R. Väyrynen, *Globalization and Global Governance* (1999).

Die Globalisierung hat den Regulierungsbedarf jenseits des Nationalstaats in bisher nicht gekannter Weise erhöht. Mit der Globalisierung der Wirtschaft ging die Globalisierung anderer Bereiche einher – als einer davon kann der Gesundheitsbereich genannt werden –, wobei die Notwendigkeit von Regulierung in den betreffenden Bereichen in den letzten Jahren stark zugenommen hat. Nationalstaaten sehen sich unter den Bedingungen der Globalisierung mit der Herausforderung konfrontiert, dass sie alleine nicht mehr das Potential besitzen durch Governance¹ transnationale Probleme effektiv zu bearbeiten, die in ihrem Regelungsbereich Auswirkungen auf nationaler oder lokaler Ebene mit sich bringen. Die Regelung, Koordination und Produktion öffentlicher Leistungen kann in einer komplexen, dynamischen und zunehmend ausdifferenzierten Gesellschaft nicht länger alleine durch staatliche Institutionen und gewohnte Governance-Modi stattfinden. Neben den Nationalstaaten erscheinen rein zwischenstaatliche Arrangements wie internationale Institutionen ebenso oftmals zu schwach, zu langsam und zu bürokratisch, um effektive Problembearbeitung zu gewährleisten. Wenn durch sie Problembearbeitung geschieht, dann meist nur auf internationaler Ebene, eine Implementation auf nationaler oder lokaler Ebene bleibt jedoch weitestgehend aus.

In diesem Zusammenhang stellt sich das Governance-Problem: Regelungslücken – so genannte Governance Gaps – weisen Regelungsbedarf auf, diese können aber nur durch effektivere Formen von Governance im jeweiligen Bereich geschlossen werden.² Eine effektive Be-

¹ Governance beschreibt generell jegliche Art von sozialer Regulierung durch eine Institution; im traditionellen Sinn das Steuerungs- und Regelsystem einer politisch-gesellschaftlichen Einheit wie dem Staat (vgl. Benz (2004); Grin (2006): 58; Grote/Gbikpi (2002)). Im Kontext dieser Arbeit beschreibt Governance nach Zürn „Die Gesamtheit der kollektiven Regelungen, die auf eine bestimmte Problemlage oder einen bestimmten gesellschaftlichen Sachverhalt zielen und mit dem Verweis auf das Kollektivinteresse der betroffenen Gruppe gerechtfertigt werden“ (Zürn (2008): 554).

² Diese Governance Gaps äußern sich konkret in einer Zuständigkeits-, Partizipations-, Anreiz- und Kapazitätenlücke (für eine ausführlichere Darstellung dieser Regelungslücken vgl. Rittberger (2008)). Im Rahmen der Arbeit soll näher auf die Kapazitätenlücke eingegangen werden, welche impliziert, dass durch einen bestehenden Mangel an Kapazitäten (materieller und immaterieller Natur) auf der lokalen Ebene eine effektive Implementierung von Problemlösungsstrategien bzw. -programmen nicht garantiert werden kann und weiter die Problemlösungsfähigkeit von Institutionen negativ beeinflusst wird. In der Folge eines Mangels an Ressourcen auf lokaler Ebene kann ein Defizit bezüglich der Implementierung globaler Normen und Regeln festgestellt werden und

arbeitung von globalen bzw. transnationalen Problemen muss durch Formen von Governance auf der lokalen Regelungsebene stattfinden, da dort die Ursachen und Effekte transnationaler Probleme zu verorten sind. Unter dem Governance-Problem ist folglich die Diskrepanz zwischen der globalen Problemebene und der lokalen Regelungs- bzw. Implementierungsebene zu verstehen.³ Damit kann die grundlegende Bedingung effektiven Regierens, die Kongruenzbedingung, welche das Zusammenfallen bzw. die Übereinstimmung der Betroffenen-Gruppe mit dem Raum des zu regelnden Handlungszusammenhangs (z.B. Nation und Territorialstaat) beschreibt, als nicht länger gegeben betrachtet werden.⁴ Öffentliche Gemeinschaftsgüter⁵, wie z.B. Gesundheit, wurden traditionellerweise innerhalb einer politischen Einheit wie dem Nationalstaat für die entsprechende Nationalgesellschaft bereitgestellt. Die Erfüllung der Kongruenzbedingung war unter den Umständen einer sich aus Nationalstaaten zusammengesetzten, noch nicht globalisierten Welt gegeben. Problemursache, -bearbeitung und -lösung fielen territorial zusammen, wodurch eine effektive Problembearbeitung und -lösung durch den Nationalstaat ermöglicht wurde.⁶ Da jedoch im Zuge der Globalisierung Regelungs- und Problembearbeitungsbereich immer weiter auseinander fallen wird die Kongruenzbedingung aufgelöst und Governance Gaps entstehen. Infolgedessen kann eine „Unterversorgung“ im Sinne einer nicht länger erfolgenden Bereitstellung von öffentlichen Gemeinschaftsgütern durch nationale Institutionen konstatiert werden.⁷

Angesichts entsprechender Governance-Versäumnisse auf den unterschiedlichen Ebenen (international, national und lokal) und der daraus resultierenden Notwendigkeit globalen Regierens sowie transnationaler Problembearbeitung durch kooperative Formen des Regierens einerseits und einer stetig wachsenden Zahl nichtstaatlicher transnationaler Akteure⁸ andererseits verstärkte sich der Druck auf Nationalstaaten, nichtstaatliche Akteure auf internationaler Ebene an der Regelung transnationaler Probleme zu beteiligen.⁹ Die politische Nachfrage

folglich keine Bearbeitung transsovereäner Probleme stattfinden. Eine Schließung der Kapazitätenlücke kann im Rahmen spezieller Governance-Arrangements sowohl durch die Bereitstellung materieller und immaterieller Ressourcen – monetäre und nicht-monetäre Leistungen durch privatwirtschaftliche und zivilgesellschaftliche Akteure – als auch durch die Übernahme der Durchführung von Programmen durch NGO und Partner vor Ort geschehen und hat zum Ziel, die effektive Implementierung von Problembearbeitungsstrategien durch lokale Durchführungsinstanzen sicherzustellen (vgl. Zürn (1998): 197; Rittberger (2008): 16f.).

³ Zürn (1998): 203.

⁴ Zürn (1998): 17.

⁵ Nach Kaul et al. werden öffentliche Gemeinschaftsgüter wie folgt definiert: „We defined global public goods as having nonexcludable, nonrival benefits that cut across borders, generations and populations. At a minimum, the benefits of a global public good would extend to more than just one group of countries and not discriminate against any population group or any set of generations, present or future“ (Kaul et al. (1999a): 2f).

⁶ Vgl. Héritier (2002): 2.

⁷ Kaul et al. (1999b): 450.

⁸ Vgl. Forman/Segaar (2006).

⁹ Vgl. Rittberger (2008): 3f.

nach neuen, flexibleren, offeneren und weniger institutionalisierten Formen von Governance zum Ausgleich der bestehenden Defizite internationalen Regierens stieg an. In der Folge kann aktuell im Rahmen von Netzwerken eine verstärkte Einbeziehung privater Akteure durch Regierungen und intergouvernementale Organisationen zur Gestaltung, dem Management und der Durchführung öffentlicher Programme, Projekte und Leistungen beobachtet werden.¹⁰ Governance wird in diesem Kontext als eine Art von Regulierung verstanden, die den „cooperative state“ auszeichnet und die Zusammenarbeit zwischen staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren innerhalb gemischter, nicht-hierarchischer public-private policy networks beschreibt.¹¹ Als eine „neue Form des Regierens“ durch derartige Netzwerke und als ein Beispiel einer „specific governance interaction“¹² gelten so genannte Public-Private Partnerships (PPP). Diese stellen Austausch- und Kooperationsbeziehungen zwischen staatlichen, privaten und zivilgesellschaftlichen Akteuren, also trisektorale Zusammenschlüsse, dar, die policy-/themenspezifisch zur Bearbeitung von speziellen Governance-Problemen eingesetzt werden und deren Anzahl in den letzten Jahren auf transnationaler Ebene deutlich gestiegen ist.¹³ Von Befürwortern dieser Governance-Form wird angeführt, dass sie durch ihren trisektoralen Charakter das Potential besitzt die Input- und Output-Legitimität transnationalen Regierens zu erhöhen.¹⁴ Ob dies so zutrifft, muss jedoch an konkreten empirischen Beispielen untersucht und überprüft werden. Es stellt sich die Frage, welche Bedingungen gegeben sein müssen, damit PPP in der Lage sind effektiv¹⁵ zu handeln, um Governance betreiben und damit einhergehend Problembearbeitung bzw. eine Bereitstellung öffentlicher Gemeinschaftsgüter leisten zu können.¹⁶ Diese Frage nach den notwendigen Bedingungen für effektive Governance stellt den Ausgangspunkt für die folgende Analyse dar, wobei der Bereich von Global Public Health näher betrachtet werden soll.

Durch eine mit der wirtschaftlichen Globalisierung verbundenen Steigerung des Wohlstandsniveaus in vielen Teilen der Welt erhielten einerseits Bevölkerungsgruppen, die bislang von technologischen Neuerungen und neuen Behandlungsmethoden im Gesundheitsbereich ausgeschlossen waren, Zugang zu diesen. Andererseits wurden dadurch gleichzeitig soziale

¹⁰ Vgl. Andonova (2006).

¹¹ Vgl. Börzel/Risse (2005): 196; Mayntz (2002): 21.

¹² Kooiman (1993).

¹³ Vgl. Beisheim et al. (2008).

¹⁴ Vgl. Benner et al. (2001); Scharpf (1999): 16ff.

¹⁵ Der Begriff der Effektivität beschreibt generell den Beitrag, den eine Institution zur Lösung eines bestimmten Problems leistet (vgl. Levy et al. (1995): 291; Underdal (2002): 4). Der Begriff der Effektivität im Hinblick auf PPP wird im Kontext der Arbeit im Sinne der Erbringung eines Beitrags zur Problemlösung in Form einer Ursachenbearbeitung transnationaler Probleme auf der lokalen Ebene verstanden. Eine ausführlichere Darstellung der unterschiedlichen Dimensionen des Konzepts der Effektivität erfolgt im Rahmen der Darstellung der theoretischen Grundlagen unter 2.3.

Ungleichheiten auf globaler Ebene verschärft, da die meisten Entwicklungsländer von der wirtschaftlichen Globalisierung bislang nicht profitieren konnten und in der Folge weder eine Steigerung des Wohlstandsniveaus noch eine Verbesserung im Gesundheitsbereich eintrat. Die Globalisierung bringt Chancen und Risiken für alle Betroffenen mit sich, d.h. im Gesundheitsbereich für alle Bevölkerungsgruppen: Chancen durch Forschung auf internationaler Ebene, neue Präventionsstrategien und Behandlungsmethoden; Risiken durch die immer schnellere Verbreitung von bestimmten Krankheiten, so genannten globalen „bads“ – transnationale „spillovers“ negativer Natur –, die aus vermehrtem Gütertausch sowie der immer weiter zunehmenden Mobilität der Menschen resultiert.

Der Bereich von Global Public Health wird dabei durch die Interaktionen zwischen unterschiedlichen Akteuren strukturiert: Neben der wichtigsten internationalen Organisation, der World Health Organization (WHO), existiert eine Vielzahl anderer Organisationen, Unterorganisationen, krankheitsspezifischer Initiativen, Stiftungen und PPP mit dem Ziel Regulierung und Problembearbeitung im Gesundheitsbereich auf globaler Ebene zu leisten. Die Besonderheit von Global Health Governance (GHG) ergibt sich daraus, dass die Herausbildung eines Politikfeldes beobachtet werden kann, welches sich sowohl auf globale Risiken – Krankheiten transnationalen Charakters – als auch auf ein globales Gemeinwohl – Gesundheit¹⁷ – bezieht.¹⁸ Das vorrangige Problem, mit dem sich das Politikfeld von GHG konfrontiert sieht, ist die extrem weite Verbreitung von Krankheiten transnationalen Charakters. Die drei Infektionskrankheiten, die in diesem Zusammenhang die größte Herausforderung darstellen, sind HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose (TB). Diese Infektionskrankheiten verlangen als globale Probleme nach transnationaler sowie lokaler Problembearbeitung. Regulierung erfolgt auf transnationaler Ebene, die Ursachen und Effekte sowie der Schlüssel zur Bearbeitung dieser Probleme sind jedoch auf der lokalen Ebene vorzufinden; effektive Problembearbeitung muss daher durch lokale Implementierungsstrukturen erfolgen. Die Kongruenzbedingung wird durch dieses Problem transnationaler Infektionskrankheiten folglich nicht erfüllt.¹⁹

Als Ursachen für die weite Verbreitung und die Probleme bei der Bekämpfung der drei Infektionskrankheiten können zum einen ein *Informations-* und zum anderen ein *Kapazitätendefizit* identifiziert werden. So gibt es eine Informationslücke zwischen armen und reichen

¹⁶ Vgl. Dose (2008); Zürn (2008): 555.

¹⁷ Gesundheit kann, aus politikwissenschaftlicher Sicht, als ein „globales Gemeinwohl“ und als ein „öffentliches Gut“ betrachtet werden (vgl. Chen et al. (1999): 285; Héritier (2002): 2). Andere Disziplinen, wie z.B. die Medizin und Epidemiologie teilen diese Sichtweise nicht. Im Rahmen dieser Arbeit soll Gesundheit jedoch als ein globales öffentliches Gut betrachtet werden; Gesundheit erfüllt als solches die Kriterien die Kaul et al. für globale öffentliche Güter festsetzen (vgl. Kaul et al. (1999a), (1999b), (2003); Kaul/Mendoza (2003)).

¹⁸ Hein (2004): 4.

¹⁹ Vgl. Hale/Mauzerall (2004): 220.

Ländern im Bereich Gesundheit. Ein Ausgleich dieses Informationsdefizits stellt ein grundlegendes Element zur Bekämpfung von Ungleichheiten im Bereich der globalen Gesundheit sowie bei der Bekämpfung der drei Infektionskrankheiten HIV/AIDS, Malaria und TB dar.²⁰ Die zweite Ursache – ein Mangel an Kapazitäten – besteht darin, dass aufgrund eines bestehenden Ressourcenmangels (materieller und immaterieller Natur) auf lokaler Ebene eine effiziente und effektive Implementierung von Problemlösungsstrategien nicht realisierbar ist. Die damit einhergehende schwache Performanz von lokalen Implementierungsstrukturen wirkt sich in der Folge negativ auf die Problemlösungsfähigkeit von Institutionen und auf deren Bereitstellungsfunktion öffentlicher Gemeinschaftsgüter aus.²¹

Neue Formen transnationalen Regierens im Bereich von Global Public Health sollten das Potential besitzen, auf effektive und nachhaltige²² Art und Weise das Informations- sowie Kapazitätsdefizit auszugleichen. Für die Bewertung ihrer Governance-Leistung im Sinne von effektiver Problemlösungsfähigkeit muss untersucht werden, ob diese dazu imstande sind eine Kapazitätenlücke (die die Bearbeitung des speziellen transnationalen Problems behindert und mit welcher die Informationslücke einhergeht, da ein Mangel an lokalen Kapazitäten – v.a. im Personal- und Infrastrukturbereich – in der Folge ein Informationsdefizit in der Bevölkerung bedingt) langfristig und nachhaltig zu schließen. Genauer muss untersucht werden, ob die durch das jeweilige Governance-Arrangement eingesetzten Policy-Instrumente geeignet sind, um das zugrunde liegende Problem zu lösen und ob die entsprechenden Maßnahmen an den beobachtbaren Symptomen oder an den Ursachen des Problems ansetzen.²³ Eine an den Ursachen orientierte Problembearbeitung im Bereich von Global Public Health ist nur durch eine Schließung der Informations- und Kapazitätenlücke realisierbar. Ein Governance-Arrangement muss folglich entsprechende Instrumente einsetzen, um die Ursachen von transnationalen Gesundheitsproblemen effektiv bearbeiten zu können.

Zur Beantwortung der Frage, ob dies in effizienter und effektiver Weise durch neue Formen transnationalen Regierens geschieht, wird dieser Arbeit ein analytisches Verständnis von Governance zu Grunde gelegt.²⁴ Gemäß der Definition von Renate Mayntz bezieht sich Go-

²⁰ Lee (2003): 195.

²¹ Vgl. Beisheim et al. (2007a): 327.

²² Unter dem Konzept der Nachhaltigkeit ist im Kontext von Gesundheitsprogrammen generell „the capacity of the program to continue its activities, and hence its impact, after the program or funding stream comes to an end“ zu verstehen (Walford (2005): 45). Auf die Verwendung des Begriffs der Nachhaltigkeit im Kontext der Arbeit wird im Zusammenhang mit dem Konzept des Capacity Building unter Kapitel 2.5 eingegangen.

²³ Vgl. Dose (2008): 83.

²⁴ Bei der Verwendung des Governance-Begriffs wird zwischen einer normativen und analytischen Dimension des Konzepts unterschieden. Im Sinne von (nach unterschiedlichen Ebenen ausdifferenzierter) „Good Governance“ ist der Begriff normativ besetzt. Die Politikformulierung und Leistungserbringung wird aus diesem Blickwinkel als Modell der Problembearbeitung im Sinne des „guten Regierens“ verstanden. Aus der analytischen

vernance generell auf die unterschiedlichsten Formen von Steuerung zur Regulierung sozialer Sachverhalte, was einen kollektiven Problemlösungscharakter impliziert.²⁵ Global Governance kann in diesem Sinne als ein Prozess der Problembearbeitung und, wenn möglich, Problemlösung verstanden werden. Im Fokus der Analyse steht die Wirkungsdimension eines bestimmten Governance-Arrangements: Public-Private Partnerships. Mittels eines analytischen Zugangs zu den vielfältigen Handlungskoordinationen innerhalb von und durch PPP soll die Frage nach der Bearbeitung der Ursachen transnationaler Probleme im Bereich von Global Public Health beantwortet werden. Zu diesem Zweck sollen die Interaktionen auf globaler Ebene und deren Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung auf der nationalen sowie lokalen Ebene am Beispiel einer globalen Institution inklusiven Charakters in Form einer PPP im Bereich von Global Public Health näher analysiert werden.

Hierzu wurde der Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, GFATM) ausgewählt, welcher als Steuerungsinstrument mit dem Ziel *„die weltweit zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bekämpfung bestimmter Infektionskrankheiten zu erweitern und diese Ressourcen in Regionen zu lenken, die sie am dringendsten benötigen“*²⁶ agiert. Im Hinblick auf dessen Organisationsstruktur, (v.a. finanzielle) Ressourcen, Performanz und dessen selbst formulierten Anspruch einen hohen Grad an Transparenz aufzuweisen wird der GFATM generell als eine erfolgreiche und effektive PPP betrachtet. Seit der Einrichtung des GFATM hat dieser bislang der Vergabe von Fördermitteln in Höhe von 8,6 Milliarden US-Dollar (ca. 6,1 Milliarden Euro) zur Finanzierung von 450 Förderprogrammen in 136 Ländern zugesagt. Aktuell werden 20 Prozent aller internationalen Programme gegen AIDS und zwei Drittel aller Programme gegen TB und Malaria durch den GFATM finanziert.²⁷ In Bezug auf das finanzielle Engagement der Bundesrepublik Deutschland bezüglich der Bereitstellung von Fördermitteln für den GFATM ist anzuführen, dass im Rahmen der unter dem G8-Vorsitz Deutschlands im September 2007 stattgefundenen Geberkonferenz des GFATM in Berlin (die nächste wird vom 30. März bis 1. April 2009 in Cáceres, Spanien stattfinden) Deutschland Zusagen in Höhe von 600 Millionen Euro bis 2010 gemacht hat (der Posten im Haushalt von bis dahin 200 Millionen Euro wurde dadurch verdoppelt). Zudem hat die Bundesregierung zugesagt bis 2010 wei-

Perspektive auf Governance sind die Identifizierung von unterschiedlichen Akteurskonstellationen und die Vermischung verschiedener Koordinationsmechanismen von Interesse (vgl. Benz (2004); Mayntz (2008)).

²⁵ Mayntz (2008): 45.

²⁶ Rittberger (2008): 5.

²⁷ Vgl. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2007).

tere 200 Millionen Euro über ein neues Finanzierungsinstrument in Form von Schuldenumwandlungen zur Verfügung zu stellen.²⁸

Im Rahmen der Analyse soll untersucht werden, inwieweit dieses, aus der finanziellen Handlungsfähigkeit resultierende enorm hohe Problembearbeitungspotential des GFATM in dem Einsatz von „ursachenadäquaten“²⁹ Instrumenten zur Problembearbeitung im Bereich von Global Public Health resultiert. Überprüft werden soll dabei, inwieweit der GFATM mittels entsprechender Förderziele und deren Konkretisierung innerhalb dessen Förderstrategie den Aufbau einer Implementierungsstruktur (Capacity Building³⁰) vorsieht. Eine funktionsfähige Implementierungsstruktur wird als Bedingung für eine nachhaltige Verbesserung der Problemstruktur im Bereich von Global Public Health betrachtet. Mit derartigen Strukturen, so die Vermutung, geht eine Bearbeitung der Ursachen des Problems auf der lokalen Ebene und damit eine langfristige Verbesserung hinsichtlich der Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und TB durch die Arbeit der Partnerschaft einher.

Die grundlegende Hypothese – die diesbezüglich formuliert werden kann und welche maßgeblich die Struktur und Vorgehensweise, die dieser Arbeit zu Grunde liegt, bestimmt – bezieht sich auf die Annahme, dass die Förderziele einer PPP innerhalb der Förderstrategie derartig konkretisiert werden müssen, dass der Einsatz von Instrumenten und Maßnahmen des Capacity Building als Bedingung für eine effektive Durchführung von Problembearbeitungsstrategien durch lokale Implementierungsstrukturen vorgesehen wird, um so die effektive Bearbeitung der Ursachen transnationaler Probleme auf der lokalen Ebene zu garantieren.

Ferner wird angenommen, dass v.a. zwei intervenierende Variablen maßgeblich auf die Variablen Ziele und Strategie einer PPP sowie Performanz der Implementierungsstruktur bzw. der lokalen Durchführungsinstanzen³¹ eines Gesundheitssystems einwirken: Einerseits der *Förderkontext*, der den Handlungsrahmen einer PPP durch andere Institutionen und Organisationen (im Bereich von Global Public Health) strukturiert – und v.a. auf das institutionelle Design, die Förderprinzipien und -ziele der Partnerschaft einwirkt – sowie andererseits *lokale Kontextfaktoren*, die die Implementierungsstruktur und -bedingungen determinieren und da-

²⁸ Dabei werden Entwicklungsländern Schulden erlassen, wenn im Gegenzug das Geld dem GFATM zur Finanzierung von Programmen zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und TB im eigenen Land überlassen wird. Als erstes Land bekam Indonesien Schulden in Höhe von 50 Millionen Euro unter der Bedingung erlassen, dass die Hälfte der Summe Förderprogrammen des GFATM im eigenen Land zukommt (vgl. Süddeutsche Zeitung online (2007)).

²⁹ Dose (2008): 84.

³⁰ Der Begriff des Capacity Building beschreibt den Aufbau einer grundlegenden Implementierungsstruktur, eine nähere Betrachtung des Konzepts findet unter 2.5 statt.

mit maßgeblichen Einfluss auf die Förderstrategie, den jeweiligen Programmansatz, entsprechend durchgeführte Maßnahmen und die Performanz der Durchführungsinstanzen ausüben.³² Als kritische Variable (d.h. als ausschlaggebende, entscheidende Variable) im Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variable – die *Förderziele* der PPP als relevantem Akteur – und der abhängigen Variable – die *Performanz der lokalen Implementierungsstrukturen* (im Sinne von simpler oder komplexer Performanz³³) – kann die Variable der *Förderstrategie* identifiziert werden: diese muss den Einsatz von ursachenadäquaten Instrumenten, d.h. von Instrumenten und Maßnahmen, die eine Bearbeitung der Ursachen transnationaler Probleme auf lokaler Ebene zum Ziel haben, vorsehen und fördern, um langfristige Problembearbeitung in Bezug auf die Bekämpfung der drei Infektionskrankheiten zu leisten. Interessant im Hinblick auf eine nachhaltige Problembearbeitung durch PPP als neue Formen von Governance am Beispiel der Gesundheitspartnerschaft des GFATM ist nun, ob dessen Ziele derart in eine Förderstrategie umgesetzt worden sind, dass durch den Einsatz von entsprechenden Instrumenten im Ergebnis die lokalen Implementierungsstrukturen die Kriterien der komplexen Performanz erfüllen.

Die Forschungsfrage, die sich daraus ergibt, kann demnach wie folgt formuliert werden:

*Werden die sehr allgemein formulierten Förderziele des GFATM so in eine Förderstrategie umgesetzt und in der Folge (durch den gezielten Einsatz von Instrumenten und Maßnahmen zur Ursachenbearbeitung transnationaler Probleme im Rahmen des Förderansatzes) die Performanz der lokalen Implementierungsstrukturen derart beeinflusst, dass diese im Ergebnis die Anforderungen der komplexen Performanz erfüllen?*³⁴

³¹ Der Begriff der Durchführungsinstanzen kommt aus der Implementationsforschung und beschreibt die Implementierungsstruktur, welche maßgeblich die Programmentwicklung und -durchführung bestimmt. Eine nähere Darstellung des Zusammenhangs findet unter 2.4.1 statt.

³² Natürlich können mehrere intervenierende Variablen identifiziert werden, jedoch beschränkt sich die Analyse auf diese zwei Variablen. Das Herausgreifen von diesen zwei intervenierenden Variablen wird als legitime Vorgehensweise betrachtet, da die Analyse der Problemstruktur gezeigt hat, dass diese den bedeutendsten Einfluss auf den Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variable, die Förderziele des GFATM, und der abhängigen Variable, die Performanz von lokalen Durchführungsinstanzen, ausüben. Als Beispiele für weitere intervenierende Variablen können die Mitglieder des Problemlösungszusammenschlusses sowie privatwirtschaftliche Interessen der Mitglieder oder von Akteuren im Empfängerland etc. genannt werden.

³³ Eine ausführliche Darstellung der Konzepte der simplen und komplexen Performanz findet sich unter dem Kapitel der unterschiedlichen Dimensionen von Effektivität unter 2.3.1. Zum Verständnis soll an dieser Stelle angemerkt werden, dass sich beide Konzepte auf den Beitrag, den eine Institution zur Lösung eines bestimmten Problems leistet, beziehen. Dabei berücksichtigen sowohl das Konzept der simplen als auch das der komplexen Performanz bei der Bewertung der Performanz einer Institution Kriterien wie Nachhaltigkeit, Effizienz, Gleichberechtigung und Stabilität. Im Gegensatz zum Konzept der simplen Performanz stellt das Konzept der komplexen Performanz jedoch höhere Anforderungen an Effektivität, welche den Ausgleich von und Umgang mit uninitiierten Nebenfolgen negativer und positiver Natur einschließen.

³⁴ Vgl. Anhang 1: Bezugssystem der Analyse.

Der Charakter der Fragestellung sieht dabei keine Implementationsstudie, sondern eine Analyse der notwendigen Bedingung – in Form der Variablen Förderstrategie – für die komplexe Performanz der Implementierungsstruktur vor.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage soll anhand eines Phasenmodells, bei dem qualitative Forschung die Vorstufe zu quantitativer Forschung darstellt – im ersten Schritt werden mit Hilfe qualitativer Verfahren basierend auf der Darstellung der theoretischen Grundlagen Bedingungen formuliert, die gegeben sein müssen, damit ein Hilfsprogramm tatsächlich effektiv ist, woraufhin im zweiten Schritt die Überprüfung erfolgt, ob diese Bedingungen im Fall des Global Fund empirisch auch gegeben sind (mit Hilfe qualitativer und quantitativer Verfahren, in Form einer Dokumentanalyse sowie Datenerhebung und –auswertung) – untersucht werden, inwieweit im Rahmen der durch den GFATM finanzierten Programme³⁵ ein Aufbau von Implementierungsstrukturen auf der lokalen Ebene (Capacity Building) zulässig ist und stattfindet. Dazu sollen die öffentlich zugänglichen Dokumente und Daten, die durch den GFATM bereitgestellt werden, herangezogen werden. Auf der Grundlage dieser Dokumente und Daten soll geprüft werden, ob konkrete Aussagen bezüglich des Beitrags des GFATM hinsichtlich eines Aufbaus von lokalen Durchführungsinstanzen getroffen werden können. Es wird sich im Laufe der Arbeit zeigen, ob durch den GFATM ausreichend Informationen zur Verfügung gestellt werden, um bezüglich seiner Governance-Leistung (abhängig vom Aufbau lokaler Durchführungsinstanzen zur Programmimplementation) konkrete Aussagen treffen zu können und inwieweit es möglich ist, zuverlässig nachvollziehen zu können, ob die Mittel des GFATM damit auch den tatsächlichen Förderzielen zu Gute kommen. In diesem Zusammenhang ist zu überprüfen, ob die These des „Standardmodells GFATM“³⁶ hinsichtlich dessen selbst formulierten Anspruchs, ein hohes Maß an Transparenz und Überprüfbarkeit bereitzustellen, der Wirklichkeit entspricht. Ist ein hohes Maß an Transparenz gegeben, sollte es möglich sein, konkrete Aussagen auf der Grundlage der durch den GFATM zur Verfügung gestellten Daten treffen zu können und somit dessen Förderansatz in Bezug auf die

³⁵ Die durch den GFATM getroffene Unterscheidung zwischen Programm und Projekt soll im Rahmen der Arbeit übernommen werden. Der Begriff des Programms geht dahingehend weiter als der des Projekts, als dass dieser eine breiter angelegte und längerfristige Förderung umschreibt, die auf nationaler oder sub-nationaler Ebene stattfindet und eine Reihe von Unterprogrammen oder Projekten umfasst. Ein Projekt ist dagegen auf einen kürzeren Zeitraum und meist ebenso auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe oder Region begrenzt (vgl. GFATM et al. (2006): 10).

³⁶ Der GFATM wird von der Öffentlichkeit sowie von Teilen der relevanten Literatur aufgrund dessen Anspruchs einen hohen Grad an Transparenz aufzuweisen und dessen Problembearbeitungspotentials (das sich aus dem hohen Maß an ihm zur Verfügung stehenden materiellen und immateriellen Ressourcen ergibt) als Beispiel einer transparent, effizient und effektiv operierenden PPP betrachtet. In der Folge wird diesem „Standardmodellcharakter“ zugeschrieben. Eine Überprüfung der Standardmodell-These erfolgt unter 3.2.2.

Förderstrategie und deren Einfluss auf die (komplexe) Performanz der nationalen und lokalen Implementierungsstrukturen eines Gesundheitssystems beurteilen zu können.

Aufbauend auf den ersten einleitenden Teil werden zunächst im zweiten Teil die theoretischen Grundlagen für den weiteren Verlauf der Arbeit gelegt. Die anhand der theoretischen Grundlagen gewonnen Erkenntnisse sollen im nächsten Schritt, im dritten Teil der Arbeit, auf den Bereich von Global Public Health und den GFATM als eine PPP im Feld von Global Public Health Anwendung finden. In Bezug auf die formulierte Hypothese sowie die im weiteren Verlauf der Arbeit mit Hilfe der theoretischen Ansätze aufgestellten Bedingungen, die gegeben sein müssen, damit ein Hilfsprogramm tatsächlich effektiv ist, soll anhand der Fallstudie und der durchgeführten Datenerhebung überprüft werden, ob diese im Fall des GFATM auch gegeben sind und die Forschungsfrage soll, wenn möglich, in Folge dessen beantwortet werden. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse sowie eine kritische Auseinandersetzung mit den auf Basis der Datengrundlage gewonnenen Erkenntnissen und das Aufzeigen von Forschungslücken wird letztlich Thema des vierten Teils der Arbeit, dem Schlusskapitel, sein.

2. Theoretische Grundlagen

Im Folgenden werden die theoretischen Grundlagen und der Forschungsstand für den untersuchten Bereich dargestellt, damit im Rahmen der Anwendung am Beispiel einer konkreten Fallstudie – dem Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria – eine Überprüfung der auf dieser Grundlage formulierten Bedingungen stattfinden kann. Aufbauend auf einem analytischen Verständnis von Global Governance und der genaueren Betrachtung des Bereichs von Global Health Governance wird auf neue Formen transnationalen Regierens in Form von Public-Private Partnerships eingegangen. Weiter soll im Zuge der Darstellung der theoretischen Grundlagen zunächst das Konzept der Effektivität und die Verwendung des Begriffs der Effektivität im Sinne von komplexer Performanz für den Kontext der Untersuchung erläutert werden. Zudem sollen die Ergebnisse der Implementationsforschung – insbesondere im Hinblick auf die Ergebnisse bezüglich der Relevanz der Programmstruktur, identifizierter Implementationsprobleme und der Rolle der Implementierungsstruktur – zur Bekräftigung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Hypothese und als Grundlage für die folgende Analyse dargestellt werden. Daran anschließend wird der Begriff des Capacity Building, des-

sen Verwendung und Stellenwert als notwendige Bedingung für die Effektivität der Implementierungsstruktur (im Sinne von komplexer Performanz) betrachtet.

2.1 Global Public Health – ein regelungsbedürftiger Bereich?

Der Begriff Public Health – „öffentliche Gesundheit“ oder „Gesundheitswissenschaften“ wird von der WHO wie folgt definiert:

„Public health is understood as ‘the science and art of promoting health, preventing disease, and prolonging life through the organized efforts of society’. It refers to all organized measures (whether public or private) to prevent disease, promote health, and prolong life of the population as a whole. Its activities aim to provide conditions in which people can be healthy and focuses on entire populations, not on individual patients or diseases. Thus, public health is concerned with the total system and not just the eradication of a particular disease.“³⁷ (Hervorhebung im Original)

Kennzeichnend für den Bereich von Public Health sind Multidisziplinarität, der Bevölkerungs- und Systembezug sowie die Anwendungsorientierung des Gegenstands. Public Health umfasst dabei die unterschiedlichen Disziplinen der Epidemiologie, Medizin, Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Gesundheitsökonomie sowie -politik und Ethik zur Beschreibung der Probleme im betreffenden Bereich und Entwicklung von Problemlösungsstrategien. Public Health bezieht sich nicht auf die Ebene des Individuums sondern legt den Schwerpunkt auf Problemidentifikation und -bearbeitung von Gesundheitsproblemen in Bezug auf Bevölkerungsgruppen und Gesundheitssysteme; die Anwendungsorientierung von Public Health, welche die Identifikation und Entwicklung von Strategien zur Bearbeitung bzw. Lösung von gesundheitlichen Problemen umschließt, wird damit unübersehbar.³⁸ Ziele von Public Health sind folglich die bevölkerungsweite Verbesserung der Gesundheitssituation und die Verminderung von sozialer Ungleichheit im Gesundheitsbereich.³⁹ Zu diesem Zweck übernimmt Public Health drei Funktionen:⁴⁰

- Die Einschätzung und Beobachtung des Gesundheitszustands von unterschiedlichen Gesellschaften und Risikogruppen, um Gesundheitsprobleme, Dringlichkeiten und Prioritäten bewerten und identifizieren zu können (*Situationsbeschreibung*);
- die Formulierung von öffentlichen Verhaltensgrundsätzen, die zum Ziel haben identifizierte lokale und nationale Probleme im Gesundheitsbereich zu lösen (*Strategieentwicklung*) sowie
- die Sicherstellung, dass alle Bevölkerungsgruppen zu angemessener und kosteneffektiver Gesundheitsversorgung, einschließlich zu Diensten zur Gesundheitsförderung und Krank-

³⁷ WHO (2005): 5.

³⁸ Kolip (2002): 16f.

³⁹ Vgl. Holland/Fitzsimons (1991): 610f.

heitsprävention, Zugang haben (*Kapazitätenbereitstellung, um Implementierung zu gewährleisten*).

Global Public Health betont dabei die globale Dimension des Bereichs öffentlicher Gesundheit. Der Bereich von Global Public Health hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen und rückt immer weiter in das öffentliche Interesse. Eine Zeitschrift gleichen Namens wird seit dem Jahr 2006 herausgegeben, die Zahl der Publikationen und Forschungsprojekte im Feld von Global Public Health und Global Health Governance hat in letzter Zeit einen bis dahin nicht gekannten Zuwachs erfahren und eine unvorstellbare Zunahme der Finanzmittel, die in den Bereich von Global Public Health fließen, konnte in den letzten fünfzehn Jahren beobachtet werden: sind in den frühen neunziger Jahren noch ein paar hundert Millionen US-Dollar dem Gesundheitsbereich zugekommen, wurden von Seite der Geber letztes Jahr geschätzte 20 Billionen US-Dollar dem Bereich der öffentlichen Gesundheit zugesichert, wobei ein Großteil der zusätzlichen Mittel auf die Krankheiten HIV/AIDS, Malaria und TB entfällt.⁴¹ Die Aktualität von Global Public Health ist somit unübersehbar.

Am Anfang der Analyse stellt sich die Frage wieso Global Public Health überhaupt ein Problem für die Politik darstellt und welches Problem Politik im Rahmen von Global Public Health lösen soll. Wo genau besteht im Bereich von Global Public Health Regelungsbedarf durch politische Institutionen? Das Problem stellt sich wie folgt: Im Gesundheitssektor auf internationaler Ebene existiert das Problem der Eindämmung bestimmter armutsbedingter transnationaler Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS, Malaria und TB, deren Ursache und Auswirkungen auf lokaler und nationaler Ebene zu finden sind. Politik soll in dieser Problemkonstellation die Problemlösungsfunktion übernehmen.⁴² Daraufhin kann gefragt werden, inwieweit das beschriebene Problem der Eindämmung spezieller armutsbedingter Infektionskrankheiten derart relevant ist, dass es internationalen Regelungsbedarf durch politische Institutionen verlangt und worin genau die transnationale Dimension des Problems bzw. der Krankheiten HIV/AIDS, Malaria und TB besteht.

⁴⁰ Vgl. WHO (2005): 5.

⁴¹ In Bezug auf die Finanzmittel vgl. Sridhar (2009) und Sridhar/Batniji (2008); hinsichtlich der wissenschaftlichen Relevanz können u.a. das Forschungsprojekt "Global Health Governance: Institutional Change and the Interfaces Between Global and Local Politics in the Poverty-Oriented Fight of Diseases" des GIGA German Institute of Global and Area Studies/Leibniz-Institut für Globale und Regionale Studien in Hamburg sowie das im Oktober 2008 angelaufene Forschungsprojekt „Global Health Governance“ des Munich Center on Governance, Communication, Public Policy and Law angeführt werden.

⁴² Vgl. hierzu Lee et al. (2002): 12.

2.1.1 Der transnationale Charakter von HIV/AIDS, Malaria und TB

Der besondere transnationale Charakter dieser drei Infektionskrankheiten ergibt sich aus ihrer *Reichweite bzw. Verbreitung, sozio-ökonomischen sowie sicherheitspolitischen Komponente* und ihrem *Einfluss auf das Nord-Süd Gefälle*.⁴³ Aufgrund dieser Eigenschaften grenzen sich diese drei so genannten armutsbedingten Infektionskrankheiten oder auch als „Killerkrankheiten der Armut“⁴⁴ bezeichneten Krankheiten klar von anderen Infektions- sowie nicht-infektiösen Krankheiten (wie z.B. Krebs, Grippe oder Epidemien jüngerer Datums wie SARS oder der Vogelgrippe) ab, die zwar ebenfalls weite Verbreitung finden, jedoch keine vergleichbar starken und nicht derart weitreichende sozio-ökonomische und sicherheitspolitische Folgeerscheinungen und Auswirkungen auf das Nord-Süd Gefälle haben.

Durch ihre *extrem weite Verbreitung* erlangen HIV/AIDS, Malaria und TB einen unübersehbaren transnationalen Charakter. Die Zahlen sprechen in diesem Fall für sich: Die drei Krankheiten zusammen fordern jedes Jahr geschätzte sechs Millionen Todesopfer.⁴⁵ Die WHO schätzt, dass von 1945 bis 1999 die drei Infektionskrankheiten 150 Mio. Menschenleben gekostet haben⁴⁶, wobei HIV/AIDS seit 1981 die meisten Opferzahlen forderte.⁴⁷ Allein 2007 starben zwei Mio. Menschen an den Folgen von HIV/AIDS.⁴⁸ Es wird geschätzt, dass im Jahr 2007 rund 33 Mio. Menschen weltweit mit der Immunschwäche HIV lebten, wobei die Zahl der Neuinfektionen einen leichten Rückgang verzeichnete (waren es 2001 noch rund drei Mio., so ging man 2007 von geschätzten 2,7 Mio. Neuinfektionen aus). 95 Prozent aller HIV-Infizierten leben in Entwicklungsländern, wovon wiederum der größte Teil auf Subsahara-Afrika fällt (ca. 70 Prozent der HIV/AIDS-Infizierten), wo das Virus seine stärkste Verbreitung findet.

⁴³ Vgl. Hein et al. (2007); Thomas/Weber (2004).

⁴⁴ Wulf (2004): 132.

⁴⁵ WHO (2002).

⁴⁶ WHO (1999).

⁴⁷ In Bezug auf HIV/AIDS hat ein regionaler Wandel in der Verbreitung der Krankheit seit Anerkennung der Pandemie 1981 bis heute stattgefunden. Anfangs war die Immunschwäche unter so genannten „Randgruppen“, bei Homosexuellen und Drogenabhängigen weit verbreitet bis sie eine relativ weite gesellschaftliche Verbreitung, auch unter Heterosexuellen v.a. in den Industrienationen, fand. Durch Aufklärungskampagnen wurde jedoch das öffentliche Bewusstsein in Bezug auf HIV/AIDS relativ schnell geschärft. Im Zuge der Globalisierung erreichte die Krankheit Afrika und weite Teile der Erde außerhalb der westlichen Welt, wo sich aufgrund des Informationsdefizits und damit einhergehend mangelnder Aufklärung das Virus ungestört ausbreiten konnte. In diesem Zusammenhang kann die Globalisierung als der treibende Motor bei der Verbreitung von Infektionskrankheiten, v.a. von HIV/AIDS und in diesem Sinne von transnationalen „bads“, angesehen werden (vgl. Harris/Seid (2004): 27f.; Kaul et al. (1999a): 6).

⁴⁸ UNAIDS (2008).

In direktem Zusammenhang mit HIV/AIDS steht die Zahl der TB-Fälle.⁴⁹ Laut der WHO gab es 2006 9.157.021 Fälle von aktiver TB⁵⁰ (wobei hier die Zahl der an TB erkrankten HIV-Patienten einfließt) und 14.424.343 Menschen starben an den Folgen der Krankheit (eingeschlossen sind ebenfalls HIV-Kranke die an TB starben).⁵¹ 99 Prozent aller Menschen, die an TB leiden, sind in Entwicklungsländern zu finden.

Malaria hat, verglichen mit HIV/AIDS und TB, die höchste Zahl an Krankheitsfällen zu verzeichnen.⁵² Die geschätzte Zahl der Krankheitsfälle betrug im Jahr 2006 247 Mio., die Zahl der registrierten Fälle lag bei 94.048. Die Zahl der Todesfälle aufgrund von Malaria lag bei geschätzten 881.000, was ungefähr einer Zahl von 2500 Toten pro Tag entspricht.⁵³

Die aufgeführten Zahlen verdeutlichen die Notwendigkeit der Bearbeitung dieses Problems transnationaler Infektionskrankheiten durch die Politik: HIV/AIDS ist als Pandemie (d.h. als Epidemie mit weltweiter Reichweite) anerkannt, Malaria wird als „armutsbedingte“ Krankheit eingestuft und kommt primär in Entwicklungsländern mit besonders schweren (sozio-ökonomischen) Folgen für die Armen der Ärmsten vor. Darüber hinaus kommt es vermehrt zu neuen Formen von medikament-resistenter Malaria sowie TB und obwohl schon seit mehreren Jahrzehnten eine effektive Therapie gegen Malaria und TB existiert, wurde im April 1993 TB von der WHO als ein „global emergency“ eingestuft.⁵⁴

Die *sozio-ökonomische Komponente* von HIV/AIDS, Malaria und TB hat mehrere Facetten: Auf der Individualebene bringen die drei Infektionskrankheiten dramatische Auswirkungen mit sich. Bislang wurde angenommen, dass ein schlechter Gesundheitszustand die ökonomische Leistungsfähigkeit, das Einkommen und demnach Armut bedingt und in der Folge wiederum in einem verschlechterten Gesundheitszustand resultiert, wodurch der „Teufelskreis“ verfestigt wird (negative Sichtweise). Jedoch hat sich die Wahrnehmung dieses Zusammenhangs in der letzten Zeit leicht verändert und seit einigen Jahren wird Gesundheit im positiven Sinne als die Variable zur Möglichkeit der Verringerung von Armut und als Chance zur Entwicklung betrachtet (positive Sichtweise).⁵⁵ Hinzugefügt werden muss allerdings, dass alleine

⁴⁹ Der direkte Zusammenhang von HIV/AIDS und TB ergibt sich daraus, dass oftmals mit dem Ausbruch von AIDS eine Erkrankung an (aktiver) TB einhergeht.

⁵⁰ Weit mehr Menschen tragen jedoch den Erreger *Mycobacterium Tuberculosis*, der eine aktive TB auslösen kann, in sich. Im Jahr 2002 schätzte die WHO die Zahl der Menschen, die den TB Erreger in sich tragen, auf zwei Milliarden (WHO (2002): 13).

⁵¹ WHO (2008a).

⁵² Die Zahl der Krankheitsfälle bezieht sich auf die Inzidenz einer Krankheit (d.h. das Vorkommen einer Krankheit) und nicht auf die Prävalenz (die Verbreitung einer Krankheit).

⁵³ WHO (2008b).

⁵⁴ WHO (1994); für eine ausführliche Darstellung der globalen Dimension von TB vgl. Porter et al. (2002).

⁵⁵ Vgl. Chen et al. (1999); Thomas/Weber (2004): 196.

durch medikamentöse Interventionen und einen dadurch hervorgerufenen verbesserten Gesundheitszustand das Problem sozialer Ungleichheit und Armut nicht bekämpft werden kann. Sozio-ökonomische Transformationen in den betroffenen Regionen sind weiterhin notwendig, um dem Problem der Armut effektiv entgegenzuwirken.⁵⁶ Malaria, TB und allen voran HIV/AIDS stellen damit zu einem gewissen Grad eine Bedrohung für die soziale und ökonomische Stabilität in den Entwicklungsländern dar. Des Weiteren haben HIV/AIDS, Malaria und TB weitreichende Auswirkungen auf die soziale und ökonomische Entwicklung auf nationaler Ebene. Davon betroffen sind die Entwicklung von Humankapital, die soziale Zusammensetzung einer Gesellschaft und das Bruttoinlandsprodukt, da Gesundheit die Produktivität einer Gesellschaft und damit ökonomisches Wachstum beeinflusst und folglich makroökonomische Auswirkungen hat (hier sind v.a. die Effekte aufgrund von HIV/AIDS hervorzuheben⁵⁷). In Folge von HIV/AIDS, verschwindet eine ganze Generation an jungen, produktiven Menschen einer Gesellschaft; die Lebenserwartung ist in den am stärksten von HIV/AIDS betroffenen Ländern dramatisch gesunken.⁵⁸ Viele Gesellschaften in Entwicklungsländern haben heutzutage schon mit einem Mangel an Lehrern, Wissenschaftlern und Fachkräften im Bereich des Gesundheitswesens oder im öffentlichen Sektor zu kämpfen. Diese Entwicklung wird sich voraussichtlich weiter verschärfen und letztlich den Staat in seiner Funktion als Bereitsteller öffentlicher Güter behindern, was in der Folge zu politischer Instabilität beitragen könnte.⁵⁹

Des Weiteren stellen diese transnationalen Krankheiten in zweifacher Hinsicht eine *Bedrohung für die internationale Sicherheit* dar. Zum einen kann angeführt werden, dass allein schon durch die globale Dimension der Infektionskrankheiten und deren globale Verbreitung eine direkte Bedrohung für die weltweite Bevölkerung entsteht. Zum anderen können schlechte Gesundheitszustände, Armut und soziale sowie ökonomische Unterentwicklung politische Instabilität als Folge sozialer Instabilität hervorrufen. In diesem Kontext kann von einem indirekten Einfluss auf nationale und internationale Sicherheit gesprochen werden.⁶⁰ Als Beleg für die sicherheitspolitische Reichweite der Krankheit HIV/AIDS kann zudem angeführt werden, dass im Januar 2000 der UN-Sicherheitsrat eine Sitzung zum Thema HIV/AIDS einbe-

⁵⁶ Vgl. Hein et al. (2007); Thomas/Weber (2004): 196.

⁵⁷ Für eine ausführlichere Darstellung der demografischen und sozio-ökonomischen Auswirkungen von HIV/AIDS siehe Barnett/Whiteside (2002).

⁵⁸ Vgl. mit den Zahlen in UNAIDS (2008).

⁵⁹ Für einen Überblick über die sozio-ökonomischen Folgen von HIV/AIDS vgl. Barnett/Whiteside (2002): 271f.; UNAIDS (2008): 160f.; in Bezug auf Malaria vgl. Sachs/Malaney (2002); WHO (2002): 16.

⁶⁰ Vgl. Hein et al. (2007): 6; Peterson (2002).

rief. Dies war das erste Mal in der Geschichte des Sicherheitsrates, dass eine Sitzung zum Thema Gesundheit abgehalten wurde.⁶¹

Letztlich spiegelt die Verbreitung sowie der Zugang bzw. Nicht-Zugang zu den relevanten Medikamenten sozio-ökonomische Ungleichheiten im globalen Kontext wider.⁶² Dies gilt insbesondere für HIV/AIDS, jedoch auch genauso in abgeschwächter Form für Malaria und TB. Die notwendigen Medikamente wie antiretrovirale Präparate⁶³ zur Therapie bei HIV/AIDS oder Antibiotika gegen TB und Malaria existieren zwar, aber nur ein geringer Teil der Weltbevölkerung kann sich diese leisten. Gerade in den Entwicklungsländern kommen die drei Infektionskrankheiten verstärkt vor, dort kann aber oftmals weder ein funktionierendes Gesundheitssystem noch der Zugang zu den notwendigen Medikamenten garantiert werden und die Krankheiten tragen in der Folge zu weiterer Armut bei, womit eine sich manifestierende *Verfestigung des Nord-Süd Gefälles* einhergeht, wie das Beispiel TB (TB gilt in der industrialisierten Welt als weitestgehend „besiegte“ Krankheit, stellt aber in den Entwicklungsländern ein enormes Problem dar) und das in diesem Zusammenhang formulierte Zitat von Walt veranschaulichen.⁶⁴

„As public health systems have broken down, so has the spread of infectious diseases become increasingly labile – hitting the poor disproportionately. Attention on emerging and re-emerging infectious diseases has risen over the past decade, partly because of growing drug resistance, partly because of new diseases such as AIDS, and partly because of self-interest: tuberculosis, for example, was described as ‘conquered’ in the industrialized world in the 1950s, but has re-emerged in the late 1980s. [...] While the response in the rich world is often couched in terms of a new threat to the health of their populations, it has drawn attention to problems which were never absent from low income and some middle income countries: TB and malaria for example, and, with a change in leadership at WHO, have led to concerted action around these diseases, as evidenced by some public-private partnerships and by campaigns such as Roll Back Malaria. Nevertheless, the balance is far from redressed.“⁶⁵ (Hervorhebung im Original)

Aufgrund der angeführten Eigenschaften von HIV/AIDS, Malaria und TB werden die transnationale Dimension des Problems der Eindämmung der Infektionskrankheiten sowie der politische Regelungsbedarf durch (internationale bzw. globale) Institutionen deutlich. Folglich kann in diesem Zusammenhang von einem Problem für Global Governance gesprochen werden. Daran anschließend stellt sich die Frage, welches institutionelle Arrangement in diesem Kontext als am Besten geeignet erscheint, um dieses transnationale Regelungsproblem effektiv und nachhaltig zu bearbeiten.

⁶¹ Vgl. Peterson (2002): 43.

⁶² Vgl. Lee (1999).

⁶³ Im Folgenden durch ARV abgekürzt. Für eine genauere Beschreibung von ART (antiretrovirale Therapie) und HAART (Hochaktive antiretrovirale Therapie) vgl. Barnett/Whiteside (2002): 338f.

⁶⁴ Vgl. dazu auch UNDP (1999).

2.1.2 Global Health Governance

Health Governance beschreibt die Strukturen und Institutionen einschließlich der Aktivitäten, Mittel und Maßnahmen, die innerhalb einer Gesellschaft bestehen, etabliert, durchgeführt oder getroffen werden, um die Gesundheit ihrer Bevölkerung zu garantieren und zu schützen.⁶⁶ Institutionen und Strukturen, die im Bereich von Health Governance eine Regulierungsfunktion übernehmen, können, entsprechend dem Governance-Mechanismus auf der lokalen, nationalen, regionalen, internationalen oder eben transnationalen Ebene, sowohl formeller als auch informeller Natur sein. Des Weiteren kann angemerkt werden, dass Health Governance durch öffentliche, private oder kombinierte Strukturen und Institutionen durchgeführt wird.⁶⁷

Global Health Governance beschreibt die Interaktionen zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren im globalen Mehrebenensystem, die aufgrund von „global public bads“ in Form transnationaler Gesundheitsrisiken verstärkt notwendig werden und zur Etablierung von Governance-Strukturen im Gesundheitsbereich auf transnationaler Ebene führen, welche in der Konsequenz rückwirkend die nationalen Gesundheitssysteme beeinflussen.⁶⁸

Das Beispiel HIV/AIDS veranschaulicht, wie durch gesellschaftliche Mobilisierung der Aufbau institutioneller Strukturen zur Bearbeitung des speziellen Problems im Bereich der globalen Gesundheit vorangetrieben wurde. Durch zivilgesellschaftliches Engagement veränderte sich die Sicht auf das globale Problem HIV/AIDS. Zudem konnte ein immer klareres Bild der sozio-ökonomischen Auswirkungen durch die Verbreitung von HIV/AIDS – der anfangs nur als „Randgruppenkrankheit“ angesehenen Epidemie – gezeichnet werden. In Folge der Anerkennung von HIV/AIDS als globalem Problem kam es zur Gründung unterschiedlicher Initiativen und Institutionen mit dem Ziel der Problembearbeitung, wie z.B. UNAIDS oder auch dem GFATM.⁶⁹ Diese Entwicklung, jene beobachtbare Institutionalisierung im Bereich der globalen Gesundheitspolitik, wird als Beitrag zur Herausbildung globaler Steuerungsstrukturen – Global Health Governance – angesehen.⁷⁰ Es kann konstatiert werden, dass GHG hauptsächlich die Bekämpfung armutsbedingter Infektionskrankheiten zum Ziel hat, da diesbezüglich, wie beschrieben, eine transnationale Regelungslücke identifiziert werden kann.⁷¹ Wie das folgende Zitat von Zacher/Keefe verdeutlicht, haben die globale Gesund-

⁶⁵ Walt (2000): 3f.

⁶⁶ Dodgson et al. (2002): 6.

⁶⁷ Vgl. Dodgson et al. (2002): 6; Kohlmorgen/Hein (2003): 16f.

⁶⁸ Hein (2003).

⁶⁹ Beisheim et al. (2007b): 256f.

⁷⁰ Vgl. Hein et al. (2007); Lee (2003).

⁷¹ Zacher/Keefe (2008): 130.

heitslage sowie die armutsorientierte Krankheitsbekämpfung die Herausbildung eines eigenständigen globalen Politikfeldes in Form von GHG gefördert:

„For some, the predominant goal of a strong health governance regime is to reduce the incidences of death by infectious diseases; for others it is to bring about improved economic development; for others it is to increase security against the threat of infectious diseases; and for yet others it is to develop a health policy that does not impede the flow of global trade and commerce. Depending on which goals or values the actors prefer, they will employ different control strategies.“⁷²

Der Förderkontext, charakterisiert durch die Ziele von Public Health sowie durch die bestehenden Strukturen und Institutionen im Bereich von GHG, stellt die Variable dar, deren Ziele und Strukturen auf die relevanten Akteure im Bereich von GHG einwirken und deren institutionelles Design, Förderziele und -prinzipien und in der Folge auch deren Förderansatz maßgeblich beeinflussen. In den letzten fünfzehn Jahren hat die Zahl sowie die Vielfalt der Typen von Akteuren im Gesundheitsbereich extrem zugenommen: Neben den wichtigsten Akteuren im Bereich der internationalen Gesundheitspolitik, der WHO und Weltbank, geschieht Problembearbeitung durch nationale Regierungen, andere internationale Organisationen sowie Unterorganisationen und deren Programme im Gesundheitsbereich (z.B. UNAIDS, STOP TB oder Roll Back Malaria). Als Antwort auf die globalen Herausforderungen ist hierbei ein Wandel der Institutionen im Bereich von GHG zu beobachten, der durch die immer weiter zurückgehende Leistungsfähigkeit zur effektiven Regulierung und Problemlösung von Nationalstaaten und rein zwischenstaatlichen Arrangements im Bereich von Global Public Health notwendig geworden ist.⁷³ Im Zuge dieser Entwicklung werden verstärkt nichtstaatliche Akteure im Rahmen neuer Formen von Governance innerhalb von Netzwerken und PPP an der Steuerung im Gesundheitsbereich beteiligt, um in der Folge effektivere Problembearbeitung leisten zu können.⁷⁴ Mit diesen Merkmalen von GHG gehen jedoch ernstzunehmende Probleme einher:⁷⁵

Erstens bewirkt die Akteurs- und Institutionenvielfalt von GHG einen großen Pluralismus von Institutionen sowie informellen Zusammenschlüssen, so dass Koordination, ein gemeinsames Vorgehen bzw. eine einheitliche Strategie und ein aufeinander abgestimmtes Handeln im Rahmen von GHG relativ schwierig erscheinen. Die Frage muss gestellt werden, ob darunter auch die Problemlösungsfähigkeit von GHG leidet.

Zweitens muss thematisiert und beobachtet werden, inwiefern die bisher bestehenden Strukturen von GHG als undemokratisch betrachtet werden können und welche Alternativen

⁷² Zacher/Keefe (2008): 135.

⁷³ Vgl. Dodgson et al. (2002): 7f.; Zacher/Keefe (2008): 129f.

⁷⁴ Vgl. Chen et al. (1999); Sridhar (2009).

⁷⁵ Dodgson et al. (2002): 21f.

diesbezüglich existieren. In diesem Kontext steht ebenso die Frage, ob eine Autorität oder zentrale Steuerungsmacht GHG effektiver und demokratischer gestalten könnte.

Drittens muss die Verfügbarkeit von Ressourcen im Bereich von GHG problematisiert werden. Fraglich ist, ob eine langfristige Finanzierung von Institutionen und Zusammenschlüssen gesichert ist und ob Ressourcen so effizient wie möglich eingesetzt werden.

Bei einer Bewertung von GHG müssen diese Defizite berücksichtigt werden und es sollte nach Verbesserungsmöglichkeiten gesucht werden, um im Bereich von GHG effektivere Problembearbeitungsstrukturen etablieren zu können, damit die drei Funktionen von Public Health, die durch die Strukturen und Akteure im Feld von GHG erfüllt werden sollen – *Situationsbeschreibung*, *Strategieentwicklung* und *Kapazitätenbereitstellung, um Implementierung zu gewährleisten* – effizient und effektiv erfüllt werden können.

Global Health Partnerships

Im Zuge der Etablierung neuer Formen von Governance sowie des Bedeutungszuwachses von nichtstaatlichen Akteuren konnte im Feld von GHG in den letzten Jahren ein besonders starker Anstieg von Global Health Partnerships (GHP) beobachtet werden. Diese GHP sind ihrer Form nach PPP, welche im Bereich Gesundheit die Ressourcen privater und öffentlicher Akteure zusammenbringen. Hinsichtlich der Legitimität, Transparenz, Accountability und Repräsentation innerhalb dieser GHP werden dieselben Bedenken wie für PPP in anderen Bereichen geäußert. Dennoch kann eine Vielzahl von erfolgreichen Beispielen an GHP, die positiven Einfluss hinsichtlich der Verbesserung von Problemstrukturen in deren Wirkungsbereich vorweisen und dadurch als effektive Problemlösungsmechanismen im Bereich von Global Public Health betrachtet werden können, angeführt werden.⁷⁶ Die Fallstudie – der GFATM – soll im Interesse dieser Arbeit dementsprechend dahingehend untersucht werden, inwieweit durch diesen die drei Funktionen von Public Health, welche eine effektive Problembearbeitung bedingen, erfüllt werden.

Zunächst werden zu diesem Zweck diese speziellen Governance-Arrangements in Form von PPP näher betrachtet, um später die so gewonnenen Erkenntnisse in Bezug auf diese neue Form transnationalen Regierens im Rahmen der Fallstudie auf den GFATM anwenden zu können.

⁷⁶ Vgl. Zacher/Keefe (2008): 132; für eine ausführlichere Darstellung von GHP siehe Buse/Walt (2002); Reich (2002); Widdus (2001).

2.2 Public-Private Partnerships

Public-Private Partnerships, eine Kooperationsform, deren Aufkommen zunächst auf nationaler Ebene (v.a. in England und Deutschland) beobachtet werden konnte, können nach Lindner/Vaillancourt Rosenau als Reaktion auf den Trend einer zunehmenden Privatisierung seit den 1980er Jahren betrachtet werden.⁷⁷ Die Idee des „Dritten Weges“, die die Einsicht des Staates benennt, dass ein Antagonismus zwischen Markt und Staat v.a. im Bereich der Wohlfahrt suboptimale Ergebnisse liefert, begründete das Aufkommen derartiger Kooperationspartnerschaften und galt als Korrektiv im Kontext der zunehmenden Privatisierung.⁷⁸ Ein Dualismus zwischen Staat und Wirtschaft, globale Veränderungen sowie die Erkenntnis, dass eine Notwendigkeit andersartiger Regulierungsformen zur effektiven Problembearbeitung und Bereitstellung von öffentlichen Gütern besteht, können demnach als Motor im Erstarken kollaborativer Zusammenschlüsse und Partnerschaften identifiziert werden.⁷⁹ Diese Entwicklungen haben in den letzten Jahren für ein verstärktes Aufkommen von transnationalen PPP gesorgt, deren Entstehung auf einem globalen Problem wie z.B. dem Klimawandel, der Bekämpfung globaler Armut oder transnationaler Krankheiten beruht und mit dem Ziel der Problembearbeitung bzw. Bereitstellung von Gemeinschaftsgütern verbunden ist.⁸⁰

2.2.1 Public-Private Partnerships als Variante von Global Governance

Transnationale öffentlich-private Kooperationspartnerschaften können als neue Formen des Regierens neben dem Nationalstaat und zwischenstaatlichen Arrangements angesehen werden, die policy-/themenspezifisch zur Bearbeitung spezieller Probleme, zur Regelsetzung oder zur Bereitstellung von Gemeinschaftsgütern in einem bestimmten Bereich tätig werden.⁸¹ Jedoch wissen wir bislang wenig darüber, ob und unter welchen Bedingungen PPP im positiven Sinne zur Mehrebenensteuerung im Kontext von Global Governance beitragen.⁸² Mit der Ausbreitungsgeschwindigkeit von PPP geht eine ebenso schnelle Ausdifferenzierung der Koordinations- und Kooperationsformen der Zusammenarbeit einher.⁸³ Es existieren unter-

⁷⁷ Lindner (2000): 19f.; Linder/Vaillancourt Rosenau (2000): 7f.

⁷⁸ Vgl. Giddens (1999).

⁷⁹ Vgl. Linder/Vaillancourt Rosenau (2000): 7f. Im Zuge der Deregulierung und Privatisierung seit den 80er Jahren kann in der OECD Welt verstärkt eine Übertragung von ursprünglichen Dienstleistungsfunktionen des Staates an private Akteure beobachtet werden; vgl. hierzu auch Oppen/Sack (2008): 263. Im Interesse dieser Arbeit soll der Schwerpunkt jedoch nicht auf derartigen nationalen sondern auf transnationalen PPP liegen.

⁸⁰ Vgl. Kaul (2006): 219.

⁸¹ Vgl. Börzel/Risse (2005): 196; Héritier (2002): 1f.; Mayntz (2002): 21.

⁸² Vgl. Beisheim et al. (2007b); Brühl/Liese (2004); Huckel et al. (2007).

⁸³ Vgl. Oppen/Sack (2008): 259.

schiedliche Formen von PPP mit unterschiedlichen Zielen und Motivationen, welche wiederum maßgeblich die Struktur einer Partnerschaft und die Art und Weise, wie diese operiert, bestimmen.⁸⁴ Folglich existiert eine breite Fülle an unterschiedlichen Definitionen, Beschreibungen und Kategorisierungen von PPP. Nach Lindner/Vaillancourt Rosenau können PPP als „*the formation of cooperative relationships between government, profit-making firms, and non profit private organizations to fulfill a policy function*“ betrachtet werden.⁸⁵ Diese Definition sagt zunächst nichts über den transnationalen Charakter von PPP und der involvierten Akteure aus. Im Interesse dieser Arbeit wird die Definition von PPP wie bei Börzel/Risse um dieses Element erweitert:

„Transnational PPPs would then be institutionalized cooperative relationships between public actors (both governments and international organizations) and private actors beyond the nation-state for governance purposes.“⁸⁶

Mit „*for governance purposes*“ ist nach Börzel/Risse in diesem Zusammenhang die Norm- bzw. Regelsetzung und -implementierung gemeint, die letztlich zum Ziel hat, öffentliche Güter und Leistungen in den Bereichen bereitzustellen, in denen staatliche und zwischenstaatliche Problemlösungsansätze nicht mehr greifen.⁸⁷ In Anbetracht der Zunahme transnationaler Probleme bzw. der rasanten Verbreitung von globalen „bads“ werden transnationale PPP als eine (erstrebenswerte) Form von Governance betrachtet, welcher aufgrund ihres inklusiven und auf Kooperation angelegten Charakters eine höhere Problemlösungsfähigkeit als Nationalstaaten oder rein zwischenstaatlichen Zusammenschlüssen zugeschrieben wird. Die Legitimität dieser Annahme bedarf jedoch der Überprüfung.

2.2.2 Forschungsstand

Obwohl schon seit geraumer Zeit eine Zunahme von PPP (auf lokaler, nationaler sowie internationaler Ebene) beobachtet werden kann⁸⁸, erscheinen ihre Genese, ihre Handlungsweise, die internen Prozesse sowie die Auswirkungen von PPP auf den jeweils zu regelnden Problembereich erst seit kurzer Zeit als Forschungsobjekte für die Politikwissenschaft interessant

⁸⁴ Vgl. Brühl/Liese (2004): 166; Kaul (2006): 220.

⁸⁵ Lindner/Vaillancourt Rosenau (2000): 5.

⁸⁶ Börzel/Risse (2005): 198.

⁸⁷ Vgl. Börzel/Risse (2005): 198f. und Schäferhoff et al. (2007): 7f. Durch das Merkmal der Gemeinwohlorientierung werden kooperative Zusammenschlüsse sowie Interaktionsformen zwischen öffentlichen und privaten Akteuren, die nicht die Bereitstellung von öffentlichen Gemeinschaftsgütern zum Ziel haben oder dies durch unintendierte Nebenfolgen ihres Handelns tun, ausgeschlossen und nicht als PPP in diesem Sinne betrachtet. Als Beispiele können hier Lobbying, rating agencies, private Regime, Märkte oder auch die Mafia, transnationaler Terrorismus und internationale Drogenkartelle angeführt werden.

zu sein. Bislang lag der Schwerpunkt der Forschung im Bereich der internationalen Kooperation auf internationalen Institutionen in Form von Regimen oder internationalen Organisationen, die institutionalisierte Kooperationsformen mit dem Ziel der Problemlösung oder der Bereitstellung öffentlicher Güter in den jeweiligen Kontexten auf internationaler Ebene, sei es z.B. im Umwelt- oder im Gesundheitsbereich, darstellen.⁸⁹ Erst seit einigen Jahren ist ein Wandel in diesem Zusammenhang zu erkennen und Zusammenschlüsse zwischen staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren innerhalb gemischter public-private policy networks sowie der neue Akteurstyp in Form von (transnationalen) PPP ist in das Interesse der Forschung gerückt.⁹⁰ Qualitativ unterscheiden sich diese PPP von bisherigen globalen Institutionen und Zusammenschlüssen (nach Zürn von den Institutionen des exekutiven Multilateralismus⁹¹) darin, dass nichtstaatliche Akteure weitestgehend als gleichberechtigte Partner am Politikprozess teilnehmen.⁹² Volker Rittberger bezeichnet PPP aus diesem Grund als „inklusive Institutionen“ mit dem Merkmal, dass nichtstaatlichen Akteuren annähernd gleiche Rechte wie staatlichen Akteuren eingeräumt werden.⁹³

Im Hinblick auf ihre Funktionserfüllung im Sinne von Problembearbeitung und der Bereitstellung öffentlicher Gemeinschaftsgüter muss angeführt werden, dass bislang vergleichende Studien in diesem Bereich fehlen und es abzuwarten ist, ob PPP wirklich als Bereitsteller öffentlicher Gemeinschaftsgüter agieren können und ob durch die Einbeziehung von nichtstaatlichen Akteuren nachhaltig die Problemlösungsfähigkeit (im Sinne von Output-Legitimität), die Partizipationsmöglichkeiten (im Sinne von Input-Legitimität), Transparenz und Innovativität transnationalen Regierens erhöht werden kann. Die Legitimität der Annahme, dass PPP in Bezug auf transnationale Probleme eine höhere Problemlösungsfähigkeit als Nationalstaaten oder zwischenstaatliche Arrangements aufweisen, kann damit als bislang noch nicht bestätigt angesehen werden; weitergehender Forschungsbedarf besteht diesbezüglich.

⁸⁸ Beispiele lassen sich in den unterschiedlichsten Politikfeldern, wie z.B. dem Erziehungs-, Gesundheits-, Infrastruktur-, Technologie-, Energie- oder Umweltbereich, finden (vgl. Vaillancourt Rosenau (2000a)).

⁸⁹ Vgl. zur Analyse von Regimen Haas et al. (1993); Hasenclever et al. (1997); Levy et al. (1995); Miles et al. (2002a).

⁹⁰ Für einen Überblick siehe Benner et al. (2001); Börzel/Risse (2005); Brühl/Liese (2004); Kouwenhoven (1993); Schäferhoff et al. (2007); Vaillancourt Rosenau (2000a).

⁹¹ Zürn (2004).

⁹² Bislang bestand für nichtstaatliche Akteure nur die Möglichkeit zur passiven Teilnahme am Politikgestaltungsprozess. Internationale Nichtregierungsorganisationen (NGO) oder privatwirtschaftliche Akteure wie multinationale Konzerne konnten zwar in Form von Lobbying (auf staatlicher und internationaler Ebene) oder als Beobachter bei internationalen Verhandlungen sowie im Rahmen von internationalen Organisationen indirekt Einfluss auf das Politikgeschehen nehmen, jedoch wurden sie nicht als gleichberechtigte Partner, denen die aktive Teilhabe am Politikformulierungsprozess eingeräumt wird, anerkannt (vgl. Huckel et al. (2007): 116).

⁹³ Rittberger (2008).

In der aktuellen Literatur zu PPP ist festzustellen, dass es in den meisten Fällen bislang nur bei einer Typologisierung bzw. Kategorisierung und Identifizierung unterschiedlicher Kooperationsmuster von PPP bleibt.⁹⁴ PPP stellen ein extrem dynamisches Feld hinsichtlich ihrer Anpassungsfähigkeit und Flexibilität dar, was es für die Forschung in diesem Bereich nicht leichter macht. Sobald Studien erscheinen, sind meist schon neuere Entwicklungen zu beobachten. Die Zahl der Studien zu PPP beschränkte sich bislang auf einige ausgewählte PPP (beispielsweise zum Global Compact oder zur World Commission on Dams⁹⁵). Studien bezüglich des Kooperationsversagens von PPP blieben bisher weitestgehend aus, so dass man in diesem Zusammenhang von einem Bias sprechen könnte. Bis auf wenige Ausnahmen existieren auch keine Studien zu der notwendigen Bedingung für Problemlösungsfähigkeit in Form der Strategien von PPP und deren Einfluss auf die lokalen Kontextbedingungen und Problembearbeitungsinstanzen, welche das effektive Auftreten von PPP als Problemlösungsmechanismen und als Bereitsteller öffentlicher Güter bedingen.⁹⁶ Aus diesem Grund besteht noch expliziter Forschungsbedarf bezüglich der internen Prozesse von PPP im Hinblick auf die Entwicklung und Umsetzung von Problemlösungsstrategien. Genauer ist zu untersuchen, inwieweit die Förderziele einer PPP derart in eine Förderstrategie umgesetzt werden, dass diese eine Bearbeitung der Ursachen transnationaler Probleme vorsieht, welche v.a. in einem Mangel an Kapazitäten auf der lokalen Ebene bestehen; eine Bearbeitung der Ursachen erfordert folglich eine Kapazitätenbereitstellung durch PPP. Das Engagement von PPP diesbezüglich blieb bislang anhand konkreter Beispiele weitestgehend unerforscht und soll im Rahmen der Analyse konkret anhand der Untersuchung einer speziellen PPP geschehen.

2.2.3 Typologisierung von PPP nach Börzel/Risse

In der relevanten Literatur existiert eine Fülle von unterschiedlichen Typologien und Kategorisierungen von PPP. Generell können PPP als eine von vielen Kooperationsformen im Bereich zwischen dem Dualismus privater Sektor/Markt und öffentlicher Sektor/Regierung eingeordnet werden. Dieses einfache Dualismus-Modell ist bei Lindner/Vaillancourt Rosenau zu finden und bedarf einer Erweiterung aufgrund einer beachtlichen Schwachstelle: der zivilge-

⁹⁴ Vgl. hierzu Börzel/Risse (2005); Kaul (2006); McQuaid (2000); Oppen/Sack (2008).

⁹⁵ Vgl. Brühl et al. (2004); Dingwerth (2003), (2004).

⁹⁶ Ausgenommen hiervon ist das Teilprojekt D1: „Erfolgsbedingungen transnationaler Public Private Partnerships in den Bereichen Umwelt, Gesundheit und Soziales“ des DFG Sonderforschungsbereichs 700 Berlin: Governance in Räumen begrenzter Staatlichkeit. Neue Formen des Regierens?, sowie die Arbeiten zu Governance in Räumen begrenzter Staatlichkeit von Beisheim et al. (2007a), (2007b), (2008); Börzel (2007), (2008); Risse (2007), (2008); Risse/Lehmkuhl (2006), (2007a), (2007b).

sellschaftliche Sektor findet keine explizite Nennung. Dieser ist jedoch als äußerst wichtiger Akteur im Hinblick auf seine Agenda-Setting- und Awareness-Raising-Funktion für das Zustandekommen von PPP zu betrachten. Aus diesem Grund soll im Folgenden die Einordnung von PPP gemäß der Typologie von Börzel/Risse, die eine Ausarbeitung und Erweiterung des von Lindner/Vaillancourt Rosenau angedachten Kontinuums darstellt, erfolgen.⁹⁷

Zielsetzung und Funktion von PPP

Anhand der Typologie von Börzel/Risse können PPP gemäß ihrer Zielsetzung und Funktionen in drei Kategorien eingeteilt werden (wobei nicht immer klare Trennlinien gezogen werden können und es bezüglich der Funktionen und Zielsetzung oftmals zu Überlappungen kommen kann):

Die erste Kategorie beschreibt die *Regel- und Standardsetzungsfunktion* von PPP unter direkter Einbeziehung/Partizipation nichtstaatlicher Akteure in Verhandlungssysteme, die die Regelsetzung auf internationaler Ebene vorantreiben. Die zweite Kategorie beschreibt die *Regelimplementierung* gemäß dem Grad der Involvierung öffentlicher und nichtstaatlicher Akteure in verschiedene Aktivitäten, die die Regelbefolgung internationaler Normen (compliance) zum Ziel haben. Die dritte Kategorie umfasst die *Erbringung von Dienstleistungen* unter Einbeziehung privater Akteure in Form der Bereitstellung von (öffentlichen) Gütern, sei es für deren eigene Mitglieder oder für Mitglieder anderer Gruppen der transnationalen Gesellschaft.

Unterschiedliche Typen von PPP:

Entlang eines Kontinuums (von zunehmender Autonomie öffentlicher Akteure hin zu zunehmender Autonomie privater Akteure) unterscheiden Börzel/Risse zwischen vier Typen von PPP. Diese vier Typen sind die *Kooptation*, *Delegation*, *Ko-Regulierung* und *Private Selbstregulierung im Schatten der Hierarchie*.⁹⁸

Kooptation

Dieser Typ von PPP beschreibt den regelmäßigen Ablauf internationaler Verhandlungssystemen unter Konsultation und Kooptation privater Akteure. Aufgrund der zunehmenden

⁹⁷ Vgl. Börzel/Risse (2005) und Lindner/Vaillancourt Rosenau (2000): 10. Die Kategorisierung von PPP nach Börzel/Risse erscheint als die Adäquateste wenn es um die generelle Einordnung von (transnationalen) Kooperationsformen zwischen öffentlichen und privaten Akteuren geht. Für weitere Typologisierungen von PPP siehe Brühl/Liese (2004); Oppen/Sack (2008) oder speziell in Bezug auf PPP im Gesundheitsbereich: Kickbusch/Quick (1998); Mitchell-Weaver/Manning (1990).

⁹⁸ Börzel/Risse (2005): 199.

Komplexität internationaler Verhandlungssysteme hat es sich als gängige Praxis vieler Regierungen und internationaler Organisationen erwiesen, zunehmend nichtstaatliche Akteure als offizielle Mitglieder ihrer Delegationen an der Regelsetzung und -implementierung auf internationaler Ebene teilhaben zu lassen. Diese Art von relativ stabilen kooperativen Arrangements unter Einbeziehung nichtstaatlicher Akteure (transnationalen Unternehmen sowie internationalen Nichtregierungsorganisationen) war bisher v.a. in den Bereichen der „low politics“ wie Menschenrechte oder internationaler Umweltschutz vorzufinden, aktuell ist jedoch eine ansteigende Beteiligung privater Akteure in den Bereichen der „high politics“ wie der internationalen Ökonomie oder der internationalen Sicherheit (z.B. im Rahmen der Verhandlungen innerhalb der Weltbank, des internationalen Währungsfonds sowie der WTO) zu beobachten. Der Vorteil der Einbeziehung nichtstaatlicher Akteure liegt darin, dass diese sowohl Wissen und Expertise als auch moralische Autorität und Legitimität bereitstellen. In vielen Fällen resultierte die Einbeziehung nichtstaatlicher Akteure im Bereich der Regelsetzung in einem weitreichenden Einfluss dieser auf die Form und den Inhalt internationaler Verträge. Der offizielle Konsultationsstatus privater Akteure stellt aber ebenso ein Kontrollinstrument für Staaten und internationale Organisationen dar, mit dem das Verhalten nichtstaatlicher Akteure kontrolliert und im Falle nicht-kooperativen Verhaltens sanktioniert werden kann (Beispiele hierfür sind vor allem im UN-System vorzufinden). Dieser Typ stellt somit den wahrscheinlich „schwächsten“ und unproblematischsten Typ von PPP dar.⁹⁹

Delegation

Unter der Delegation wird die zunehmende Übertragung bestimmter Funktionen auf nichtstaatliche Akteure durch Staaten, internationale Regime und internationale Organisationen verstanden. Dies hat sich als eine gängige Praxis im Bereich der technischen Standardsetzung/Vereinheitlichung sowie im öffentlichen Sektor in Form des „contracting-out“¹⁰⁰ erwiesen. Die Bandbreite von Kooperationsformen innerhalb dieses Typus ist weit gefächert: Ausprägungen reichen von schwächeren Formen der Delegation wie „outsourcing“ oder „contracting-out“, bei welchen den privaten Akteuren ein hohes Maß an Rechenschaftspflicht auferlegt wird, bis hin zu Formen der Delegation mit Zügen privater Selbstregulierung im Schatten der Hierarchie. Die Expertise privater Akteure erhöht die Effizienz und Akzeptanz von standardisierten/vereinheitlichten Outcomes und stellt aus diesem Grund ein Hauptargument für internationale Organisationen dar, bestimmte Funktionen an private Akteure zu übertragen. In

⁹⁹ Börzel/Risse (2005): 199f.

äußerst seltenen Fällen und unter besonderen Bedingungen kommt es zu der Übertragung von Kernfunktionen des Staates wie dem Monopol der legitimen Gewaltanwendung an private Akteure.¹⁰¹

Ko-Regulierung

Das charakteristische Merkmal des Typus der Ko-Regulierung sind gleichberechtigte Partner bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Dieses Modell war bisher auf transnationaler Ebene eher selten vorzufinden. Jedoch ist diesbezüglich ein Wandel erkennbar und immer öfter können nichtstaatliche Akteure als gleichberechtigte Partner im Prozess der transnationalen Regelsetzung und -implementierung identifiziert werden. Ko-regulierende Mechanismen von Governance grenzen sich insofern von der Kooptation ab, als dass im Rahmen von ko-regulierenden PPP nichtstaatlichen Akteuren innerhalb von Verhandlungen derselbe Status wie staatlichen Akteuren zukommt und sowohl private als auch staatliche Akteure ein Vetorecht besitzen, wodurch diese zu gleichen und legitimen Partnern bei der Ausübung von Governance erhoben werden.¹⁰²

Private Selbstregulierung im Schatten der Hierarchie

Die private Selbstregulierung im Schatten der Hierarchie beschreibt freiwillige Übereinkommen bzw. Regelbefolgung auf internationaler Ebene, in deren Rahmen sich private Akteure an Vorgaben, die im Schatten der Hierarchie entstanden sind, halten, um weitere Regulierungsmaßnahmen von staatlicher Seite im jeweiligen Bereich zu vermeiden. Im Schatten der Hierarchie bezieht sich in diesem Fall auf internationale Organisationen und Regierungen, die durch die Androhung verstärkter Regulierung, welche im Falle von Staaten in formaler Gesetzgebung resultieren kann, eine Selbstregulierung unter privaten Akteuren erzwingen.¹⁰³

Die unterschiedlichen Typen von PPP und deren verschiedene Ausprägungen weisen nach Börzel/Risse gemeinsame Merkmale auf, die charakteristisch für PPP sind:

Zum einen ist zu erkennen, dass die Einbeziehung von nichtstaatlichen Akteuren ex ante und nicht ex post erfolgen muss. Private Akteure müssen demnach in irgendeiner Form am Dialog oder der Verhandlungsrunde ex ante beteiligt werden, so dass die Funktion der Regelsetzung

¹⁰⁰ Das „contracting-out“ beschreibt eine Praxis, bei der öffentliche Leistungen, die bisher von staatlicher Seite erbracht wurden, in die Hand von privaten Akteuren gegeben werden.

¹⁰¹ Börzel/Risse (2005): 201f.

¹⁰² Börzel/Risse (2005): 202f.

¹⁰³ Börzel/Risse (2005): 203.

durch einen kooperativen Zusammenschluss erfolgt und nichtstaatliche bzw. private Akteure nicht erst ex post miteinbezogen werden.

Zum anderen ist Kooperation und Governance in Form von PPP meist auf der Ebene der „low politics“ wie z.B. in den Bereichen Umwelt, Menschenrechte, Entwicklung oder Gesundheit vorzufinden. Ein Kooperationsmerkmal von Staaten ist, dass diese gewillter sind auf dieser Ebene zu kooperieren. Auf der Ebene der „high politics“ dagegen kommt es traditionell nur zu begrenzter Kooperation. Aus diesem Grund sind PPP weniger häufig im Rahmen der internationalen Regelsetzung und -implementierung im Bereich der „high politics“ vorzufinden.

Des Weiteren ist festzustellen, dass in den meisten Fällen PPP eine Dienstleistungs- oder Bereitstellungsfunktion übernehmen. Dies hängt mit ihrem vermehrten Vorkommen auf der Ebene der „low politics“ und dem verstärkten Bedarf an der Erbringung von Dienstleistungen in den Bereichen Entwicklung oder Gesundheit gegenüber anderen Bereichen zusammen.

Schließlich können PPP als „Ergebnis“ im Zusammenhang mit der aktuellen Betonung von „Good Governance“, „Sustainable Development“ oder „Strengthening civil society“ im Bereich der Entwicklungspolitik von Industrienationen und internationalen Organisationen betrachtet werden.¹⁰⁴

2.2.4 Stärken und Schwächen des Modells: PPP als „sinnvolle“ Form transnationalen Regierens?

Inwieweit können PPP als neue Form des Regierens in Bezug auf ihre Problembearbeitungs- und Bereitstellungsfunktion öffentlicher Gemeinschaftsgüter im globalen Kontext als ein „sinnvolles“ Arrangement betrachtet werden? Warum sollten transnationale öffentlich-private Institutionen im Gegensatz zu anderen Institutionen wie z.B. internationalen Organisationen oder Regimen eine höhere Problemlösungsfähigkeit besitzen und somit eine effektivere Form transnationalen Regierens darstellen? Empirisch ist beobachtbar, dass die neuen Formen des Regierens zur Problembearbeitung im Rahmen von horizontal organisierten Zusammenschlüssen versuchen die Regelung kollektiver Sachverhalte zu gewährleisten:

„Die Literatur über ‚neue‘ Formen des Regierens geht von der empirischen Beobachtung aus, dass die Regelung kollektiver Sachverhalte im modernen Staat erstens vielfach auf die Kooperation zwischen staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren angewiesen ist und dass zweitens politische Steuerung wesentlich in Verhandlungssystemen erfolgt und weniger autoritativ-hierarchisch ‚von oben nach unten‘.“¹⁰⁵ (Hervorhebung im Original)

¹⁰⁴ Börzel/Risse (2005): 204.

¹⁰⁵ Risse/Lehmkuhl (2007b): 145.

Globale Kooperation und Problemlösungsstrategien jenseits des Nationalstaats können aus dieser Sichtweise als die einzig vernünftige und wirksame Alternative zur Bearbeitung transnationaler Probleme betrachtet werden. Die Kooperation zwischen dem öffentlichen, privatwirtschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Sektor wird somit unabdingbar.¹⁰⁶

Jedoch muss kritisch hinterfragt werden, *wie* problemlösungsfähig diese neuen Formen des Regierens sind und welche Bedingungen speziell die Problembearbeitung durch PPP voraussetzt. Es stellt sich die Frage, ob der Institutionentyp PPP den neuen Anforderungen transnationalen Regierens gerecht wird und ob unter den sich wandelnden Rahmenbedingungen durch PPP effektivere Problembearbeitung geschehen kann.¹⁰⁷ Dazu sollte geklärt werden, in welchem Maße PPP als neue Formen transnationalen Regierens in der Lage sind, unter Berücksichtigung des Nachhaltigkeitsaspekts und der jeweiligen besonderen lokalen Rahmenbedingungen, Governance Gaps zu bearbeiten und gegebenenfalls zu schließen. Um eine Aussage bezüglich der Frage, ob PPP eine „sinnvolle“ Form transnationalen Regierens darstellen, treffen zu können, muss zunächst Klarheit über die Stärken und Schwächen des Modells geschaffen werden. Weiter muss untersucht werden, inwieweit PPP das Potential besitzen, die Ursachen transnationaler Probleme effektiv bearbeiten zu können. Anhand des Fallbeispiels des GFATM soll dieser Frage im weiteren Verlauf der Arbeit nachgegangen werden.

Stärken des Modells

In der Literatur herrscht weitestgehend Konsens darüber, wodurch sich PPP von (höher) institutionalisierten Formen der Kooperation wie z.B. internationalen Organisationen oder auch Regimen abgrenzen und worin ihr Vorteil diesen gegenüber besteht.¹⁰⁸ Aus theoretischer Sicht sollte die enge Zusammenarbeit innerhalb von PPP die Stärken der an der Kooperation beteiligten Akteure ausnutzen und kombinieren.¹⁰⁹ Indem einerseits Effektivität und Konkurrenzfähigkeit des privaten Sektors sowie andererseits Accountability und Verantwortung gegenüber der Gesellschaft des öffentlichen Sektors miteinander verbunden werden, besitzen derartige kooperative Zusammenschlüsse das Potential, optimale Ergebnisse zu erzielen.¹¹⁰ Weiter wird in der Literatur bezüglich der Stärken des Modells angeführt, dass Zusammenschlüsse zwischen dem öffentlichen, zivilgesellschaftlichen und privaten Sektor sich dadurch auszeichnen, dass es sich bei den im Rahmen dieser Kooperationsform getroffenen Entscheidungen um lose, nicht-bindende Entscheidungen handelt und folglich die beteiligten Akteure

¹⁰⁶ Risse/Lehmkuhl (2007b): 145.

¹⁰⁷ Vgl. Zürn (1998): 201f.

¹⁰⁸ Vgl. hierzu Kouwenhoven (1993): 120; Reinicke (1999); Reinicke/Deng (2000).

¹⁰⁹ Zu den Stärken der einzelnen Sektoren vgl. Osborne/Gaebler (1992): 45f.

¹¹⁰ Vaillancourt Rosenau (2000b): 219f.

eher dazu bereit sind bestimmten Regeln zuzustimmen als sie das auf einer vertraglich-bindenden Basis tun würden und dadurch äußerst flexible Zusammenschlüsse zustande kommen. Aufgrund der eigenen Flexibilität ist ihr Handlungsspielraum weitaus größer und ihr Reaktionsvermögen dank schwach ausgeprägter bürokratischer Strukturen um einiges schneller als das von hoch bürokratisierten internationalen Institutionen.

Mit der Einbringung von verschiedenen materiellen und immateriellen Ressourcen durch die unterschiedlichen Akteure erhöht sich der Umfang der Mittel, die einem solchen Zusammenschluss zur Verfügung stehen. PPP verfügen dadurch über einen „Kooperationsvorteil“ gegenüber anderen institutionellen Arrangements und ihnen wird in der Folge ein erhöhtes Potential ihrer Rolle als Bereitsteller öffentlicher Güter gerecht zu werden sowie eine erhöhte Output-Legitimität zugesprochen.

Letztlich kann angeführt werden, dass durch die Beteiligung von diversen staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren innerhalb von PPP das oftmals im Rahmen von internationalen Organisationen oder anderen zwischenstaatlichen Zusammenschlüssen bemängelte Partizipationsdefizit transnationalen Regierens in weiten Teilen ausgeglichen bzw. verkleinert und folglich die Input-Legitimität transnationalen Regierens erhöht werden kann.¹¹¹

Aufgrund dieses erhöhten Handlungspotentials sind PPP folglich dazu in der Lage, den durch die Globalisierung verursachten Verlust an staatlicher Steuerungsfähigkeit auszugleichen, als Bereitsteller öffentlicher Gemeinschaftsgüter zu agieren und schließlich das Legitimationsdefizit internationalen Regierens zu einem gewissen Grad auszugleichen.¹¹²

Schwächen des Modells

Hinsichtlich der Schwächen des Modells wird innerhalb der relevanten Literatur angeführt, dass im Rahmen derartiger Kooperationspartnerschaften die Möglichkeit tief greifender

¹¹¹ Vgl. McQuaid (2000): 19ff.; Reinicke (1998): 90, (1999): 51; Reinicke/Deng (2000): 61ff.; Vaillancourt Rosenau (2000b): 224.

¹¹² Die Argumentation bezüglich der Stärken von PPP folgt in weiten Teilen einer funktionalistischen Argumentationslogik, womit unterschiedliche Implikationen einhergehen. In den Bereichen, in denen Governance-Probleme bestehen, aber keine oder nur schwache internationale Institutionen bzw. Organisationen existieren, müsste folglich der größte Bedarf an Regelung durch PPP bestehen. Ebenso dürfte dieselbe Logik auf Staaten mit schwachen (nationalen) Institutionen anwendbar sein: diese sollten ein größeres Interesse an Partizipation innerhalb von PPP besitzen als Staaten mit starken Institutionen und festem Stand im internationalen System. In der Folge kann allerdings gefragt werden, warum PPP nicht schon früher als neue Formen des Regierens aufgetreten sind, da Lücken in der internationalen und nationalen öffentlichen Regulierung schon weitaus länger bestehen und das Modell nicht weitere Verbreitung findet, wenn die Vorteile derart überwiegen und offensichtlich sind. Dazu wird im Zuge einer funktionalistischen Argumentationslogik angemerkt, dass erst mit zunehmenden Interdependenzen und transnationalen Regelungsbereichen, die die Reichweite nationalstaatlicher Regelungskompetenz weit überschreiten und durch nationalstaatliche Regulierung nicht länger ausreichend geregelt werden können, der Bedarf an Global Governance und internationaler Steuerung wächst (vgl. hierzu Andonova (2006): 8; Rittberger (2008); Zürn (1998)).

Interessenskonflikte unter den Mitgliedern einer PPP besteht, die in der Folge die Ineffektivität oder Lähmung, im schlimmsten Fall gar das Ende der Kooperation, mit sich bringen können.

Zudem sind PPP von Geldgebern höchst abhängig und die ständige Gefahr einer nicht gesicherten Finanzlage stellt eine der weiteren großen Schwächen des Modells dar.

Ebenso ist der Risiko- und Unsicherheitsfaktor bei derartig flexiblen, meist schwach institutionalisierten Kooperationsformen weitaus größer als bei hochgradig institutionalisierten Kooperationsformen wie internationalen Organisationen.

Des Weiteren ist die Einbeziehung privater bzw. zivilgesellschaftlicher Akteure kritisch zu betrachten. Die Befürworter von PPP führen an, dass dadurch die Legitimität und Accountability von Global Governance erhöht wird. Jedoch geht mit der verstärkten Einbeziehung unterschiedlicher nichtstaatlicher Akteure keine erhöhte Legitimität und Accountability aus demokratietheoretischer Sicht einher, da diese Akteure keine demokratische Legitimation besitzen und in diesem Sinne durch die Einbeziehung unterschiedlicher nicht-demokratisch legitimer Akteure das Problem der Legitimität und Accountability von Global Governance eher noch verschärft wird. In diesem Zusammenhang muss kritisch angemerkt werden, dass nicht alleine durch die Kooperationsform PPP die Accountability von Global Governance erhöht wird, sondern dass das institutionelle Design, die Zielformulierung und -umsetzung einer PPP ausschlaggebend sind.¹¹³ Indikatoren hierfür wären Partizipationsmöglichkeiten, Transparenz und Kontroll- sowie Evaluierungsmechanismen externer und nicht nur interner Art, die eine Bewertung der Umsetzung von Zielen und somit des Handelns von PPP zulassen würden.

Fragen, die in diesem Zusammenhang gestellt werden müssen, sind: Wer übt die Kontroll- und Evaluierungsfunktionen aus? Sind diese transparent und unabhängig und bei Bedarf für die Öffentlichkeit zugänglich? Kann im weitesten Sinne von einer Rechenschaftspflicht der PPP gegenüber den von ihren Maßnahmen Betroffenen gesprochen werden? Eine weitere Frage, die im Zusammenhang mit der Input-Legitimität aufkommt, ist nicht *wer* generell innerhalb des Arrangements partizipiert, sondern das *wie*. Existieren Zulassungsbeschränkungen zu speziellen Gremien? Wie sind das Verhältnis und die Rechte der privatwirtschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Akteure innerhalb einer PPP zu beurteilen? Damit wird relativ klar deutlich, dass nicht das Modell PPP an sich die Input-Legitimität und Accountability von Global Governance erhöht, sondern die institutionelle Ausprägung, das jeweilige institutionelle Design der Partnerschaft.

Fazit: empirischer Forschungsbedarf zur Bestätigung der theoretischen Annahmen

Es muss angeführt werden, dass bezüglich der Stärken und Schwächen des Modells weiterhin hoher empirischer Forschungsbedarf besteht und es noch nicht ausreichend empirische Langzeitstudien gibt, die die in der Literatur genannten Stärken und Schwächen verifizieren bzw. falsifizieren können (ein Grund hierfür ist das relativ „junge“ Interesse an PPP). Anhand konkreter Beispiele muss zum Zweck der Bewertung von PPP als „sinnvollen“ Formen transnationalen Regierens untersucht werden, inwieweit innerhalb von PPP die Schwächen des Modells ausgeglichen und die Stärken des Modells tatsächlich umgesetzt werden können und PPP damit legitime und „sinnvolle“ Zusammenschlüsse darstellen. Insbesondere das Problem der Nachhaltigkeit muss im Zusammenhang mit der Problemlösungsfähigkeit von PPP thematisiert werden: soll die Leistungsfähigkeit einer Form transnationalen Regierens, in diesem Falle von PPP, bewertet werden, so muss, wenn die Effektivität auf lange Sicht garantiert und nicht nur punktuell betrachtet werden soll, der Aspekt der Nachhaltigkeit solcher Arrangements in die Analyse einfließen, was zu diesem Zeitpunkt im Rahmen der wenigsten Untersuchungen möglich ist.

2.2.5 Voraussetzung und Funktions- bzw. Erfolgsbedingungen des Modells

Doch welches sind die Bedingungen, die gegeben sein müssen, damit diese Form transnationalen Regierens basierend auf Kooperation zwischen dem staatlichen und nichtstaatlichen Sektor zustande kommt? Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit ein derartiger Zusammenschluss auf eine effektivere Weise als bisher bekannte Formen von Global Governance seine Governance-Funktion ausüben kann? Welche Rahmenbedingungen müssen erfüllt sein, damit PPP ihre selbst definierten Ziele erreichen und effektive Problembearbeitung auf transnationaler Ebene durchführen sowie öffentliche Güter unter besonderer Berücksichtigung des Nachhaltigkeitsaspekts bereitstellen können? Letztlich ist die Frage nach den Bedingungen, unter welchen diese neue Form von Governance tatsächlich geeignet ist, die Nachteile anderer Governance-Modi auszugleichen und ihre Vorteile einzusetzen, empirischer Natur und bedarf verstärkt empirischer Forschung. Im Folgenden werden die bisherigen Erkenntnisse aus der relevanten Literatur dargestellt.

¹¹³ Vgl. Vaillancourt Rosenau (2000b): 228.

Voraussetzung des Modells

Die grundlegende Voraussetzung des Modells ist ein gemeinsames Interesse der beteiligten Akteure am Zustandekommen der Kooperation: ein solches stellt die notwendige Bedingung für das Erstarken einer PPP dar. Hauptsächlich Staaten und internationale Organisationen müssen ein Interesse daran haben Governance Gaps zu schließen. Aus einem öffentlichen Interesse an Problembearbeitung im betroffenen Bereich kann sich ebenso in der Folge Druck auf Staaten entwickeln, im zu regelnden Bereich ein Interesse an Kooperation zu generieren. Voraussetzung ist demnach, dass der regelungsbedürftige Problembereich aus Sicht transnationaler Akteure „interessant“ erscheinen muss; der betreffende Themenbereich muss also auf der internationalen Agenda stehen.¹¹⁴ Diese Agenda-Setting-Funktion wird häufig durch internationale Organisationen oder Nichtregierungsorganisationen übernommen, die in ihrer Funktion bestimmte Themen artikulieren und z.B. durch Kampagnen in das Licht des öffentlichen Interesses rücken.¹¹⁵ Es ist denkbar, dass zwar Governance Gaps existieren und nicht-staatliche Akteure an Kooperation bzw. der Schließung der betreffenden Regelungslücke interessiert sind, jedoch kein Interesse von staatlicher Seite besteht. In diesem Fall ist es eher unwahrscheinlich, dass Kooperation im Rahmen von PPP zustande kommt.

Funktionsbedingungen des Modells:

Prozess-Bedingungen

Aus der Literatur ist zu entnehmen, dass es einige Faktoren gibt, die zu einem gewissen Grad das Funktionieren (und darauf aufbauend den Erfolg) einer PPP maßgeblich beeinflussen:

„In general, partnering success is more likely if (a) key decisions are made at the very beginning of a project and set out in a concrete plan, (b) clear lines of responsibility are indicated, (c) achievable goals are set down, (d) incentives for partners are established, and (e) progress is monitored.“¹¹⁶

Diese von Vaillancourt Rosenau benannten Funktionsbedingungen können als „Prozess-Konditionen“¹¹⁷ oder „Output-Bedingungen“¹¹⁸ definiert werden. Diese müssen erfüllt sein, um ein problemloses Funktionieren der PPP zu gewährleisten. Dazu zählen: gegenseitiges Vertrauen; die Eindeutigkeit, Festsetzung und Erfassung von gemeinsamen Zielen und deren

¹¹⁴ Vgl. Andonova (2006): 23f.

¹¹⁵ Vgl. Archer (2001): 94f.

¹¹⁶ Vaillancourt Rosenau (2000b): 232

¹¹⁷ Kouwenhoven (1993): 125.

¹¹⁸ In diesem Zusammenhang beschreibt der Output die Standards sowie die administrativen und regulierenden Grundsätze, die einer PPP zugrunde liegen und eine erfolgreiche Umsetzung dieser fördern und vorantreiben sollen (vgl. Easton (1995) und Beisheim et al. (2008): 454f.).

Umsetzung in eine adäquate und gemeinsame Strategie (bezüglich der Zielerreichung, Kosten-, Risiko- sowie Gewinnaufteilung unter den beteiligten Akteuren); eine klare, festgesetzte und geregelte Aufteilung von Verantwortlichkeiten und Autorität; aber auch die (interne sowie externe) Lern- und Anpassungsfähigkeit der PPP an sich ändernde Kontextfaktoren. Des Weiteren sollte ein transparenter Aufbau der Partnerschaft sowie der Projekte Grundlage sein und die Beilegung von Konflikten bei aufgetretenen Unstimmigkeiten unter den an der PPP beteiligten Akteuren schon im Vorfeld der Partnerschaft geschehen. Die Rechtmäßigkeit der Partnerschaft muss gegeben sein und die Interessen und Rechte Dritter dürfen durch die Partnerschaft nicht beeinträchtigt werden. Zudem müssen angemessene Kontrollmechanismen im Rahmen der PPP vorgesehen und ein gewisses Maß an „Entrepreneurship“ der beteiligten Akteure sollte im Rahmen des Kooperationszusammenschlusses vorhanden sein. Ebenso ist ein reibungsloser Ablauf der internen Koordination zwischen den unterschiedlichen (Verwaltungs-)Ebenen einer PPP zu gewährleisten und letztlich muss eine entsprechende Organisation der Projekte garantiert sein.¹¹⁹

Minimum an Staatlichkeit

Als eine weitere Funktionsbedingung des Modells PPP kann ein Minimum an Staatlichkeit genannt werden. Die entwicklungspolitische Literatur hebt immer wieder hervor, dass, um eine Verbesserung der jeweiligen Problemstruktur zu erreichen, eine nachhaltige Problembearbeitung auf der lokalen Ebene stattfinden muss. Dazu sind funktionsfähige Durchführungsinstanzen auf dieser notwendig. Für das Problembearbeitungspotential von PPP und deren Programme ist demnach ausschlaggebend, ob vor Ort ein Minimum an lokalen Kapazitäten vorhanden ist. Aus diesem Grund muss der Aspekt der Staatlichkeit bei der Nennung der Funktionsbedingungen von PPP Berücksichtigung finden.¹²⁰ Weiter stellt sich die Frage, zu welchem Ausmaß ein bestimmter Grad an Staatlichkeit¹²¹ vorhanden sein muss, damit Governance und nachhaltige Problembearbeitung durch PPP erfolgreich bezüglich ihrer Problemlösungsfähigkeit und der Bereitstellung von öffentlichen Gemeinschaftsgütern sein kann. Ein Minimum von politischen, technischen und administrativen Kapazitäten ist als Grundlage einer effektiven Implementierung notwendig. Mit solchen Kapazitäten geht die staatliche Fä-

¹¹⁹ Kouwenhoven (1993): 125f. Auf verschiedene Aspekte dieser Prozess-Bedingungen, die für das Funktionieren einer PPP ausschlaggebend sind, wird im Rahmen des Effektivitätskapitels unter 2.3.3 und der Festsetzung der Variable des Prozessmanagements als Effektivitätskriterium näher eingegangen

¹²⁰ Risse/Lehmkuhl (2007b): 155.

¹²¹ Unter Staatlichkeit werden in diesem Zusammenhang die Minimalanforderungen, die ein Staat erfüllen muss, um die Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches Handeln dieser neuen Formen des Regierens zu stellen, verstanden. Nach Beisheim et al. kann darunter ein Minimum an Infrastruktur und institutionellen Kapazitäten gefasst werden (Beisheim et al. (2007a): 342f.).

higkeit einher, Programme, die im Rahmen der Problembearbeitung nach Implementation verlangen, effektiv durchführen zu können. Ein solches Minimum bezieht sich nicht nur auf die Leistungsfähigkeit von Regierungsinstitutionen, Maßnahmen durchzusetzen und Programme zu implementieren, sondern auch auf die Fähigkeit zivilgesellschaftlicher Akteure als Implementationseinheiten zu agieren.¹²²

Governance in Form von transnationalen Problemlösungszusammenschlüssen verlangt damit nach funktionsfähigen lokalen Implementierungsstrukturen. Ist ein Mangel an diesen lokalen Implementierungsstrukturen feststellbar, spielen die jeweiligen internationalen Institutionen beim Aufbau derartiger Strukturen eine wichtige Rolle. Besonders im Fall von Entwicklungsländern haben wir es mit Staaten zu tun, die nicht über ein derartiges Minimum an Staatlichkeit verfügen. Durch Unterstützung finanzieller und technischer Art muss ein solcher lokaler Kapazitätenaufbau durch transnationale Institutionen gefördert werden, um darauf aufbauend eine effektive Implementation von Problembearbeitungsstrategien auf der lokalen Ebene gewährleisten zu können.¹²³

„The more an issue involves policy implementation in less developed countries, the more important is national capacity building.“¹²⁴

Aus diesem Grund ist entscheidend, ob im Rahmen von Governance in Räumen begrenzter Staatlichkeit der Aufbau von lokalen Implementierungsstrukturen gefördert wird.¹²⁵

Erfolgsbedingungen des Modells

Die Erfolgsbedingungen einer Partnerschaft bauen auf den Funktionsbedingungen einer solchen auf. Das folgende Zitat von Pauline Vaillancourt Rosenau deutet in diese Richtung:

„Public-Private Partnerships are likely to be successful in certain contexts, if they are structured in specific ways.“¹²⁶

Für den Erfolg einer PPP muss das reibungslose Funktionieren der Kooperation gewährleistet sein. Darüber hinaus ist die Variable Erfolg stark kontextabhängig und muss in diesem definiert werden. Hinzu kommt die Zielsetzung der PPP und die Frage danach, wie genau die PPP ihren Erfolg und ihre Effektivität definiert. Aus folgenden Gründen herrscht hinsichtlich der Erfolgsbedingungen des Modells jedoch noch weitestgehend empirische Unsicherheit:

Zum einen kann angeführt werden, dass es sich als relativ schwierig gestaltet die Effektivität bzw. den Erfolg einer PPP zu messen. Zur Messung der Effektivität einer PPP muss im Vor-

¹²² Vgl. Keohane et al. (1993): 20; Levy et al. (1993): 404f.

¹²³ Levy et al. (1993): 405.

¹²⁴ Levy et al. (1993): 408.

¹²⁵ Vgl. Brinkerhoff (2007).

¹²⁶ Vaillancourt Rosenau (2000b): 232.

hinein entsprechend festgelegt werden, auf welches Stadium des Policy-Zyklus sich die Messung der Effektivität bezieht. Die Messung von Erfolg, verstanden als eine Verbesserung der Problemstruktur hervorgerufen durch das Einwirken der PPP in dem Bereich, bedarf entsprechend einer Analyse des Impacts, also der Problemlösungseffektivität einer PPP.¹²⁷

Zum anderen kann als ein Problem in diesem Zusammenhang das relativ kurze Bestehen der meisten transnationalen PPP angeführt werden, welches es äußerst problematisch macht, Aussagen im Hinblick auf deren Erfolg bzw. effektiven Problemlösungsbeitrag zu treffen.¹²⁸ Als ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang könnte sich auch die Datenlage zur jeweiligen PPP erweisen. Hierbei muss thematisiert und kritisch reflektiert werden, von wem die Daten, die Aussagen über die Effektivität zulassen, bereitgestellt bzw. erhoben wurden. Existieren unabhängige Evaluationen bezüglich des Handelns der PPP oder kommt es nur zu internen Evaluierungen?

Im Zusammenhang mit dem Interesse an der Effektivität von PPP muss in weiteren empirischen Untersuchungen im Hinblick auf die notwendige Bedingung in Form von funktionsfähigen Durchführungsinstanzen – diese bedingen die Problemlösungsfähigkeit und damit die Effektivität sowie Zielerreichung einer PPP in einem spezifischen Kontext – der Schwerpunkt auf der Untersuchung der Bedingungen für die Effektivität der Implementierungsstruktur liegen. Erfordern es die lokalen Kontextbedingungen, muss, um eine effektive Problembearbeitung zu garantieren, der Aufbau einer entsprechenden Implementierungsstruktur zur effektiven Ursachenbearbeitung auf der lokalen Ebene durch eine PPP erfolgen.¹²⁹

Anhand der bisher dargestellten theoretischen Annahmen zu Global Governance, Global Public Health und PPP als eine spezielle Form von Governance kann folgende Bedingung (*Bedingung Nr. 1*) für den weiteren Verlauf der Arbeit formuliert werden:

Die lokalen Kontextfaktoren determinieren die effektive Durchführung von Programmen mit dem Ziel der Problembearbeitung. In Abhängigkeit der lokalen Kontextfaktoren muss der Aufbau von lokalen Implementierungsstrukturen zur Ursachenbearbeitung als Bedingung einer effektiven Problembearbeitung transnationaler Probleme durch PPP stattfinden.

¹²⁷ Die Erfolgsbedingungen, die für eine PPP festgesetzt werden, hängen davon ab, wo der Schwerpunkt im Rahmen einer empirischen Untersuchung und der jeweiligen Fragestellung liegt. Bezieht sich das Interesse auf den Outcome, Output oder Impact einer PPP? (vgl. Easton (1965) und Beisheim et al. (2008): 454f.). Je nach Erkenntnisinteresse müssen bestimmte Indikatoren und Kriterien für die Effektivität der PPP festgelegt werden.

¹²⁸ Vgl. u.a. Beisheim et al. (2007b); Börzel/Risse (2005); Schäferhoff et al. (2007); Vaillancourt Rosenau (2000b).

¹²⁹ Vgl. Victor et al. (1998): 14.

Im nächsten Schritt sollen zum Zweck der weiteren Analyse die grundlegenden Annahmen verschiedener Effektivitätskonzepte erläutert und die Verwendung des Begriffs der Effektivität – im Hinblick auf die Notwendigkeit einer effektiven Implementierungsstruktur zur Problembearbeitung auf der lokalen Ebene – im Kontext dieser Arbeit festgesetzt werden.

2.3 Die unterschiedlichen Dimensionen von Effektivität

Bezüglich der Definition von Effektivität können – je nach Disziplin und Forschungsinteresse – unterschiedliche Begriffsbestimmungen angeführt werden, die jeweils als stark kontextabhängig betrachtet werden müssen. Im Bereich der Politikwissenschaft beziehen sich weite Teile der politischen Effektivitätsforschung auf die Untersuchung von Effektivität anhand von Regimen, wobei in den meisten Fällen Umweltregime den Hauptuntersuchungsgegenstand darstellen.¹³⁰ Die Erkenntnisse der Effektivitätsforschung bezüglich der Effektivität von Regimen als Governance-Form sollen im Folgenden als Grundlage für weitere Überlegungen zum Effektivitäts-Begriff im Kontext dieser Arbeit dienen.

Was ist unter der Effektivität von Governance-Arrangements zu verstehen und wie kann diese bestimmt werden? Generell beschreibt Effektivität den Beitrag, den eine Institution zur Lösung eines bestimmten Problems leistet.¹³¹ Jedoch stellt Effektivität, wie von Levy et al. angeführt wird, eine Variable dar, deren Messbarkeit sich aufgrund der Ungenauigkeit des Begriffs der Effektivität und des Kausalitätsproblems als relativ schwierig erweist:¹³²

„All the definitions of effectiveness imply some causal connection between the institution and the relevant behavioral changes. [...] the real measure of a regime's effectiveness involves a comparison with what would have happened if the regime had never existed. This requires a demonstration of the causal links between the operation of the institution and the behavior of the relevant actors.“¹³³

Effektivität im Sinne von Problemlösungsfähigkeit ist aber nicht die einzige Dimension von Effektivität, die zur Analyse von Governance-Formen herangezogen werden kann; das Konzept der Effektivität muss als ein vielschichtiges Konzept betrachtet werden. Nach Oran R. Young kann bei der Bestimmung der Effektivität von Governance-Formen zwischen sechs Dimensionen von Effektivität unterschieden werden:

- Erstens *Effektivität im Sinne von Problemlösung*;
- zweitens *Effektivität als Zielerreichung*;

¹³⁰ Vgl. hierzu die Arbeiten von Keohane et al. (1993); Keohane/Levy (1996); Levy et al. (1995); Miles et al. (2002a); Wettstad (2001); Young (1994), (1999), (2001), (2002).

¹³¹ Levy et al. (1995): 291; Underdal (2002): 4.

¹³² Vgl. Levy et al. (1995): 290f.; Young (1992); Young/Levy (1999): 16ff.

- drittens *Effektivität im Sinne einer Verhaltenssteuerung oder Verhaltensänderung* (bezogen auf eine Verhaltensänderung bei den Mitgliedern des Kooperationszusammenschlusses oder bei Dritten, die durch das Handeln des Kooperationszusammenschlusses beeinflusst werden);
- viertens *Prozess-Effektivität* (abhängig von einer effektiven Implementierung der Maßnahmen und Richtlinien auf der nationalen und lokalen Ebene sowie einer adäquaten Regeleinhaltung durch die Regimemitglieder (compliance));
- fünftens *Effektivität im konstituierenden Sinne* (gemessen daran, ob sich durch das Governance-Arrangement eine soziale Praxis entwickelt, mit der jedoch nicht notwendigerweise eine Problemlösung oder Zielerreichung einher gehen muss) und
- sechstens *Effektivität im bewertenden Sinne* (unter dem Gesichtspunkt des Potentials des jeweiligen Governance-Arrangements als effizient, gerecht, nachhaltig und stabil zu gelten und eventuell auftretende Nebenfolgen auszugleichen).¹³⁴

Basierend auf der Dimension der bewertenden Effektivität können zwei unterschiedliche Effektivitätskonzepte abgeleitet werden: das der simplen Performanz (simple performance) und das der komplexen Performanz (complex performance).¹³⁵ Ferner kann in Anlehnung an die Unterscheidung zwischen Output, Outcome und Impact nach David Easton die Effektivität einer Governance-Form auf der jeweiligen Stufe des Policy-Zyklus gemessen werden. Auf dieser Grundlage sind Aussagen über die Effektivität einer bestimmten Form von Governance bezogen auf ihren Output, Outcome oder Impact formulierbar.¹³⁶

2.3.1 Simple Performanz und komplexe Performanz

Bei der Frage nach der Effektivität einer Institution muss zunächst eine Präzisierung der Kriterien, anhand derer die Effektivität beurteilt werden soll, vorgenommen werden. Nach Young kann, basierend auf der Dimension der bewertenden Effektivität, zwischen den Konzepten der simplen und komplexen Performanz unterschieden werden.¹³⁷ Beide Konzepte beziehen sich auf den Beitrag, den eine Institution zur Lösung eines bestimmten Problems leistet. Dabei berücksichtigt sowohl das Konzept der simplen als auch das der komplexen Performanz bei der Bewertung der Performanz einer Institution Kriterien wie Nachhaltigkeit, Effizienz,

¹³³ Levy et al. (1995): 293.

¹³⁴ Für eine ausführlichere Darstellung siehe Young (1994): 142ff.

¹³⁵ Young (1994): 149f., (2002): 14f.

¹³⁶ Vgl. Beisheim et al. (2007b), (2008); Brühl/Liese (2004); Easton (1965); Schäferhoff et al. (2007).

Gleichberechtigung und Stabilität.¹³⁸ Komplexe Performanz stellt jedoch in der Hinsicht ein weiter gefasstes Konzept dar, als dass dieses zwar ebenso die Kriterien der Nachhaltigkeit, Effizienz, Gleichberechtigung, Stabilität und effektiven Problemlösung umfasst, aber weitergehend den Umgang mit und Ausgleich von auftretenden nicht-intendierten Nebeneffekten (positiver und negativer Natur) einbezieht, welche entweder direkt oder indirekt mit dem Handeln der Institution einhergehen oder zwar nicht im unmittelbaren Handlungsbereich einer Institution auftreten können, aber auf diesen in der Folge Einfluss nehmen.¹³⁹ Damit stellt das Konzept der komplexen Performanz höhere Anforderungen an die Effektivität einer Institution:

„The concept of simple performance directs attention to results flowing from the operation of an institution that are internal in the sense that they are confined to the relevant behavioral complex, direct in the sense that they involve short causal chains, and positive in the sense that they contribute to solving identifiable problems. Complex performance, in contrast, subsumes simple performance and adds to it a range of broader or more extended outcomes that occur outside the initial behavioral complex, involve longer causal chains, and encompass negative as well as positive effects.“¹⁴⁰

Es besteht demnach die Möglichkeit, dass eine Institution als höchst effektiv in Bezug auf ihre simple Performanz bewertet werden kann, aber deren Handeln nicht-intendierte Nebenfolgen mit sich bringt, welche effektive Governance unmöglich machen.¹⁴¹ Bei der Bewertung der Performanz von lokalen Institutionen eines Gesundheitssystems im Sinne der hohen Anforderungen von komplexer Performanz müssen die unbeabsichtigten Nebenwirkungen in die Analyse einbezogen werden und es sollte untersucht werden, ob die lokalen Durchführungsinstanzen die Kapazitäten und das Potential besitzen, mit positiven Nebenfolgen umgehen zu können sowie negative Nebenfolgen ihres Handelns und solche, die auf ihren Handlungsbereich einwirken, auszugleichen. Wie Young anmerkt, bringt das Konzept der komplexen Performanz aufgrund seines beschriebenen Charakters jedoch Schwierigkeiten bei der empirischen Analyse des Konzepts mit sich:

„To this set of concerns the idea of complex performance adds a range of issues that are broader and more difficult to deal with in terms of empirical analyses. An institution created to solve a well-defined problem (e.g., ensuring sustainable uses of fish stocks) may produce consequences affecting the domestic politics of individual member states (e.g., influence of the fishing industry as an interest group), other regimes dealing with the arrangement at hand (e.g., rules governing international trade or investment), or social practices relating to the divisibility of sovereignty at the international level. Similarly, broader outcomes that institutions produce may vary greatly in terms of directness of length of the causal chain linking the institution and the outcome.“¹⁴²

¹³⁷ Young (2002): 14f.

¹³⁸ Young (1994): 149, (2002): 14f.

¹³⁹ Vgl. Tabelle 1 und 2: Operationalisierung der Variablen simple und komplexe Performanz im Anhang 2.

¹⁴⁰ Young (2002): 14f.; vgl. ebenso Levy et al. (1995): 293.

¹⁴¹ Young (1994): 151.

¹⁴² Young (2002): 15f.

Das Konzept der komplexen Performanz entpuppt sich folglich aufgrund von längeren Kausalketten, welche durch die auftretenden Nebenfolgen und deren Bearbeitung entstehen, als ein äußerst schwierig zu operationalisierendes und zu messendes Konzept von Effektivität.

Lokale Durchführungsinstanzen sollten, um gemäß den Anforderungen der komplexen Performanz als effektiv gelten zu können, das Potential besitzen eventuell auftretende Nebenfolgen in einer effizienten und nachhaltigen Weise auszugleichen. Es besteht die Vermutung, dass der Aufbau einer horizontal angelegten, funktionsfähigen Implementierungsstruktur die Bedingung für einen Umgang mit unintendierten Nebenfolgen darstellt und entsprechende Durchführungsinstanzen langfristige Problembearbeitung im Sinne komplexer Performanz bereitstellen können. Derartige lokale Strukturen besitzen neben einer hohen „Graswurzelverankerung“ das Potential und Wissen, das vor Ort benötigt wird, um sowohl effektive, dem Kontext angemessene Problemlösung voranzutreiben als auch direkter und gezielter auf eventuell auftretende Nebenfolgen negativer Natur zu reagieren.

2.3.2 Output-, Outcome- und Impact-Effektivität

Zurückgehend auf David Easton sollte hinsichtlich der Bewertung von Effektivität zwischen den unterschiedlichen Stationen des Output, Outcome und Impact innerhalb eines Policy-Zyklus unterschieden werden.¹⁴³ Folglich muss je nach Erkenntnisinteresse eine Entscheidung bezüglich der zu untersuchenden Art von Effektivität, sei es Output-, Outcome- oder Impact-Effektivität, geschehen und dementsprechend sollten Kriterien zur Bestimmung der Effektivität auf der jeweiligen Stufe des Policy-Zyklus benannt werden.¹⁴⁴ Die folgende Tabelle, welche die unterschiedlichen Stufen eines Policy-Zyklus angewandt auf den Weg, den eine PPP bei ihrer Zielerreichung „zurücklegt“, darstellt, soll dies veranschaulichen:

Tabelle 1: Zielerreichung einer PPP¹⁴⁵

Output	Outcome	Impact
Standardsetzung und entsprechende administrative Maßnahmen	Verhaltensänderung (Compliance) und Implementierung	(Zielkonforme) Effekte auf die Problemlage – partiell oder umfassend

Quelle: Beisheim et al. (2008): 455.

¹⁴³ Easton (1965).

¹⁴⁴ Vgl. Underdal (2002): 5f.

¹⁴⁵ In diesem Zusammenhang wird von Beisheim et al. angemerkt, dass die Dimensionen nicht als linearer Prozess gesehen werden sollen, ein höherer Output bedingt demnach keinen höheren Impact. Jedoch muss die Variable Zeit als ein entscheidender Faktor bei der Herausbildung von jeglicher Art von Effektivität betrachtet werden.

Die Tabelle zeigt, dass bei einem Interesse an der Effektivität einer PPP im Sinne von Output-Effektivität zu untersuchen ist, in welchem Ausmaß Standardsetzung, die sich in konkreten Maßnahmen und Programmen der PPP widerspiegelt, sowie administrative und regulative Maßnahmen innerhalb der PPP, die eine entsprechende Umsetzung fördern sollen, beobachtbar sind. Die Output-Effektivität richtet sich somit nach dem Institutionalisierungsgrad der PPP. Die Outcome-Effektivität bezieht sich auf die konkrete Wirkung der getroffenen Maßnahmen und ist danach zu bewerten, inwieweit eine Verhaltensänderung und Regelbefolgung bei den Mitgliedern der PPP und der durch sie erreichbaren Normadressaten erkennbar ist und zu welchem Grad es zu einer (effektiven) Implementierung der Maßnahmen kommt.¹⁴⁶ Der Outcome kann (muss aber nicht) die tatsächliche Verbesserung einer sozio-ökonomischen Problemsituation positiv beeinflussen. Schließlich ist eine tatsächlich messbare Verbesserung innerhalb eines Problemfeldes, die auf das Handeln einer PPP zurückgeführt werden kann, als Impact (Effektivität im Sinne von Problemlösungsfähigkeit) zu betrachten.¹⁴⁷

2.3.3 Das Konzept der Effektivität im Kontext dieser Arbeit

Das Konzept der komplexen Performanz

Das Forschungsinteresse dieser Arbeit liegt in den Bedingungen für eine effektiv nachhaltige Problembearbeitung im Bereich von Global Public Health. Aufgrund des Interesses an einer langfristigen Verbesserung der Problemsituation und nicht an der kurzfristigen Lösung des Problems durch eine Institution erscheint das Konzept der komplexen Performanz für den Kontext dieser Arbeit als angemessener: Lokale Durchführungsinstanzen – welchen aufgrund ihrer lokalen Verankerung ein erhöhtes Problembearbeitungspotential zugesprochen werden kann – die die Anforderungen komplexer Performanz erfüllen können, stellen gemäß der Ausführungen bezüglich des Konzepts der komplexen Performanz das Kriterium für eine darauf aufbauende nachhaltige Verbesserung der Problemstruktur dar.

Komplexe Performanz der Implementierungsstrukturen: Kriterium für die Verbesserung der Problemstruktur im Bereich von Global Public Health

Implementierungsstrukturen, die die Anforderungen komplexer Performanz erfüllen, stellen im Hinblick auf eine nachhaltige Verbesserung der Problemstruktur eine notwendige Bedingung dar. Gerade im Bereich von Global Public Health und in Bezug auf transnationale

¹⁴⁶ Die Outcome-Effektivität entspricht damit der Prozess-Effektivität, welche davon abhängt, ob eine effektive Implementierung der Maßnahmen auf der lokalen und nationalen Ebene stattfindet.

Gesundheitspartnerschaften, die in diesem Bereich agieren, kann eine Resultatorientierung und Konzentration auf die Behandlung bestimmter Infektionskrankheiten beobachtet werden. Hierbei besteht die Gefahr, dass der Fokus auf eine schnelle, effiziente Bearbeitung (z.B. durch eine gezielte Medikamentenvergabe) und einer damit einhergehenden Verbesserung der betreffenden Problemstruktur – wodurch schon nach kurzer Zeit beeindruckende Resultate zu präsentieren sind – gelegt wird und der Aufbau einer grundlegenden Implementierungsstruktur, welche darüber hinaus Handlungspotential besitzt – Resultate sind in diesem Zusammenhang aber erst nach längerer Zeit erkenn- und vorweisbar – vernachlässigt wird. Ein entsprechend enger Fokus von PPP, welcher sich auf die schnelle und gezielte Bearbeitung spezieller Governance Probleme im Bereich von Global Public Health beschränkt, bedingt lediglich eine kurzfristige Verbesserung. Eine schnelle, effiziente und resultatorientierte Problembearbeitung kann im Sinne von simpler Performanz als effektiv betrachtet werden: Problembearbeitung geschieht; jedoch kann im Fall von auftretenden negativen Nebenfolgen keine langfristige Problembearbeitung garantiert werden. Lokale Implementierungsstrukturen, welche gemäß der Kriterien komplexer Performanz das Potential besitzen mit unintendierten Nebenfolgen umzugehen und diese auszugleichen, stellen damit das Mittel für eine effektive Problembearbeitung im Bereich von Global Public Health dar.¹⁴⁸

Definition von Effektivität

Im Rahmen der Arbeit soll der Schwerpunkt auf der Analyse der notwendigen Bedingung für Prozess- bzw. Outcome-Effektivität (abhängig von einer effektiven Implementierung der Maßnahmen auf der nationalen und lokalen Ebene) und damit auf der Frage liegen, welche Vorbedingung erfüllt sein muss, damit eine effektive Implementierung durch Durchführungsinstanzen, die die Anforderungen komplexer Performanz erfüllen, stattfinden kann.¹⁴⁹ Dazu soll auf der ersten Stufe des Policy-Zyklus (Output) untersucht werden, inwieweit eine entsprechende Standardsetzung, die in Abhängigkeit der lokalen Kontextbedingungen einen Kapazitätenaufbau vorsieht – welche die Voraussetzungen für die komplexe Performanz der Implementierungsstruktur und eine effiziente und effektive Umsetzung von Maßnahmen schafft – in konkreten Maßnahmen und Programmen der PPP widergespiegelt wird. Von Inte-

¹⁴⁷ Beisheim et al. (2008): 455.

¹⁴⁸ Vgl. Schäferhoff et al. (2007): 22.

¹⁴⁹ Damit wird das Konzept der komplexen Performanz mit dem Interesse an den notwendigen Bedingungen für Prozess- bzw. Outcome-Effektivität kombiniert. Folglich liegt der Schwerpunkt der Untersuchung in den Vorbedingungen für Prozess- bzw. Outcome-Effektivität in Form einer entsprechenden Förderstrategie, die den Aufbau von Durchführungsinstanzen (welche als Bedingung für Prozess- bzw. Outcome-Effektivität die Anforderungen der komplexen Performanz erfüllen müssen) vorsehen muss.

resse ist demnach, in welchem Umfang eine Gesundheitspartnerschaft allgemein in ihren Förderzielen und konkret im Rahmen ihrer Förderstrategie – sofern es die lokalen Kontextfaktoren erfordern – einen Aufbau der zur effektiven Implementierung notwendigen Strukturen vorsieht, um eine Regeleinhaltung (im Sinne einer effektiven Programmimplementation) bei den Regeladressaten (in Form der Empfängerstaaten, in diesem Zusammenhang genauer durch die lokalen Durchführungsinstanzen) garantieren zu können. Im Zentrum der Analyse soll folglich, gemäß des Fokus auf der Vorbedingung für Prozess- bzw. Outcome-Effektivität, die Förderstrategie eines Problemlösungszusammenschlusses genauer betrachtet werden, diese, so wird angenommen, bedingt maßgeblich die Performanz lokaler Implementierungsstrukturen und damit eine effektive Implementation sowie die Problemlösungsfähigkeit eines Kooperationszusammenschlusses.

Es soll gefragt werden, *wie* und *wodurch* (und nicht *ob*) eine langfristig gesicherte Problembearbeitung stattfinden kann. Die Frage nach dem *wie* bezieht sich auf den Output; hierbei wird gefragt, *wie* das institutionelle Design bzw. die Förderziele den Aufbau von lokalen Durchführungsinstanzen, die die Kriterien komplexer Performanz erfüllen, beeinflussen; genauer, *wie* die Strategie der PPP formuliert sein muss, um den Outcome (und in letzter Instanz auch den Impact) in positiver Weise zu beeinflussen. Die Frage nach dem *wodurch* bezieht sich auf den Outcome. Von Interesse ist hier, wodurch eine effektiv nachhaltige Problembearbeitung, also eine langfristige Verbesserung der Problemstruktur erreicht werden kann. Bei der Frage des *wodurch* ist sowohl die Implementierungsstruktur als auch die Förderstrategie zu nennen, die durch eine Kapazitätenbereitstellung mit dem Ziel des Aufbaus einer Implementierungsstruktur (welche gemäß des Interesses in effektiver Problembearbeitung den Anforderungen komplexer Performanz genügen muss) die Vorbedingung einer effektiven Implementation darstellt. Ein Prozessmanagement, das eine entsprechende Operationalisierung von Zielsetzungen im Rahmen der Förderstrategie vorsieht, gilt damit als ein Erfolgsfaktor für den Outcome.¹⁵⁰

Die Variable des Prozessmanagements als Effektivitätskriterium

Die Variable des Prozessmanagements beschreibt generell die Institutionalisierung und das fortlaufende Management innerhalb einer PPP.¹⁵¹ Ein „erfolgreiches“ Prozessmanagement, welches die Förderprinzipien, -strategie, das institutionelle Design und die intern ablauf-

¹⁵⁰ Vgl. Beisheim et al. (2008): 467.

¹⁵¹ Vgl. Beisheim et al. (2008): 461f.

fenden Prozesse einer PPP bestimmt, sollte nach Beisheim et al. folgende Merkmale aufweisen:¹⁵²

- Erstens kann eine starke Formalisierung, d.h. eine konkrete Operationalisierung von Zielsetzungen beobachtet werden;
- zweitens lässt die Programmstruktur bzw. der Förderansatz einen hohen Grad an Transparenz erkennen;
- drittens beinhaltet die jeweilige Förderstrategie Evaluierungsmechanismen zur Erfolgskontrolle und
- viertens sollte, wenn erforderlich, der Förderansatz Lern- und Reformprozessen unterliegen und je nach Notwendigkeit weiterentwickelt werden.¹⁵³

Im Hinblick auf das dieser Analyse zugrunde liegende Interesse an einer nachhaltigen Bearbeitung der Ursachen transnationaler Probleme mittels einer effektiven Förderstrategie, welche auf den Aufbau der lokalen Implementierungsstrukturen abzielt, ist insbesondere der erste Erfolgsfaktor eines ergebnisorientierten Prozessmanagements von Belang. Demnach hängt eine effektive Problembearbeitung maßgeblich von der konkreten Operationalisierung allgemein formulierter Förderziele im Rahmen der Strategie bzw. Förderkonzeption einer PPP ab, was den Erfolg des Outcome bedingt. Dies impliziert eine Untersuchung der Umsetzung von allgemein formulierten Förderzielen im Rahmen der Förderstrategie einer PPP sowie des Einflusses der darin vorgesehenen Policy-Instrumente auf den Outcome.

Betrachtung der Schnittstelle zwischen Output und Outcome

Wie dargestellt liegt das Hauptaugenmerk dieser Arbeit auf der Schnittstelle zwischen Output und Outcome. Eine darauf anwendbare policy-orientierte Definition von Effektivität ist bei Levy et al. zu finden:

„A more applied *policy-oriented definition* [...] focuses on well-defined goals and asks what policy adjustments will prove effective in attaining these goals.“¹⁵⁴ (Hervorhebung im Original)

Gemäß dieser Definition sind gut formulierte Ziele genauso notwendig wie eine Anpassung der Strategie an die jeweiligen Gegebenheiten, um effektive Problembearbeitung leisten und die eingangs formulierten Ziele erreichen zu können. Angewandt auf die allgemein formulierten Förderziele einer PPP heißt das: PPP müssen den Gebrauch von dem jeweiligen Kontext angemessenen Policy-Instrumenten – deren Verwendung in der Förderstrategie hinreichend formuliert und spezifiziert sein muss – im Rahmen der Programmdurchführung unterstützen

¹⁵² Beisheim et al. (2007b): 255, 259, (2008): 469ff.

¹⁵³ Vgl. hierzu Tabelle 3: Operationalisierung der Variablen Prozessmanagement im Anhang 2.

und fördern. Die Effektivität hängt demnach von dem „richtigen“, genauer dem effizienten Einsetzen von effektiven Policy-Instrumenten ab, welche ein Erreichen der definierten Ziele im Blick haben. Der Charakter und die jeweilige Ausprägung dieser Policy-Instrumente werden durch eine entsprechende Strategie, welche die Durchführung von bestimmten Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele vorsieht, ausgedrückt und sollten unter Berücksichtigung der lokalen Kontextbedingungen eine Bearbeitung der Ursachen des Problems zum Ziel haben. Levy et al. haben den dargestellten Zusammenhang zwischen der gezielten Einsetzung von Strategie im jeweiligen Kontext im Hinblick auf kooperative Governance-Arrangements wie folgt beschrieben:

„When international regimes operate effectively, they make use of endogenous facts (rules, procedures, programs) to alter exogenous facts (patterns of influence and interest, behavior of actors).“¹⁵⁵

Effektives Handeln eines Problemlösungszusammenschlusses hängt damit von der Strukturierung und Anpassung endogener Faktoren wie Strategie oder Programmdesign an exogene Faktoren wie Förderkontext oder lokale Kontextbedingungen ab. Wenn es sich für die Effektivität im Sinne einer effektiven Durchführung von Programmen der jeweiligen Kooperationsform als erforderlich darstellt, sollte eine Anpassung an fehlende Durchführungsinstanzen mittels eines Aufbaus lokaler Implementierungsstrukturen im Rahmen der Förderstrategie vorgesehen sein. Diese sollte Instrumente und Maßnahmen umfassen, die eine entsprechende Kapazitätenbereitstellung vorsehen, damit die lokalen Implementierungsstrukturen die Anforderungen komplexer Performanz erfüllen können und dadurch effektive und langfristige Problembearbeitung garantiert werden kann.¹⁵⁶

Fazit: Fokus auf den Vorbedingungen für Outcome-Effektivität

In Abgrenzung zu bisher durchgeführten Studien soll im Rahmen der Analyse nicht die Performanz bzw. Effektivität der Implementierungsstrukturen oder der Partnerschaft selbst untersucht werden (die Untersuchung besitzt demnach nicht den Charakter einer Implementations- oder Effektivitätsstudie). Das Forschungsinteresse dieser Arbeit bezieht sich, wie dargestellt, auf die notwendige Bedingung für die komplexe Performanz der lokalen Implementationsstruktur als Problembearbeitungsinstanz. Die kritische Variable in diesem Zusammenhang ist eine entsprechende Förderstrategie, welche durch den Einsatz bestimmter Policy-Instrumente maßgeblichen Einfluss auf die Performanz der lokalen Implementierungsstruktur nimmt. Dazu soll die Schnittstelle zwischen Output und Outcome näher betrachtet und die

¹⁵⁴ Levy et al. (1995): 292.

¹⁵⁵ Levy et al. (1995): 303.

konkreten Auswirkungen des Output auf den Outcome analysiert werden. Die Umsetzung der Förderziele innerhalb der Förderstrategie – ein ergebnisorientiertes Prozessmanagement – und der Einsatz von Instrumenten zur Ursachenbearbeitung, welche als Bedingungen für die Effektivität der Implementierungsstruktur (im Sinne komplexer Performanz) betrachtet werden, stellen folglich den Hauptuntersuchungsgegenstand der Analyse dar.

Auf Grundlage der Ausführungen in Bezug auf das Konzept der Effektivität lässt sich somit folgende Bedingung für den weiteren Verlauf der Arbeit ableiten (*Bedingung Nr. 2*):

Die konkrete Operationalisierung von allgemeinen Zielsetzungen im Rahmen der Förderstrategie als ein Faktor eines erfolgreichen Prozessmanagements und der Einsatz von speziellen Policy-Instrumenten – die, in Abhängigkeit der lokalen Kontextbedingungen, eine Kapazitätenbereitstellung vorsehen – stellen den Erfolgsfaktor für den Outcome in Form einer effizienten und effektiven Implementierung durch lokale (den Anforderungen der komplexen Performanz¹⁵⁷ genügenden) Durchführungsinstanzen dar.

Zur Untersuchung, ob diese Bedingung als erfüllt betrachtet werden kann soll im Teil der Anwendung überprüft werden, inwieweit die Förderziele des GFATM im Rahmen der Förderstrategie eine derartige Umsetzung finden, dass innerhalb einzelner Programme Maßnahmen, die eine Kapazitätenbereitstellung mit dem Ziel die komplexen Performanz der Implementierungsstruktur in positiver Weise zu beeinflussen, nachgewiesen werden können. Aufgrund des Interesses an der Programmstruktur und deren Einfluss auf die Performanz der lokalen Durchführungsinstanzen erscheint eine Darstellung der Ergebnisse der Implementationsforschung diesbezüglich angebracht.

2.4 Die Ergebnisse der Implementationsforschung

Im Hinblick auf das Forschungsinteresse an den notwendigen Bedingungen für eine effektive Implementation sollen die Ergebnisse der Implementationsforschung¹⁵⁸ herangezogen wer-

¹⁵⁶ Vgl. Miles et al. (2002b): 470f.

¹⁵⁷ Hervorgerufen durch Nachhaltigkeit, Effizienz, Gleichberechtigung, Stabilität, daraus resultierende Effektivität durch Zielerreichung sowie als ausschlaggebendem Element das Ausgleichen von Nebenfolgen.

¹⁵⁸ Zur näheren Bestimmung des Begriffs der Implementationsforschung vgl. Mayntz (1980c): 237: „Das Interesse für politische Steuerungsprozesse lenkt die Aufmerksamkeit zwangsläufig nicht nur auf die Frage, welche Programminhalte im Rahmen der gegebenen Strukturen zustande kommen, sondern auch wie treffsicher diese Steuerungsziele unter den jeweiligen Umständen tatsächlich verwirklicht werden. Implementationsforschung ist eine notwendige Voraussetzung jeder steuerungsorientierten Politiktheorie.“ Obwohl die vorliegende Analyse nicht den Charakter einer Implementationsstudie hat sollen die Ergebnisse der Implementationsforschung aufgrund der, durch die Implementationsforschung hervorgehobenen Relevanz der Programm- und Implementationsstruktur, herangezogen werden.

den, um die Beziehungen zwischen Implementierungsproblem, Implementierungs- und Programmstruktur aufzuzeigen und für die weitere Analyse zugänglich zu machen. Im Bereich der Umweltpolitik ist die Implementationsforschung relativ weit fortgeschritten; unterschiedliche Aspekte von analysierten Implementationsproblemen und Implementierungseffektivität sollen dargestellt und später auf den Bereich von Global Public Health und die ausgewählte Fallstudie angewandt werden.¹⁵⁹

Der Begriff der Implementation

In der Politikwissenschaft beschreibt der Begriff der Implementation die Durchführung bzw. Anwendung von Handlungsprogrammen bzw. rechtsverbindlichen Entscheidungen, die im politischen Prozess durch politische und administrative Organe beschlossen wurden und unter Beteiligung verschiedener öffentlicher und privater Organisationen in die Praxis umgesetzt werden.¹⁶⁰ Implementation bezieht sich folglich auf den Outcome innerhalb des Policy-Zyklus, genauer auf die praktische Phase der Umsetzung einer Strategie durch einen Akteur, wobei im Verlauf des Prozesses aufgrund von divergierenden Zielen der unterschiedlichen Akteure Konflikte bei der Durchführung auftreten können.¹⁶¹ Der Stellenwert der Implementation im politischen Prozess stellt sich somit wie folgt dar:

„In der *Phase* der Implementation wirken *Implementationsträger* und *Adressaten* in Handlungssituationen zusammen, die durch ein gegebenes *Programm* vorstrukturiert sind, und erzeugen so den *Impact*. Obwohl also die Implementation analytisch gesehen eine eigene Phase im politischen Prozeß ist, läßt sie sich nicht sinnvoll von der Programmentwicklung und der Programmwirkung isoliert betrachten.“¹⁶² (Hervorhebung im Original)

In anderen Worten: Der Prozess der Implementation wird durch die vorangehende Phase der Problemartikulation, der Politikformulierung bzw. Programmentwicklung determiniert und erstreckt sich bis zur letztendlichen Wirkung (Impact).¹⁶³ Dabei geht die Implementationsforschung von der Annahme aus, dass der Inhalt politischer Programme nur bis zu einem gewissen Grad die tatsächlichen Ergebnisse administrativen Handelns bestimmt – die Wirkung der Programme hängt im Wesentlichen von der Art ihrer Durchführung ab.¹⁶⁴ Dennoch, so wurde schon in den Anfängen der Implementationsforschung in Deutschland von Mayntz angeführt, darf die Implementationsforschung die Programmentwicklung nicht vernachlässigen, weil die

¹⁵⁹ Vgl. hierzu Keohane/Levy (1996); Miles et al. (2002a); Victor et al. (1998).

¹⁶⁰ Vgl. Mayntz (1980c): 236.

¹⁶¹ Windhoff-Héritier (1987): 86.

¹⁶² Mayntz (1980c): 239.

¹⁶³ Mayntz (1980c): 236; Windhoff-Héritier (1987): 86.

¹⁶⁴ Vgl. Mayntz (1980c): 236.

beiden Prozessphasen durch komplexe Abhängigkeiten miteinander verknüpft sind.¹⁶⁵ Daraus ergibt sich, dass im Zentrum der Implementationsforschung die Erklärung von Diskrepanzen bei der Umsetzung – zwischen Programmziel und tatsächlich erzeugter Wirkung – steht:

„Zunächst wird die Programmentwicklung durch die Kenntnis der vorgegebenen Implementationsstruktur und die Antizipation von Schwierigkeiten im Vollzug inhaltlich beeinflusst. Die Merkmale des resultierenden Programms bestimmen wiederum die Vorgänge in der Implementationsphase wesentlich mit; entsprechend sind diese Vorgänge ohne ausdrücklichen Rückbezug auf die Programmentwicklung gar nicht ausreichend zu erklären.“¹⁶⁶

2.4.1 Die Relevanz der Programm- und Implementationsstruktur

Die Programmstruktur

Die begriffliche Kategorie des Programms ist im Zusammenhang mit der Implementationsforschung von zentraler Bedeutung, da schon rein logisch Implementation etwas zu Implementierendes voraussetzt. Aus diesem Grund wird das Programm, welches Handlungsziele, die Adressaten sowie die für die Durchführung Verantwortlichen festlegt oder konkretisiert und die Beziehung zwischen ihnen und weiteren Interessentengruppen vorstrukturiert, bei der empirischen Analyse von Implementation zum Maßstab.¹⁶⁷ Da Programme dabei unterschiedliche Instrumente kombinieren, ist die analytische Unterscheidung bei der Analyse auf der Ebene der Instrumente zu treffen.¹⁶⁸ Eine exakte Trennung zwischen Programmentwicklung und Implementation ist schwierig aufrechtzuerhalten, da nicht eindeutig gesagt werden kann, ob Stufen der Konkretisierung und Operationalisierung noch zur Programmentwicklung oder schon zur Implementation gehören.¹⁶⁹ Die Bedeutung des Programms und seiner Struktur im Implementationsprozess werden hier klar deutlich. Als Folge davon sind Programmentwicklung und Implementation als Einheit zu untersuchen.¹⁷⁰

¹⁶⁵ Diese grundlegende Annahme der Relevanz von Programmen bei der Implementation spiegelt sich im theoretischen Ansatz der Implementationsforschung wider. Für die Analyse der Vorgänge in der Implementationsphase werden drei Faktorenkomplexe benannt: erstens die Merkmale der durchzuführenden Programme, zweitens die Merkmale der Durchführungsinstanzen und drittens die Merkmale der Zielgruppe bzw. der Leistungs- und Normadressaten (vgl. Mayntz (1980c): 239ff.).

¹⁶⁶ Mayntz (1980c): 239.

¹⁶⁷ Mayntz (1980b): 4.

¹⁶⁸ Diese können weiterhin je nach dominantem Instrument (z.B. Gebot, finanzieller Anreiz, Dienstleistung durch öffentliche Instanzen etc.) entsprechend in unterschiedliche Kategorien eingeteilt werden (vgl. Mayntz (1980b): 5). Daneben können nach Mayntz Programme sowohl anhand einer Reihe formaler Merkmalsdimensionen (Programmziele, Spannweite eines Programms und Offenheit) als auch nach verschiedenen Arten von Programmelementen (in Form von Normen verschiedener Art wie allgemeinen Zielformulierungen, konkreten Maßnahmen etc.) eingeordnet werden, die allerdings eine untergeordnete Rolle spielen und im Rahmen der Analyse nicht eingehender betrachtet werden sollen.

¹⁶⁹ Mayntz (1980b): 10.

¹⁷⁰ Mayntz (1980b): 15.

Die Implementationsstruktur

Die Durchführungsinstanzen bzw. die Implementationsstruktur bedingen maßgeblich die Programmentwicklung sowie die zielgerichtete Durchführung eines Programms.

„Dabei wird hier unter „Implementationsstruktur“ die Gesamtheit der steuernd, kontrollierend oder unmittelbar durchführend mit der Implementation eines bestimmten Programms befaßten administrativen Einheiten verstanden.“¹⁷¹ (Hervorhebung im Original)

Die Implementationsstruktur stellt somit ein strukturiertes Akteurssystem dar, welches die Aufgabe der Programmumsetzung erfüllt. Die Akteure können staatliche sowie nichtstaatliche bzw. frei gesellschaftliche Organisationen sein.¹⁷² Die Wählbarkeit der Implementationsstruktur ist von vornherein durch die Eigenart der zugrunde liegenden Problemstruktur und durch schon entsprechend bestehende Durchführungsinstanzen begrenzt. Es kann aber auch sein, dass überhaupt keine Durchführungsinstanzen vorhanden sind.¹⁷³ In einem solchen Fall muss, wie in den bis zu diesem Punkt der Arbeit formulierten Bedingungen dargestellt wurde, der Aufbau einer Implementationsstruktur einer entsprechenden Programmdurchführung vorangehen. Besteht der Fall, dass zwar eine Implementierungsstruktur vorliegt, die Durchführungsinstanzen jedoch nicht über ausreichend Kapazitäten für eine effektive Implementation verfügen, kann die Folge hiervon ein unfreiwilliger Regelbruch (involuntary defection, non-compliance) seitens der Durchführungsinstanzen sein.¹⁷⁴ Hieraus geht hervor, dass die Beschaffenheit und der Charakter der Implementationsstruktur ein wichtiger Faktor und Ausgangspunkt für die Analyse von Implementationsproblemen darstellt.

Die lokalen Kontextbedingungen determinieren damit die jeweilige Problemstruktur und stellen neben dem Förderkontext¹⁷⁵ die zweite intervenierende Variable dar, von der angenommen wird, dass sie starken Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Förderzielen, -strategie und Performanz der Implementierungsstruktur ausübt. Die lokalen Kontextbedingungen beeinflussen dabei maßgeblich die Handlungsfähigkeit sowie Performanz der Durchführungskapazitäten und dadurch auch die Strategie und die Wahl von entsprechenden Instrumenten zur Problembearbeitung.

¹⁷¹ Mayntz (1980c): 244ff.

¹⁷² Vgl. Mayntz (1980b): 7.

¹⁷³ Vgl. Mayntz (1980c): 247. Im Falle nicht vorhandener Durchführungsinstanzen kann von Staaten begrenzter Staatlichkeit gesprochen werden (vgl. hierzu die unter 2.2.5 genannten Arbeiten zu einem Minimum an Staatlichkeit). Die relevante Literatur zu Staaten begrenzter Staatlichkeit und die Implementationsforschung führen an, dass ein Minimum an Staatlichkeit zur effektiven Durchführung von Programmen notwendig ist.

¹⁷⁴ Für eine ausführlichere Darstellung vgl. die relevante Literatur im Bereich von Compliance (v.a. Börzel (2002); Chayes/Chayes (1993); Raustiala/Victor (1998); Zürn (1997), (1998)).

¹⁷⁵ Für eine nähere Darstellung der intervenierenden Variable Förderkontext vgl. die Ausführungen unter 2.1.2.

2.4.2 Implementierungseffektivität

Obwohl die Implementierungseffektivität nicht Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist, sollen dennoch unterschiedliche Aspekte dargestellt und die notwendigen Maßnahmen zur Bearbeitung von v.a. denjenigen Implementationsproblemen identifiziert werden, die im Zusammenhang mit der Umsetzung von positiven Regelungen auftreten und in deren Kontext eine fehlende Umsetzung aufgrund von Ressourcenmangel steht. Als problematisch erscheint die Bewertung der Implementierungseffektivität, die je nach gewähltem Maßstab stark variieren kann und davon abhängt, wie der Begriff der effektiven Implementation im jeweiligen Kontext definiert wird.¹⁷⁶ Generell kann jedoch gesagt werden, dass es bei der Bewertung der Durchsetzung einer Maßnahme, d.h. der Frage, ob die Implementation erfolgreich war, darauf ankommt, inwieweit Implementationsprobleme durch die jeweilige Implementationsstruktur bearbeitet werden konnten.

Das Implementationsproblem

Schon mit Beginn der Implementationsforschung in den siebziger und achtziger Jahren¹⁷⁷ zeigte sich, dass im Rahmen nationaler Programme große Abweichungen und Zielverschiebungen während der Durchführungsphase auftreten können.¹⁷⁸ Das grundlegende Problem, welches sich nun im Zeitalter der Globalisierung bei der Durchführung von bestimmten Projekten stellt, ist, dass im Rahmen von international getroffenen Vereinbarungen die Implementation auf nationaler und lokaler Ebene erfolgen bzw. die Implementation an nationale Rahmenbedingungen angepasst werden muss. Damit einher geht, dass die Kongruenzbedingung, welche die Voraussetzung für effektives Regieren darstellt, folglich nicht erfüllt wird¹⁷⁹ und alternativ kein „allgemeingültiges Implementationsmuster“ existiert.¹⁸⁰ In der Folge kann es bei der Implementation von Maßnahmen und Programmen aufgrund von unterschiedlichen Problem- und Akteurskonstellationen zu weitreichenden Implementationsdefiziten auf der

¹⁷⁶ Dabei kann zwischen den Konzepten der formalen und der praktischen Implementation sowie hinsichtlich des analytischen Fokus (Output-/Outcome-orientiert) und der Forschungsperspektive (ziel-/prozessorientiert) unterschieden werden. Da die Arbeit jedoch keine Implementationsstudie vorsieht soll im Kontext der Analyse auf die Konzepte nicht weiter eingegangen werden (für eine ausführlichere Darstellung vgl. Hill (1997) und Knill (2003): 170f.).

¹⁷⁷ Vgl. stellvertretend für den Beginn der Implementationsforschung in der Bundesrepublik Deutschland Mayntz et al. (1978), (1980a).

¹⁷⁸ Vgl. auch Knill (2003): 161.

¹⁷⁹ Vgl. Zürn (1997): 41f.

¹⁸⁰ Raustiala/Victor (1998): 659; Victor et al. (1998): 3.

nationalen und lokalen Ebene kommen. Eine effektive Implementation hängt folglich davon ab, inwieweit während dem Prozess der Durchführung Implementationsdefizite ausgeglichen bzw. beseitigt werden können und inwiefern im globalen Kontext eine erfolgreiche Implementation von transnational getroffenen Vereinbarungen auf der nationalen und lokalen Ebene möglich ist. In diesem Zusammenhang soll die Implementation von so genannten positiven und negativen Regelungen näher betrachtet werden.

Die Implementation von positiven und negativen Regelungen

Vor dem Hintergrund von Denationalisierung und Global Governance kann nach Zürn zwischen positiven und negativen Regelungen unterschieden werden.¹⁸¹ Positiv und negativ zielt hierbei, unabhängig von deren Ebene und institutionellen Rahmenbedingungen, auf den Gehalt einer Regel ab.¹⁸² Während negativ im konstitutiven Sinne verstanden wird und die Ermöglichung eines Handlungszusammenhangs beschreibt, bezieht sich positiv auf die konkrete Ausgestaltung und Regelung eines neu geschaffenen Kontextes.¹⁸³ Im Anschluss an die Kongruenzbedingung kann eine gesteigerte Nachfrage nach positiven Regelungen jenseits des Nationalstaates v.a. dann beobachtet werden, wenn die Kongruenzbedingung nicht gegeben ist.¹⁸⁴ Im Falle der negativen Regelungen verpflichten sich Staaten lediglich dazu, bestimmte Handlungen zu unterlassen, wohingegen sich im Falle der positiven Regelungen das politisch-administrative System eines Staates dazu verpflichtet, bestimmte Maßnahmen und Eingriffe in koordinierter Weise durchzuführen. Damit gehen unterschiedliche Umsetzungsschwierigkeiten und Implementationsprobleme einher:¹⁸⁵

„Wenn man positive Regelungen als die Schaffung gemeinsamer Politiken, die die freie Interaktion partiell beschränken, und negative Regelungen als die Errichtung gemeinsamer Regeln, die bestimmte nationale Politiken oder Eingriffe verbieten, definiert, dann wird deutlich, dass die Implementationsprobleme bei negativen Regelungen vermutlich sehr klein sind. Die Staaten müssen sich im Falle der *negativen Regelungen* nur auf die Unterlassung verpflichten, durch eigene Regeln den freien Austausch nicht zu behindern. Eine Unterlassung stellt jedoch keine besonders hohen Anforderungen an die Steuerungskapazitäten des Staates. [...] Ganz anders stellt sich die Situation bei *positiven Regelungen* dar. Hier verpflichten sich die beteiligten Regierungen dazu, bestimmte Politiken durchzuführen bzw. bestimmte Zielvorgaben zu erreichen. Die typische Vereinbarung besteht hier in einer Harmonisierung der nationalen Politiken auf einem Niveau, das oberhalb des kleinsten gemeinsamen Nenners liegt. Als Folge davon müssen zumindest einige der beteiligten Regierungen etwas tun (statt unterlassen), um die Vereinbarung einzuhalten.“¹⁸⁶ (Hervorhebung im Original)

¹⁸¹ Zürn (1998): 180ff.

¹⁸² Zürn (1997): 45, (1998): 180.

¹⁸³ Zürn (1997): 45f.

¹⁸⁴ Zürn (1997): 45.

¹⁸⁵ Zürn (1998): 224f.

¹⁸⁶ Zürn (1997): 53f.

Eine positive Regelung verlangt sowohl nach einer Konkretisierung von internationalen Vereinbarungen auf nationaler Ebene, z.B. durch Gesetze und Maßnahmen (politische Implementation) als auch nach einer Durchführung dieser Vereinbarungen (effektive Implementation).¹⁸⁷ Bei der positiven Regelung kann in der Folge ein Implementationsproblem entstehen, weil erstens die von der Regelung Betroffenen oftmals gesellschaftliche oder wirtschaftliche Akteure sind und zweitens mangelnde finanzielle, technologische und administrative Kapazitäten es Regierungen unmöglich machen können, die notwendigen Maßnahmen zur Zielerreichung zu ergreifen. Daraus ergibt sich, dass im Fall der positiven Regelungen die Möglichkeit einer ungewollten Nichteinhaltung von Vereinbarungen besteht.¹⁸⁸ Diese ungewollte Nichteinhaltung, der unfreiwillige Regelbruch¹⁸⁹, welche eine fehlende nationale Umsetzung mit sich zieht, wird meist mit Ressourcenmangel begründet.¹⁹⁰ Die Folge ist, dass es aufgrund eines Defizits an administrativem und technischem Know-How zu keiner effektiven Umsetzung einer Regel (bzw. der Maßnahmen eines Programms) kommt.¹⁹¹ Zürn führt jedoch an, dass das konkrete Design internationaler Institutionen die Implementationslogik beeinflussen kann:¹⁹²

„Diese Perspektive öffnet auch die Möglichkeit zur Suche nach institutionellen Merkmalen, welche die spezifischen Implementationsprobleme positiver Regelungen lindern können.“¹⁹³

Bestimmte institutionelle Merkmale können somit die Bedingungen schaffen, die notwendig sind, um den Implementationsanforderungen positiver Regelungen gerecht zu werden und Implementationsprobleme zu beseitigen. Zur Bearbeitung des Problems eines Ressourcenmangels auf nationaler und lokaler Ebene, mit welchem eine fehlende Umsetzung positiver Regelungen einhergeht, ist der Ausbau der Fähigkeiten schwächerer Regierungen (*Capacity Building*) notwendig.¹⁹⁴

¹⁸⁷ Zürn (1997): 54, (1998): 191.

¹⁸⁸ Zürn (1997): 54f., (1998): 191.

¹⁸⁹ Vgl. auch die Ausführungen von Raustiala/Victor (1998): 661f.

¹⁹⁰ Zürn (1997): 55, (1998): 191.

¹⁹¹ Nach Zürn äußern sich Implementationsprobleme konkret darin, dass erstens Schwierigkeiten dabei entstehen, das Ausmaß der Regeleinhaltung zu verifizieren und transparent zu machen, zweitens die operationalen Regeln an das gegenwärtig Machbare angepasst werden müssen (ohne die Prinzipien und Normen außer Kraft zu setzen), drittens ein hohes Maß an administrativem und technischem Know-how vorhanden sein muss und viertens die letztlich Betroffenen ein Bewusstsein für das Problem und mithin die Legitimität der Regelung haben müssen (vgl. Zürn (1997): 55, (1998): 192). Im Kontext dieser Arbeit soll näher auf das dritte Implementationsproblem in Form eines Ressourcenmangels eingegangen werden.

¹⁹² Zürn (1997): 44, (1998): 192f.

¹⁹³ Zürn (1997): 56.

¹⁹⁴ Weitere institutionelle Merkmale zur Bearbeitung der von Zürn genannten vier Implementationsprobleme sind: die Schaffung eines kooperationsförderlichen „vertraglichen Umfeldes“ (*contractual environment*); ein flexibler Umgang mit (unfreiwilligen) Regelungsabweichungen (*compliance management*) sowie die Schaffung von Verständnis für die Regelung bei den Nachzählern und die relative Stärkung der Position von Gruppen, die die Regelung unterstützen (*concern building*) (Zürn (1997): 57, (1998): 194f.; vgl. hierzu ebenso die institutio-

Die Implementation von Maßnahmen eines Förderprogramms (positive Regelungen) durch die Institutionen eines Gesundheitssystems ist im Rahmen dieser Arbeit von Interesse. Dabei soll der Schwerpunkt nicht auf der Untersuchung der Implementierungseffektivität¹⁹⁵, sondern auf der Betrachtung eines Implementationsproblems – dem Kapazitätsdefizit, welches sich in Form eines Mangels an finanziellen, personellen und administrativen sowie technischen Kapazitäten äußert – liegen. Eine Bearbeitung dieses Implementationsproblems setzt, wie dargestellt wurde, die Bereitstellung von entsprechenden Kapazitäten zur Stärkung der Implementationsstruktur (Capacity Building) voraus.

Basierend auf den dargelegten theoretischen Ausführungen in Bezug auf die Ergebnisse der Implementationsforschung kann entsprechend folgende Bedingung formuliert werden (*Bedingung Nr. 3*):

Wenn es die lokalen Kontextbedingungen erfordern, muss die Förderstrategie durch Maßnahmen des Capacity Building den grundlegenden Aufbau der Implementierungsstruktur innerhalb einer Programmstruktur fördern und unterstützen, um die Implementierungseffektivität und komplexe Performanz der lokalen Durchführungsinstanzen zu garantieren.

Die Bearbeitung des identifizierten Implementationsproblems in Form eines Kapazitätenproblems erfordert den Auf- und Ausbau einer grundlegenden, funktionsfähigen Implementierungsstruktur – ein solcher wird durch den Begriff des Capacity Building beschrieben. Zur Herleitung der Definition des Begriffs des Capacity Building soll zunächst die Bedeutung und die Vielschichtigkeit des Kapazität-Begriffs selbst dargestellt und darauf aufbauend die Verwendung des Begriffs im Rahmen der Analyse geklärt werden.

2.5 Capacity Building

2.5.1 Definition und Ebenen des Kapazität-Begriffs

Hinsichtlich der Begriffsbestimmung muss angeführt werden, dass bislang keine allgemein akzeptierte Definition des Kapazität-Begriffs existiert.¹⁹⁶ Der Ansatz von Derick W. Brinkerhoff erscheint jedoch als geeignete Basis für weitergehende definitorische Bestrebungen:

nellen Merkmale eines „C-4-Designs“ nach Haas et al. (1993) (Der Begriff des „C-4-Design“ leitet sich aus den in Klammern angeführten englischen Begriffen für die vier institutionellen Merkmale ab)).

¹⁹⁵ Zur Messung von Outcomes eines Gesundheitssystems vgl. Opit (1991).

¹⁹⁶ Hieraus ergibt sich bezüglich der eingeforderten Koordinierung und Kohärenz von unterschiedlichen Entwicklungshilfeprogrammen und -ansätzen folgendes Problem: ohne eine allgemein anerkannte Definition von Kapazität gestaltet es sich als schwierig ein aufeinander abgestimmtes Handeln im Bereich von Capacity Build-

„Capacity deals with the aptitudes, resources, relationships, and facilitating conditions necessary to act effectively to achieve some intended purpose.“¹⁹⁷

Es herrscht weitestgehend Akzeptanz bezüglich der Identifikation von unterschiedlichen Kapazität-Ebenen innerhalb eines Systems. Hierbei wird generell zwischen drei Kapazität-Ebenen unterschieden: erstens Kapazität auf der individuellen Ebene, zweitens Kapazität auf der organisatorischen Ebene und drittens Kapazität auf der institutionellen Ebene.¹⁹⁸

Kapazität auf der individuellen Ebene

Kapazität auf der individuellen Ebene beschreibt die fundamentalste Form von Kapazität. Individual-Kapazität stellt die Grundlage für Kapazität auf der organisatorischen Ebene dar und bezieht sich auf den Willen und die Fähigkeit eines Individuums durch Wissen, Kompetenz, Verhalten, Gesundheit etc. bestimmte Ziele zu erreichen. Individual-Kapazität kann auf unterschiedliche Weise erreicht werden, z.B. durch formale und informale Bildung, praktische Ausbildung oder andere Arten der Wissensvermittlung. Im Kontext der Entwicklung von Kapazität auf der organisatorischen Ebene ist die Entwicklung von personellen Ressourcen als ausschlaggebender Faktor zu betrachten.¹⁹⁹

Kapazität auf der organisatorischen Ebene

Kapazität auf der organisatorischen Ebene bestimmt, wie individuelle Kapazität genutzt und ausgebaut bzw. gefördert wird. Organisatorische Kapazität bezieht sich auf all das, was die Performanz einer Organisation beeinflusst und schließt sechs unterschiedliche Bereiche ein, die die „erfolgreiche“ Performanz einer Institution bedingen:²⁰⁰

- Strategischer Führungsstil (effiziente Leitungs- und Planungsinstanz);
- ausreichend personelle Kapazität (personelle Ressourcen);
- Ressourcen intellektueller (v.a. Wissen, Know-How) und physischer (z.B. Infrastruktur, Ausstattung) Natur;
- Programm-Management (Planung, Implementierung und Kontrolle von Programmen);
- funktionierendes Prozess-Management (effiziente Problemlösungsstrategien, Entscheidungsfindungsprozesse, interne Kommunikation und interne Evaluationsmechanismen) und schließlich

ding zu erreichen. Capacity Building zu unterstützen, heißt im Falle einer nicht allgemeingültigen Definition dann für die Institutionen und Organisationen, was genau zu tun? Vgl. hierzu Morgan (2006): 2.

¹⁹⁷ Brinkerhoff (2007): 4.

¹⁹⁸ Vgl. Brinkerhoff (2007): 4; Lusthaus et al. (1995); Matachi (2006): 4.

¹⁹⁹ Matachi (2006): 5.

²⁰⁰ Lusthaus et al. (1995); Matachi (2006): 5.

- inter-institutionelle Verflechtungen (Netzwerke und Partnerschaften).

Kapazität auf der institutionellen Ebene

Auf der institutionellen Ebene bezieht sich Kapazität auf die Umwelt, also den Kontext und die Bedingungen die gegeben sein müssen, um Kapazität auf der individuellen und organisatorischen Ebene etablieren zu können. Diese Dimension von Kapazität umfasst die Rahmen- und Systembedingungen, die notwendig sind, um Strategien und konkrete Vorhaben generieren und durchführen zu können. Institutionelle Kapazität beschreibt damit die identifizierte intervenierende Variable der lokalen Kontextfaktoren, welche auf die Umsetzung der Förderstrategie und die Performanz der lokalen Implementierungsstrukturen maßgeblich einwirkt. Hierunter fallen z.B. administrative, rechtliche, politische, ökonomische, soziale, technische oder auch kulturelle Kontextbedingungen und die jeweiligen formalen und informalen Institutionen in diesen Bereichen sowie individuelle und organisatorische Kapazität. Von dem Zustand dieser Faktoren auf der institutionellen Ebene hängt weitestgehend die Notwendigkeit eines Auf- und Ausbaus von Kapazität auf der organisatorischen Ebene (um eine effektive Programmimplementation zu garantieren) ab.²⁰¹

Zwischen den unterschiedlichen Ebenen existieren wechselseitige Interdependenzen; Kapazität und Performanz hängen zu einem gewissen Grad von den Interaktionen zwischen den Ebenen ab: Kapazität auf der individuellen Ebene wird weitestgehend von Kapazität auf der organisatorischen Ebene bedingt, wobei Kapazität auf der institutionellen Ebene die Voraussetzung für Kapazität auf der organisatorischen Ebene darstellt. Analytisch kann entweder das Zusammenspiel zwischen allen Ebenen als ein ganzes System oder jede Ebene als ein separates System an sich, oder als ein Subsystem, gesehen werden; wobei die höheren Ebenen als die Umwelt, in der sich das jeweilige System befindet, betrachtet werden können.²⁰² Jedoch kann bei einer Betrachtung der unterschiedlichen Ebenen als Bestandteile eines Systems folgendes Problem identifiziert werden: Innerhalb eines geschlossenen Systems hängt organisatorische Kapazität weitestgehend von Kapazität institutioneller Natur ab. PPP befinden sich unter den Bedingungen begrenzter Staatlichkeit damit in einer Dilemma-Situation:

„Einerseits sollen sie ein Governance-Instrument sein, um auch in Räumen begrenzter Staatlichkeit Leistungen zu erbringen, die der Staat mangels Kapazität eben nicht erbringen kann; andererseits muss ein Mindestmaß an staatlichen Steuerungsleistungen gegeben sein, um überhaupt Rahmenbedingungen für die Arbeit von PPP zu gewährleisten.“²⁰³

²⁰¹ Lusthaus et al. (1995); Matachi (2006): 5.

²⁰² Brinkerhoff (2007): 5.

²⁰³ Beisheim et al. (2008): 468f.

2.5.2 Capacity Building und die Bedeutung im Kontext dieser Arbeit

Der Fokus dieser Arbeit soll bei der Analyse von Kapazität auf der organisatorischen Ebene liegen, wobei der Stellenwert von Capacity Building im Rahmen von durch PPP verwendeten Problemlösungsstrategien untersucht wird.

Der Begriff des Capacity Building baut auf den Kapazität-Begriff auf und hat, aufgrund dessen Uneindeutigkeit, mit demselben Problem der definatorischen Unklarheit zu kämpfen. Es existiert keine allgemein anerkannte Definition von Capacity Building, jedoch lässt sich anhand der relevanten Literatur ein Grundkonsens bezüglich der Beschaffenheit von Capacity Building erkennen.²⁰⁴ Capacity Building beschreibt generell den Aufbau nationaler und lokaler institutioneller sowie netzwerkartiger Strukturen, welche es Staaten ermöglichen, Entwicklungsprogramme und die darin enthaltenen Richtlinien und Maßnahmen in effizienter und effektiver Weise zu implementieren:

„Capacity strengthening is an ongoing process by which people and systems, operating within dynamic contexts, enhance their abilities to develop and implement strategies in pursuit of their objectives for increased performance in a sustainable way.“²⁰⁵

Unter Capacity Building soll im Kontext von Global Public Health eine Kapazitätenbereitstellung mit dem Ziel der Verbesserung der Performanz von Durchführungsinstanzen des Gesundheitssystems zur effektiven Programmimplementation verstanden werden. Der Begriff des Capacity Building soll im Kontext dieser Arbeit wie folgt definiert werden:

Capacity Building beschreibt den Auf- und Ausbau von nationalen und lokalen Durchführungsinstanzen durch eine Kapazitätenbereitstellung in den Bereichen Infrastruktur, Wissen/Know-How und personelle Ressourcen. Eine langfristig gesicherte Finanzierung stellt die notwendige Bedingung für den Aufbau von entsprechenden Implementierungsstrukturen und die weitere Fähigkeit dieser, Programme und Maßnahmen mit dem Ziel der Problembearbeitung effektiv implementieren zu können, dar.

²⁰⁴ In diesem Kontext soll zudem angemerkt werden, dass generell das Konzept des Capacity Building von dem des Capacity Development unterschieden wird. Eine Differenzierung impliziert eine unterschiedliche Haltung gegenüber den Konzepten, welche insbesondere bezüglich der unterschiedlichen Ansätze in der Entwicklungshilfe zu beobachten ist. Es wird bemängelt, dass der Term „building“ unterbewusst die lokale Eigentümerschaft und Partizipationsmöglichkeiten, sowie das Potential des Empfängerlandes verkennt und lediglich einen Kapazitätentransfer vorsieht anstatt Kapazitäten in Koordination und unter Mitwirkung des Partnerlandes aufzubauen (Capacity Development) (vgl. Matachi (2006)). Jedoch erscheint diese Unterscheidung für die vorliegende Analyse zu weit zu gehen, bezüglich der relevanten politikwissenschaftlichen und verwendeten Literatur kann der Begriff des Capacity Building, der den Auf- und Ausbau institutioneller Strukturen in Koordination mit dem Empfängerland umschreibt als der gängigere identifiziert werden (vgl. Beisheim et al. (2008); Caines (2005); Lele et al. (2004), (2005)).

²⁰⁵ Lusthaus et al. (1995).

Die Definition von Capacity Building im Kontext dieser Arbeit umfasst somit vier Aspekte:²⁰⁶

- Erstens den Kapazitätentransfer von intellektuellen Ressourcen: die Vermittlung von Wissen/Know-How;
- zweitens die Kapazitätenbereitstellung und -ausbildung im Bereich der personellen Ressourcen: die Bereitstellung von personellen Kapazitäten und im nächsten Schritt die Ausbildung und Einbindung von Fachkräften vor Ort. Ein Mangel an gut ausgebildeten Ärzten, Krankenschwestern und Verwaltungspersonal im Gesundheitssystem stellt ein zu identifizierendes Defizit hinsichtlich einer nachhaltigen Verbesserung und gesteigerter Effizienz im Kampf gegen die betreffenden Infektionskrankheiten, dar;
- drittens die Bereitstellung von Kapazitäten physischer Natur: der Auf- und Ausbau einer grundlegenden Infrastruktur und damit verbunden die Verbesserung der (technologischen) Ausstattung von lokalen und nationalen Einrichtungen des Gesundheitssystems und
- viertens existiert eine notwendige Bedingung für Capacity Building in Form einer gesicherten Finanzierung von Programmen: die langfristige Finanzierung von Maßnahmen muss gesichert sein, um Capacity Building und darauf aufbauend eine effektive Durchführung von Programmen durch lokale Implementierungsstrukturen und die Nachhaltigkeit von Ergebnissen zu garantieren.²⁰⁷

Weitere organisatorische Kapazitäten – strategische Führung, Programm-Management, Prozess-Management und interinstitutionelle Verbindungen – werden aufgrund ihres hinreichenden Charakters im Rahmen der Definition eines grundlegenden Kapazitätenaufbaus nicht berücksichtigt. Es wird davon ausgegangen, dass mit einem Kapazitätenaufbau im Sinne von Capacity Building Nachhaltigkeit, Effizienz, Gleichberechtigung und Stabilität der Implemen-

²⁰⁶ Vgl. hierzu die u.a. von Caines (2005); Lele et al. (2005): xviii und Lusthaus et al. (1995) angeführten Aspekte von Capacity Building.

²⁰⁷ Für eine ausführlichere Darstellung der unterschiedlichen Dimensionen des Begriffs der Nachhaltigkeit vgl. Walford (2005). Bei der Verwendung des Begriffs der Nachhaltigkeit im Zusammenhang mit dem Konzept des Capacity Building liegt der Schwerpunkt zum einen auf finanzieller Nachhaltigkeit – im Sinne einer gesicherten Finanzierung der Förderprogramme – zum anderen auf der Nachhaltigkeit von Ergebnissen – welche gemäß der theoretischen Annahmen allein im Rahmen einer Stärkung der Implementierungsstruktur durch eine Kapazitätenbereitstellung in den Bereichen Infrastruktur/Technologie, personelle Ressourcen und Wissen erreicht werden kann. Ein Problem, das mit dem Aspekt der finanziellen Nachhaltigkeit einhergeht, ist die weitergehende Finanzierung nach Ablauf eines Förderprogramms. Es ist höchst unwahrscheinlich, dass die betreffenden Länder die finanziellen Mittel aufbringen können, um v.a. die Bereitstellung von Medikamenten und anderen Präventions- und Behandlungsmethoden auf demselben Niveau zu halten. Entsprechend sind die Länder weiterhin auf Fördermittel angewiesen, um angemessene Problembearbeitung betreiben zu können. Finanzielle Nachhaltigkeit in diesem Sinne stellt damit eine kritische Bedingung für die komplexe Performanz von Implementierungsstrukturen nach dem Ende eines Förderprogramms dar. Auf dieses wichtige Problem kann im Rahmen der Arbeit jedoch nicht weiter eingegangen werden, hierzu bedarf es weitergehender Forschung. Der Fokus der Analyse liegt auf der finanziellen Nachhaltigkeit während der Laufzeit eines Förderprogramms.

tierungsstruktur einhergehen.²⁰⁸ Weiter wird angenommen, dass die definierten Elemente des Capacity Building ebenso die Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit der lokale Institutionen soweit bedingen, dass diese das Potential besitzen, Nebenfolgen – die in ihrem Handlungsbereich oder außerhalb dessen auftreten aber in der Folge auf diesen einwirken – effektiv auszugleichen. Folglich stellt Capacity Building das notwendige Kriterium für die komplexe Performanz von Durchführungsinstanzen eines Gesundheitssystems dar.

2.5.3 Capacity Building als Bedingung für Implementierungseffektivität im Bereich von Global Public Health

Ein Mangel an Durchführungsinstanzen auf lokaler und nationaler Ebene kann als der entscheidende Faktor und Ursprung für Ineffektivität im Bereich der Umsetzung von Richtlinien und Maßnahmen identifiziert werden.²⁰⁹ Die Problemlösungsfähigkeit einer Kooperationspartnerschaft wie dem GFATM hängt somit maßgeblich davon ab, ob vor Ort eine geeignete Infrastruktur existiert, welche die effiziente und effektive Durchführung der Maßnahmen und Programme gewährleisten kann. Die Implementierungskapazität von Empfängerländern kann, wie schon im Kontext der Ausführungen zur Implementierungseffektivität erwähnt, als die entscheidende Bedingung für Effektivität im Sinne von nachhaltiger Problemlösung im Bereich von Global Public Health betrachtet werden.²¹⁰ Hinsichtlich einer Bewertung der Governance-Leistung neuer Formen des Regierens stellt sich somit die Frage, ob PPP, in diesem Fall der GFATM, „die kognitiven, administrativen und materiellen Kapazitäten und Kompetenzen der beteiligten Staaten und Gesellschaften verbessern können, um die identifizierten Probleme zu bewältigen“ und folglich ob innerhalb des Förderansatzes eine Kapazitätenbereitstellung zur Schließung der Kapazitätenlücke vorgesehen ist.²¹¹

Die Frage, die darauf aufbauend ausgehend von der Implementationsforschung an eine PPP wie den GFATM gestellt werden muss, lautet: Wie versucht der GFATM seine formulierten Förderziele umzusetzen? Durch welche im Rahmen der Förderstrategie konkretisierten Maßnahmen bzw. Policy-Instrumente soll eine effektive Durchführung von Programmen garantiert werden? Maßnahmen des Capacity Building, eine entsprechende Kapazitätenbereitstellung zum Aufbau einer grundlegenden Implementierungsstruktur, stellen in diesem Zusammenhang die notwendige Bedingung für ein nachhaltige Problembearbeitung durch

²⁰⁸ Vgl. Tabelle 4: Operationalisierung der Variablen Capacity Building im Anhang 2.

²⁰⁹ Vgl. Keohane (1996): 12f.

²¹⁰ Vgl. Keohane et al. (1993): 21, (1996): 13, 17; vgl. auch Lele et al. (2005).

²¹¹ Zürn (1997): 59, (1998): 197.

eine effektive Implementation von Förderprogrammen und damit einhergehend Problembearbeitung durch lokale Instanzen dar. Im Bereich von Global Public Health übernehmen damit funktionierende Implementierungsstrukturen die Schlüsselfunktion in Bezug auf eine nachhaltige Verbesserung der betreffenden Problemstruktur. Krankheitsspezifische Förderprogramme können, wie gezeigt wurde, ohne eine unterstützende Infrastruktur des Gesundheitssystems nicht nachhaltig wirken und Verbesserungen langfristigen Charakters erzielen.²¹² Der Aufbau von Durchführungsinstanzen im Sinne von Capacity Building stellt damit im Bereich von Global Public Health die Bedingung für eine nachhaltige Problembearbeitung dar:²¹³

„The point is simply that capacity-building measures can be important *means* of achieving substantive results further down the road.“²¹⁴ (Hervorhebung im Original)

In Anbetracht der Konkretisierung des Begriffs des Capacity Building und unter Bezugnahme auf die bis dahin dargestellten theoretischen Annahmen kann folgende Bedingung (*Bedingung Nr. 4*) hinsichtlich der Untersuchung der notwendigen Bedingung für Implementierungseffektivität in Form der Förderstrategie am Beispiel des GFATM formuliert werden:

Capacity Building – die Etablierung einer geeigneten physischen Infrastruktur, die Bereitstellung und Ausbildung von personellen Ressourcen sowie die Vermittlung von technischem Wissen und Know-How – muss durch entsprechende Policy-Instrumente, deren Verwendung im Rahmen der Förderstrategie des GFATM vorgesehen ist, stattfinden, um effektive und nachhaltige Problembearbeitung im Bereich von Global Public Health zu leisten.

2.6 Fazit: die theoretischen Grundlagen bekräftigen die eingangs formulierte Hypothese

Mit Hilfe der dargestellten theoretischen Grundlagen sollte geklärt werden, welche anderen Faktoren neben der institutionellen Struktur und den Zielen der Partnerschaft die Performanz von Implementierungsstrukturen beeinflussen. Die Annahme, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen institutionellem Design, Zielen und Performanz der Implementierungsstruktur als Bedingung für Problemlösungsfähigkeit (durch eine PPP) besteht, ist, wie ausgeführt wurde, nicht haltbar.²¹⁵

²¹² Vgl. Lele et al. (2005).

²¹³ Vgl. Levy et al. (1993): 406: „Build national capacity“ stellt des Weiteren in der Folge einen Schritt auf dem Weg zu Effektivität von internationalen bzw. transnationalen Institutionen dar.

²¹⁴ Miles et al. (2002b): 471.

²¹⁵ Vgl. hierzu Child (1972), (1973).

Bei der näheren Analyse des Zusammenhangs zwischen Förderzielen und Performanz der Implementierungsstruktur konnten intervenierende Variablen und notwendige Bedingungen identifiziert werden. Als die ausschlaggebenden intervenierenden Variablen in diesem Kontext können, wie mit Hilfe der theoretischen Annahmen dargestellt wurde, der Förderkontext (welcher maßgeblich auf die Förderziele und Prinzipien der PPP einwirkt) und die Problemstruktur in Form der lokalen Kontextfaktoren (welche weitestgehend den Förderansatz der PPP, die darin vorgesehenen Instrumente und die Handlungsfähigkeit der Implementierungsstruktur bestimmt) betrachtet werden.²¹⁶ Erfordert es die Implementierungsstruktur, so muss die Förderstrategie im Rahmen von Förderprogrammen den Einsatz von ursachenadäquaten Instrumenten – welche eine Kapazitätenbereitstellung zur Beseitigung eines Ressourcenmangels vorsehen – unterstützen und fördern, damit in der Folge lokale Durchführungsinstanzen, die die Anforderungen komplexer Performanz erfüllen, aufgebaut werden und eine effektive Programmimplementation (mit welcher in der Folge Ursachenbearbeitung transnationaler Probleme auf der lokalen Ebene einhergeht) gewährleistet werden kann: Capacity Building stellt demnach die notwendige Bedingung dar.²¹⁷ Als kritische Variable zwischen der unabhängigen Variable – Förderziele des GFATM – und der abhängigen Variable – Performanz der Durchführungsinstanzen – kann die Förderstrategie identifiziert werden, welche gemäß dem Interesse an den notwendigen Bedingungen für Implementierungseffektivität die eingehender zu betrachtende Variable darstellt. Folglich kann die eingangs aufgestellte Hypothese anhand der dargestellten theoretischen Annahmen und daraus abgeleiteten Bedingungen als in ihrer Legitimität bekräftigt betrachtet werden.

Die kritische Variable der Förderstrategie

Wie die Ergebnisse der Implementationsforschung gezeigt haben, kann die Variable der Programmstruktur als äußerst wichtige Variable im Implementationsprozess erachtet werden: sie bestimmt maßgeblich die Effektivität des Implementationsprozesses, d.h. die Performanz von Implementierungsstrukturen. Die Variable der Programmstruktur zeigt sich konkret anhand des programmspezifischen Förderansatzes einer PPP. Aus dieser Perspektive sind die

²¹⁶ Für die Darstellung weiterer intervenierender Variablen können hierzu exemplarisch die Ausführungen von Young (1999): 271ff. stellvertretend für die Effektivitätsforschung herangezogen werden. Young identifiziert im Zusammenhang mit der Effektivität von Regimen als intervenierende Variablen die Problemstruktur, die Mitglieder und Subjekte des Problemlösungszusammenschlusses und andere nichtstaatliche Akteure, die Einfluss auf die Effektivität von Regimen nehmen.

²¹⁷ Ein solcher „Bottom-up-Ansatz“ bzw. „horizontaler Problembearbeitungsansatz“ fokussiert Problembearbeitung langfristigen Charakters durch horizontale Strukturen auf der lokalen Ebene. Im Gegensatz dazu steht der „Top-Down-Ansatz“, der einen „vertikalen Problembearbeitungsansatz“ darstellt, da die Problembearbeitung

Förderkonzeption einer PPP und die Auswirkungen der Förderstrategie auf die Effektivität bzw. Performanz lokaler Implementierungsstrukturen eines Gesundheitssystems von Interesse. „Strategic choice“, die Wahl der Förderstrategie, bestimmt damit weitestgehend die abhängige Variable der dieser Arbeit zugrunde liegenden Kausalkette. Die These der Relevanz der Strategiewahl wurde erstmals von Child wie folgt formuliert:

„This ‚strategic choice‘ typically includes not only the establishment of structural forms but also the manipulation of environmental features and the choice of relevant performance standards.“²¹⁸
(Hervorhebung im Original)

Die Variable der Strategiewahl stellt die kritische Variable im Zusammenhang zwischen Kontext, Struktur und Performanz dar.²¹⁹ Die Strategiewahl bezieht sich zum einen auf die Einschätzung der Situation und zum anderen auf die Wahl bestimmter Ziele, welche wiederum die konkrete Strategie determinieren und auf die (lokalen) Kontextfaktoren Einfluss nehmen. In der Folge bedingt die kritische Variable der Strategiewahl durch den Einsatz von speziellen Instrumenten die Performanz einer Organisation bzw. der Institutionen eines Gesundheitssystems. Diese organisatorische Strategie, sprich der Rahmen, in dem sich die jeweilige Ausgestaltung eines Programms – das Programmdesign – bewegt, bestimmt die Schwerpunktsetzung innerhalb dieser und bedingt damit das Ausmaß der Tätigkeiten, die Methode, den Aufbau und die personellen Kapazitäten der Programme, die im Rahmen von Governance zur Problembearbeitung transnationaler Probleme durchgeführt werden. Bezüglich der Effektivität der notwendigen Bedingung der Strategie bzw. der Förderkonzeption (im Hinblick auf deren Einfluss auf die Performanz der Implementierungsstruktur) muss die Frage gestellt werden: *wie wird gefördert, wie ist die Förderung konzipiert?*²²⁰ Ziel sollte dabei sein, dass die lokalen Kontextbedingungen derart durch die Strategie und Programmstruktur beeinflusst werden, dass in der Folge die komplexe Performanz der Durchführungsinstanzen in positiver Weise beeinflusst wird. Die Frage, die diesbezüglich gestellt werden muss, lautet: *fördert die PPP richtig/angemessen?*²²¹

Folglich gilt die Hypothese, welche eine Untersuchung der Förderstrategie – in Hinblick auf die Umsetzung von Förderzielen und den Einsatz von ursachenadäquaten Instrumente zur Problembearbeitung auf der lokalen Ebene – vorsieht als legitime Grundlage für die im Fol-

ausschließlich vertikal, z.B. durch die Vergabe von Medikamenten, geschieht und gegenüber dem „Bottom-up-Ansatz“ damit keinen langfristigen Problembearbeitungscharakter impliziert.

²¹⁸ Child (1972): 1.

²¹⁹ Child (1972): 10ff.

²²⁰ Vgl. Tabelle 5: Operationalisierung der Variablen Förderstrategie im Anhang 2.

²²¹ Vgl. dazu die Annahmen der Implementationsforschung, stellvertretend hierfür Mayntz (1980c): 243: „Die Wahl des Regelungsinstrumentes (der Programmmerkmale) wird ihrerseits zunächst einmal von den Merkmalen der Problemsituation sowie von der politischen Zielsetzung bestimmt.“

genden durchgeführte Datenerhebung. Im Rahmen der Fallstudie soll untersucht werden, ob die formulierten Bedingungen im Fall einer transnationalen PPP im Bereich von Global Public Health, dem GFATM, empirisch gegeben sind. In diesem Zusammenhang soll einerseits allgemein die Ausprägung der kritischen Variable Förderstrategie im Hinblick auf deren Gehalt an ursachenadäquaten Instrumenten, welche eine Kapazitätenbereitstellung zur Schließung einer Kapazitätenlücke vorsehen, untersucht werden. Andererseits ist konkret von Interesse, inwieweit im Rahmen der Programmstruktur von durch den GFATM finanzierten Programmen eine Kapazitätenbereitstellung im Sinne von Capacity Building nachgewiesen werden kann und zu welchem Anteil einzelne Förderprogramme Maßnahmen des Capacity Building enthalten. Weiter soll auf dieser Grundlage überprüft werden, ob innerhalb der Förderunden 1 bis 6 ein Trend hinsichtlich eines verstärkten oder rückläufigen Engagements des GFATM in Bezug auf Capacity Building feststellbar ist.

3. Anwendung/Fallstudie

Zunächst soll in diesem Teil der Arbeit die Entstehung und Rolle des Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria als eine PPP im Bereich von Global Public Health kurz erläutert werden. Auf der Grundlage einer ausführlichen Darstellung der Förderprinzipien werden die Förderstrategie und institutionelle Struktur des GFATM in Bezug auf die Umsetzung dieser Förderprinzipien beschrieben. Daraufhin soll im Rahmen der Anwendung der theoretischen Grundlagen aus dem ersten Teil der Arbeit unter 3.2 zunächst die Einordnung der PPP GFATM in das von Börzel/Risse dargestellte Kontinuum erfolgen sowie im Zusammenhang mit der Überprüfung der „Standardmodell-These GFATM“ ein Abgleich der Förderprinzipien mit den unter 2.3.3 genannten Anforderungen an ein effektives Prozessmanagement und darüber hinaus gehenden Effektivitäts-Anforderungen stattfinden. Basierend auf den Ergebnissen der Implementationsforschung im Hinblick auf die Relevanz der Programmstruktur erfolgt dann eine Einordnung der sich aus dem Förderansatz ableitenden Förderprogramme; abschließend soll das Kriterium für komplexe Performanz in Form von Capacity Building mit dem GFATM in Bezug gesetzt werden. Weiter wird unter 3.3 überprüft, inwieweit, der Förderansatz bzw. die Förderstrategie des GFATM den Aufbau von lokalen Implementierungsstrukturen im Sinne von Capacity Building vorsieht und das Konzept von dem durch den GFATM vertretenen Ansatz des Health System Strengthening (HSS) abgegrenzt wird. Die zur Ermittlung der Problembearbeitungsfähigkeit des GFATM (im Hinblick auf den Einsatz von ursachenadäquaten Instrumenten zur Bearbeitung transnationaler Probleme im Rahmen der

Förderstrategie des GFATM) durchgeführte Datenerhebung, welche die Untersuchung des Anteils von Capacity Building der einzelnen Förderprogramme in den Förderrunden 1 bis 6 für die Region Südasien vorsieht, wird unter 3.4 vorgestellt. Daran anschließend erfolgt die Darstellung der im Zuge der Auswertung erzielten Ergebnisse; woraufhin auf der Grundlage der erzielten Ergebnisse mögliche Erklärungsfaktoren diskutiert werden.

3.1 *Eine PPP im Bereich von Global Public Health: der Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM)*

3.1.1 Entstehung und Relevanz

Der im Jahr 2000 auf dem G8-Gipfel in Okinawa, Japan begründete GFATM besitzt als PPP rechtlich die Form einer unabhängigen Schweizer Stiftung, welche unter Einbeziehung nicht-staatlicher Akteure die Finanzierung der Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und TB zum Ziel hat. Der Entstehungsprozess des GFATM begann im Juni 2001 mit einem ersten informellen Treffen in Genf und der Etablierung einer transnationalen Arbeitsgruppe (Transnational Working Group, TWG) zur Errichtung des GFATM, welche dessen institutionelles Design, Strukturen und Funktionsweise maßgeblich bestimmte. Im Januar 2002 tagte zum ersten Mal der Vorstand und schon im Februar 2002 konnten die ersten Anträge auf Förderung eingereicht werden. Im April 2002 startete die erste Förderrunde.²²²

Die Fallstudie wurde aufgrund der Besonderheit und Relevanz dieser Kooperationspartnerschaft ausgewählt: Der GFATM gilt, hauptsächlich aufgrund der Tatsache, dass er neben anderen Akteuren einer der Hauptgeldgeber im Bereich von Global Public Health ist und von der Öffentlichkeit als äußerst effektiv wahrgenommen wird, als einer der Hoffnungsträger im Feld von Global Health Governance und im Kampf gegen die drei am weitesten verbreiteten arbeitsbedingten Infektionskrankheiten.²²³ Indem das Modell hinsichtlich seiner Förderprinzipien und institutionellen Struktur als äußerst innovativ, flexibel, transparent und „schlank“ gilt und dem GFATM als Institution in der Folge erhöhte Problemlösungsfähigkeit²²⁴ sowie

²²² Vgl. GFATM (2009a).

²²³ Auf das Jahr 2005 bezogen konnten die folgenden vier Akteure als die größten Geber im Bereich von Global Public Health identifiziert werden: die Weltbank, die Bill & Melinda Gates Foundation (BMGF), die US-Regierung und der GFATM (obwohl die vier genannten Geber die höchsten finanziellen Beiträge bereitstellten, erbrachten diese wiederum nur ungefähr ein Drittel der gesamten Finanzierung durch Geber im Rahmen von Global Public Health) (vgl. Sridhar/Batniji (2008): 1185).

²²⁴ Bis zum 1.12.2008 hat der GFATM 579 Förderabkommen mit 137 Ländern im Wert von insgesamt 10,2 Milliarden US-Dollar unterzeichnet (bislang wurden 6,8 Mrd. US-Dollar der zugesagten Mittel ausbezahlt). Laut GFATM konnten durch die finanzierten Projekte bis zum 1.12.2008 als Resultat der durch ihn finanzierten Maßnahmen schätzungsweise 2,5 Mio. Leben gerettet werden und 62 Mio. Menschen haben krankheitsspezifische Beratung erhalten. Weiter befinden sich 2 Mio. HIV-Infizierte derzeit in Behandlung im Rahmen von ART (An-

„Standardmodellcharakter“ zugesprochen wird, grenzt sich der GFATM von anderen bürokratischen und schwerfälligen Akteuren im Feld von GHG (als Beispiel ist hier die WHO als Hauptakteur im Bereich von Global Public Health zu nennen) ab.²²⁵ Folglich erscheint die Gesundheitspartnerschaft des GFATM genauer in Bezug auf ihr Potential zur nachhaltigen Problembearbeitung bzw. ihre Governance-Leistung im Bereich von Global Public Health zu betrachten.

3.1.2 Normativer Rahmen: die Förderprinzipien des GFATM

Den normativen Rahmen für das Handeln des GFATM beschreiben seine Förderprinzipien. Der GFATM operiert in Form eines Finanzierungsfonds mit einem integrierten Förderansatz, der primär krankheitsspezifischer anstelle systemübergreifender Natur ist. Dabei liegen diesem die Prinzipien nationale Eigentümerschaft, leistungsabhängige Förderung, Transparenz und Accountability zugrunde.²²⁶ Diese Prinzipien bestimmen in der Folge maßgeblich die institutionelle Struktur, Förderstrategie und die Förderoptionen, die im Rahmen der Programmstruktur eines Förderabkommens wahrgenommen werden können.

Der GFATM: ein Finanzierungsfonds

Der GFATM operiert in Form einer Finanzierungspartnerschaft und nicht als Durchführungs- oder Implementierungseinheit.²²⁷ Der GFATM selbst verfügt damit, anders als z.B. die

tiretrovirale Therapie), 4,6 Mio. Menschen erhalten Antibiotika zur Bekämpfung der TB, wobei eine regelmäßige Einnahme überwacht wird (eine Überwachung der regelmäßigen Einnahme von Antibiotika ist v.a. im Rahmen der TB-Therapie notwendig (Directly-Observed Treatment, für weitere Informationen diesbezüglich vgl. WHO (2009)). Zudem wurden laut GFATM im Rahmen der durchgeführten Projekte 70 Mio. mit Insektiziden behandelte Moskitonetze (Insecticide-treated nets (ITN)), um einer Ansteckung von Malaria vorzubeugen, verteilt. Darüber hinaus führt der GFATM an, dass im Rahmen seines „umfassenden Förderansatzes“, welcher nicht nur die direkte Bekämpfung der drei Infektionskrankheiten in Form von Medikamentenvergabe sondern auch indirekte Maßnahmen zur Bekämpfung der drei Infektionskrankheiten umfasst, 91 Mio. Menschen durch angebotene Leistungen auf der lokalen Ebene durch lokale Beratungsstellen erreicht werden konnten und zudem 8,6 Mio. Menschen, die im Gesundheitssystem beschäftigt sind oder gemeinnützige Arbeit leisten, im Rahmen der Programme des GFATM ausgebildet wurden, um Dienstleistungen hinsichtlich einer Vorbeugung und Behandlung von HIV/AIDS, TB oder Malaria zu erbringen (die Zahlen basieren auf den offiziellen Angaben des GFATM auf seiner Homepage, vgl. GFATM (2009b)).

²²⁵ Vgl. Bartsch (2007); Caines (2005); Lele et al. (2005); Radelet (2004); Radelet/Caines (2005).

²²⁶ Vgl. die im Framework Document of the Global Fund aufgeführten Prinzipien und die Darstellung der Förderprinzipien auf der Homepage des GFATM (GFATM (2002): 1f., (2009c)).

²²⁷ An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass als Grundlage für eine Förderung durch den GFATM in der sechsten Runde die Einteilung der Länder nach Weltbankindex dient. Danach qualifizieren sich zum einen Länder mit einem niedrigen Pro-Kopf-Einkommen bzw. Bruttonationaleinkommen pro Kopf (low income countries, LIC) und zum anderen Länder der mittleren Kategorie (middle income countries, MIC; wobei hier zwischen einer unteren und oberen Einkommensgruppe unterschieden wird). Untere und obere MIC müssen, um sich für eine Förderung durch den GFATM zu qualifizieren, stark gefährdete Bevölkerungsgruppen vorweisen und Gegenfinanzierungsanforderungen erfüllen (obere MIC müssen zudem eine extrem weite Verbreitung der betreffenden Krankheit aufweisen). Bei der Auswertung der Richtlinien zur Antragsstellung (Guidelines for Proposals) von Runde 1 bis 6 war festzustellen, dass als Reaktion auf die immer weiter ansteigende Zahl von Förderanträ-

Weltbank, über keine Büros und Mitarbeiter vor Ort, die bei der Programmimplementation behilflich sind. Zum Zweck der Durchführung der Programme geht der GFATM Partnerschaften mit UN-Organisationen ein, die fachliche und technische Unterstützung vor Ort leisten und bei der Umsetzung der Projekte und Programme helfen. Die Verantwortung für die Ausgestaltung und Implementierung der Programme wird im Rahmen des Förderansatzes des GFATM für die Programmlaufzeit an den so genannten Principal Recipient (PR)²²⁸ des Programms – eine Regierungs- oder Nichtregierungsorganisation auf nationaler oder lokaler Ebene – übertragen.²²⁹

Integrierter Förderansatz

Der integrierte Förderansatz des GFATM legt den Fokus bei der Bekämpfung von HIV/AIDS, TB und Malaria unter der besonderen Berücksichtigung lokaler Kontextfaktoren auf die Elemente Prävention, Pflege und Behandlung.²³⁰ Damit geht die Unterstützung von Förderprogrammen einher, die innerhalb dieses krankheitsspezifischen Rahmens durch eine entsprechende Kapazitätenbereitstellung den Auf- und Ausbau von nationaler und lokaler Infrastruktur vorsehen. Um eine angemessene Implementierung der Programme durch die PR zu garantieren, sollen die Durchführungsinstanzen die Funktionen der Dienstleistungserbringung und Evaluierung erfüllen. Anträge, deren Hauptförderziel der Aufbau von Implementierungsstruktur ist, sind allerdings unter den Bedingungen eines derartig integrierten Förderansatzes, dessen Förderung primär auf krankheitsspezifische Förderanträge ausgerichtet ist, nicht zulässig.²³¹

Das Prinzip der nationalen Eigentümerschaft

Der GFATM selbst beschreibt seinen Förderansatz als innovativ, da Projekte und Programme, die von den Empfängerländern selbst entwickelt wurden und im Einklang mit nationalen Prioritäten und Gesundheitsprogrammen stehen, finanziell gefördert werden. Aufgrund der Anforderung, dass alle Bereiche der Gesellschaft mit Einfluss auf das Gesundheitswesen, einschließlich des zivilgesellschaftlichen und privaten Sektors, am Entwicklungsprozess be-

gen die Anforderungen von Runde zu Runde geändert wurden: in der ersten und zweiten Runde waren die Kriterien für Förderung noch eine hohe Infektionsrate und die ökonomische Situation, bewertet nach Bruttonationaleinkommen pro Kopf oder z.B. dem UN Human Development Index. Seit der dritten Runde stellt die Einteilung nach Weltbankindex die Fördergrundlage dar. Für weitere Informationen hierzu vgl. die Guidelines for Proposals der einzelnen Runden (GFATM (2009d)).

²²⁸ Eine Darstellung der Institution der PR erfolgt unter 3.1.3.2.

²²⁹ Vgl. Bartsch (2007): 151; GFATM (2009e); Radelet (2004): 4.

²³⁰ Vgl. Bull/McNeill (2007): 79; GFATM (2009c).

teiligt sein müssen, soll die Genese von starken, übergreifenden und umfassenden Programmen garantiert werden.²³² Durch die Eigenschaft des GFATM als Finanzierungsfonds wird das Prinzip der nationalen Eigentümerschaft (national ownership) unterstützt. Mit der Einsetzung von Country Coordinating Mechanisms (CCM)²³³ und Principal Recipients überlässt der GFATM den nationalen Institutionen des Empfängerlandes die Entwicklung und Durchführung des jeweiligen Programms.²³⁴ Die Handlungshoheit der nationalen Institutionen wird somit durch die Prinzipien des GFATM gefördert und unterstützt.²³⁵

Das Grundprinzip der leistungsabhängigen Förderung

Durch das Grundprinzip der leistungsabhängigen Förderung (performance-based funding, PBF) erhebt der GFATM die Effektivität und Effizienz der Programme zur Fördergrundlage. Der Fokus liegt somit auf dem erreichten Ergebnis eines Projekts bzw. Programms, d.h. auf dessen bisheriger Leistung gemessen an den in den Förderprogrammen aufgeführten Zielen, welche anhand von angegebenen Indikatoren messbar gemacht werden. Schon das so genannte Original Proposal, der Antrag auf Förderung, der durch den Country Coordinating Mechanism beim GFATM eingereicht wird, muss eine detaillierte Programmbeschreibung und klar formulierte Projekt- und Programmziele sowie Indikatoren umfassen. Die Fördergelder werden gemäß des Prinzips des PBF taktweise alle drei bis sechs Monate über die Dauer des Förderabkommens hinweg ausbezahlt, wobei jede Auszahlung von der erbrachten Leistung in Bezug auf eine messbare Verbesserung der Problemsituation abhängt.²³⁶ Die Grundlage hierfür ist ein, laut GFATM, funktionierendes Monitoring und Evaluationssystem. Unter einem

²³¹ Vgl. die im Framework Document of the Global Fund aufgeführten Förderprinzipien und die Ausführungen im Monitoring and Evaluation Toolkit zu HSS (GFATM (2002); GFATM et al. (2006): 52).

²³² Vgl. GFATM (2009c).

²³³ Eine Darstellung der Institution der CCM erfolgt unter 3.1.3.2.

²³⁴ Vgl. GFATM (2009c).

²³⁵ Ein solcher empfangenorientierter Ansatz, bei dem der Empfänger weitestgehend Teile der Leitung bei der Durchführung eines Projekts bzw. Programms übernimmt, wird generell gegenüber einem geberorientierten Ansatz aufgrund der im Folgenden aufgeführten Gründe als überlegen betrachtet (vgl. Matachi (2006); Radelet (2004): 6): Erstens wird angenommen, dass der Empfänger der Förderung eher imstande ist, die Prioritäten der Förderung in Übereinstimmung mit den lokalen Bedürfnissen zu setzen. Zweitens wird davon ausgegangen, dass der Empfänger gegenüber dem Geber sich in einer besseren Position befindet, um lokale Bedingungen, Grenzen und Hindernisse ressourcenbasierter, kultureller oder politischer Natur identifizieren und verstehen zu können und somit in der Lage ist abzuschätzen, welche Förderansätze unter den lokalen Kontextbedingungen eventuell fruchtbarer sind und welche nicht (Raustiala/Victor betrachten z.B. die Einbeziehung von Betroffenengruppen in den Implementationsprozess als positiv, da diese „implementation expertise“ einbringen und eine kontextspezifische, den Gegebenheiten vor Ort angemessene Durchführung garantieren (vgl. Raustiala/Victor (1998): 666)). Drittens wird davon ausgegangen, dass ein empfangenorientierter Ansatz die lokale Ebene derart stärkt, dass in der Folge ein verstärktes Engagement auf der lokalen Ebene während der Durchführung eines Programms sowie ein stärkerer Wille, gute Ergebnisse und Erfolg bei der Implementation zu erzielen, hervorgerufen werden. Viertens soll ein empfangenorientierter Ansatz dahin führen, dass verstärkt Institutionen und Kompetenzen in den Empfängerländern aufgebaut werden (Capacity Building, um langfristig und nachhaltig die Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit des Empfängers zu stärken).

solchen findet eine fortlaufende Beobachtung und in regelmäßigen Abständen veröffentlichte Evaluierung der bisher erreichten Ergebnisse zur Zielerreichung statt.²³⁷ Die jeweiligen Ergebnisse müssen durch Unabhängige wie den Local Fund Agent (LFA)²³⁸ bestätigt werden. Aufgrund des Förderprinzips des PBF stellt der GFATM in der PPP- und Förderorganisations-Landschaft ein Beispiel einer „resultatorientierten“ anstelle einer „implementierungs- oder durchsetzungsorientierten“ Institution dar.

Das Prinzip der Transparenz und Accountability

Die Empfänger von Fördermitteln müssen gemäß definierter Standards über die Verwendung der Fördermittel Rechenschaft ablegen und über die gesamte Dauer der Förderung nachweisen, dass mit Hilfe der durch den GFATM bereitgestellten Finanzmittel bestimmte, vor Beginn der Förderung definierte Ziele, erreicht werden. Gemäß dem selbst formulierten Anspruch des GFATM, ein hohes Maß an Transparenz bereitzustellen, kann anhand der auf der Homepage des GFATM für jedes Förderabkommen verfügbaren Dokumente (Grant Proposal, Grant Agreement, Grant Performance Reports etc.) der Verlauf jedes einzelnen Programms über dessen gesamte Laufzeit verfolgt werden. Des Weiteren sind auf der Homepage des GFATM eine Vielzahl an Dokumenten, Informationen sowie interne und externe Evaluierungen über dessen Effizienz und Effektivität zugänglich.

3.1.3 Die Umsetzung der Förderprinzipien

Zur näheren Untersuchung, wie die Förderprinzipien umgesetzt werden, soll einerseits ihre Umsetzung im Rahmen der Förderstrategie und andererseits die Umsetzung durch die institutionelle Struktur des GFATM dargestellt werden.

3.1.3.1 Umsetzung der Förderziele in der Förderstrategie des GFATM

Gemäß der Operationalisierung der Variablen Förderstrategie ist als ein Merkmal einer „erfolgreichen“ Förderstrategie eine starke Formalisierung und eine entsprechende Umsetzung der Förderziele innerhalb der Förderstrategie zu identifizieren.²³⁹ Ziel ist, dass im Rahmen der Förderstrategie die Förderziele und -prinzipien so konkretisiert werden, dass diese im Zuge der praktischen Anwendung innerhalb der einzelnen Förderprogramme durch entsprechende

²³⁶ Vgl. GFATM (2003); GFATM et al. (2006).

²³⁷ Vgl. GFATM et al. (2006): 11.

²³⁸ Eine Darstellung der Institution des LFA erfolgt unter 3.1.3.2.

Maßnahmen umgesetzt werden. Der GFATM unterstützt durch seine zur Verfügung gestellten Finanzmittel sowohl Maßnahmen, die das Ziel der Prävention, Pflege und Behandlung der von den Krankheiten betroffenen Personen und Gemeinden verfolgen als auch solche, die eine Stärkung der Kapazitäten im Blick haben, um einen angemessenen Umgang mit den Krankheiten und deren Auswirkungen zu ermöglichen. Anhand einer Auswertung der Richtlinien für die Antragsstellung (Guidelines for Proposals) der Förderrunden 1 bis 6 soll untersucht werden, inwiefern das allgemein formulierte Förderziel der Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und TB derart im Rahmen der Förderstrategie umgesetzt ist, dass Maßnahmen zur nachhaltigen Problembearbeitung innerhalb der Programmstruktur eines Förderprojekts zulässig sind und gefördert werden. In den Richtlinien zur Antragsstellung für jede Förderrunde²⁴⁰ findet sich eine Auflistung von Beispielen an Maßnahmen, die die Förderziele des GFATM wiedergeben sowie dessen Förderstrategie im Wesentlichen bestimmen.²⁴¹ Der GFATM hebt hervor, dass die in den Richtlinien für die Antragsstellung der einzelnen Runden aufgeführten Maßnahmen nur beispielhaften Charakter besitzen und jedes Land den nationalen und lokalen Kontextbedingungen sowie den spezifischen Umständen (der Problemstruktur) entsprechende Maßnahmen zur Zielerreichung formulieren sollte. Laut der Richtlinien für die Antragsstellung von Runde 6 sind im Rahmen der Förderstrategie des GFATM Maßnahmen legitim, die folgende Ziele aufweisen:

- *Vermeidung von Neuinfektionen durch Aufklärung und Präventionsarbeit*: speziell für Risikogruppen durch Menschen in einer ähnlichen Situation oder Betroffene der Krankheit, d.h. durch „peers“ (von „gleich zu gleich“); sowie durch den Einsatz von Massenmedien und die Bereitstellung von Instrumenten zur Prävention (Nadeln für Drogenabhängige, Injektionszubehör für Krankenhäuser, Vergabe von Kondomen etc.);
- *Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitssystem*: durch die Einrichtung von lokalen Anlaufstellen und die Bereitstellung und Ausbildung von personellen Kapazitäten;
- *Capacity Building in allen Bereichen*: Kapazitätenbereitstellung im Bereich der personellen Ressourcen durch Ausbildung und Schulung (z.B. von Gemeindearbeitern im Gesundheitsbereich und betroffenen Personen selbst) oder der Einstellung von schon qualifiziertem Personal, der physischen und technischen Ressourcen (Infrastrukturmaßnahmen) so-

²³⁹ Für die Darstellung von weiteren Merkmalen einer „erfolgreichen“ Förderstrategie vgl. Tabelle 5: Operationalisierung der Variablen Förderstrategie im Anhang 2.

²⁴⁰ Diese werden auf Grundlage der Erfahrungen und Ergebnisse der letzten Runde weiterentwickelt, um bessere und erfolgreiche Förderanträge für die nächste Runde zu garantieren.

²⁴¹ Vgl. Richtlinien zur Antragsstellung (Guidelines for Proposals) für Runde 1 bis 6 unter GFATM (2009d) oder Zusammenstellung der Maßnahmen aus den Richtlinien zur Antragsstellung von Runde 1 bis 6 im Anhang 3.

wie der intellektuellen Ressourcen (Transfer von Wissen/Know-How), um einen Kapazitätenaufbau mit dem Ziel der Selbstständigkeit zu garantieren;

- *Bereitstellung von entscheidenden Gütern im Gesundheitsbereich:* zur Vorbeugung, Diagnose und Behandlung der Krankheiten (Medikamente, Labortest, Moskitonetze etc.), einschließlich der Einführung von bislang vor Ort nicht verfügbaren Behandlungsmethoden;
- *Selbstständigkeit der Gemeinden zur eigenständigen Projektdurchführung aufbauen:* Projekte, die sich auf den Umgang mit den Auswirkungen der Krankheiten beziehen (z.B. für spezielle Betroffenenengruppen wie Waisen, Kinder und Jugendliche);
- *Etablierung eines Informations- bzw. Forschungssystems:* zur Durchführung von epidemiologischen Beobachtungen und Studien zur Bewertung der Dienstleistungserbringung im Kontext der Programmimplementation;
- *Förderung von Ko-Investmentprogrammen:* zum Zweck der Ausweitung von durch den privaten Sektor durchgeführten Programmen auf umliegende Gemeinden;
- *Einsatz von Betroffenen der Krankheiten selbst:* Aktivitäten die von Betroffenenengruppen oder einzelnen Betroffenen für Risikogruppen oder andere Betroffene durchgeführt werden (Selbsthilfegruppen, Aufklärung zur Risikoverminderung etc.);
- *Arbeitsplatzprogramme:* zur Vorsorge, Betreuung und Behandlung von Mitarbeitern;
- *Ausbau von Betreuungsprojekten:* die das Ziel haben Pflege und Betreuung zu Hause und speziell Palliativbetreuung zu unterstützen.²⁴²

Auffällig ist, dass von Runde zu Runde mehr Maßnahmen in den jeweiligen Richtlinien aufgeführt werden und diese zunehmend detaillierter ausformuliert sind. So ist in den Richtlinien zur Antragsstellung für Runde 1 noch keine Auflistung konkreter Maßnahmen zu finden und die Maßnahmen in den Richtlinien von Runde 2 und 3 sind noch relativ generell gehalten, wohingegen von Runde 4 bis Runde 6 eine weitaus detailliertere Formulierung und eine zunehmende Konkretisierung zu beobachten ist. Dies kann einerseits als Indikator für eine Erweiterung bzw. Anpassung der Strategie des GFATM an die Anforderungen, welche zur effektiven Bekämpfung der drei Infektionskrankheiten notwendig sind, und als parallel ablaufender interner Lern- bzw. Reformprozess gedeutet werden. Andererseits weist dies darauf hin, dass die durch die Antragsländer formulierten Ziele und Maßnahmen in einer hohen Anzahl an Förderanträgen zu generell und weit formuliert wurden und damit keine konkreten Ziele und entsprechende Maßnahmen zur Umsetzung mit klar messbaren Zielen darstellten,

²⁴² Weiter hebt der GFATM in den Richtlinien hervor, dass Forschung im naturwissenschaftlichen und klinischen Bereich genereller Art, die zum Ziel hat die Sicherheit und Effizienz neuer Medikamente und Impfstoffe aufzuzeigen, nicht im Rahmen der durch den GFATM zur Verfügung gestellten Finanzmittel möglich ist.

was qualitativ schlechte Förderanträge zur Folge hatte. Als Reaktion darauf enthielten die Richtlinien zur Antragsstellung für die nächste Runde als Hilfestellung für die Antragsteller eine detailliertere Formulierung von im Förderansatz eines Programms zulässigen Maßnahmen, in der Hoffnung, dass die Antragsteller in ihren Förderanträgen konkretere Maßnahmen zur Umsetzung formulieren würden. Des Weiteren sollte dadurch die Verbindung der konkreten Maßnahme zur Förderkomponente leichter hergestellt werden können damit in der Folge qualitativ hochwertigere und erfolgreichere Anträge entstehen. Eine weitergehende Konkretisierung von Maßnahmen wird auch durch das Technical Review Panel (TRP)²⁴³ in den einzelnen Reports zu den Anträgen der letzten Runde empfohlen.²⁴⁴

Wie einzelne Maßnahmen beweisen, können die vom GFATM zur Verfügung gestellten Finanzmittel – unter der Voraussetzung, dass bezüglich der konkreten Maßnahme ein Zusammenhang zwischen der Stärkung von Institutionen des Gesundheitssystems und der Bekämpfung einer oder aller drei Krankheiten hergestellt werden kann – im Rahmen des integrierten Förderansatzes des GFATM zum Aufbau der Implementierungsstruktur verwendet werden. Gemäß den Bestimmungen in den Richtlinien können diese Maßnahmen einen relativ weitreichenden Charakter aufweisen:

„Health system strengthening activities are not limited to health sector-related activities and may also target other sectors including education, the workplace and social services, provided that these activities are directly related to reducing the spread and impact of HIV/AIDS, tuberculosis and/or malaria. Proposals should also, when appropriate, seek to establish mechanisms for civil society and other stakeholders in the health system to have a voice in developing policies to strengthen health systems, and to take part in activities to this effect.“²⁴⁵

Im Kontext der Analyse ist von Interesse, inwieweit das allgemein formulierte Förderziel der Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und TB des GFATM so im Rahmen der Förderstrategie umgesetzt wird, dass in der Folge die komplexe Performanz der Durchführungsinstanzen in positiver Weise beeinflusst wird. Wie dargestellt, impliziert die Umsetzung des Förderziels im Rahmen der Förderstrategie, dass damit einhergehend Maßnahmen zum Aufbau der Implementierungsstruktur innerhalb der Programmstruktur eines Förderprogramms zulässig sind und gefördert werden.

²⁴³ Eine Beschreibung des TRP als Institution des GFATM erfolgt unter 3.1.3.2.

²⁴⁴ Vgl. GFATM (2005), (2006a).

²⁴⁵ GFATM (2006b): 24. Als Beispiele für entsprechende Maßnahmen werden in den Richtlinien für Runde 6 folgende aufgeführt: „Health workforce mobilization, training and management capacity development; local management and planning capacity in general, including financial management; health infrastructure renovation and enhancement, equipment, and strengthening maintenance capacity; laboratory capacity; health information systems, inclusive of monitoring and evaluation; supply chain management, especially drug procurement, distribution, and quality assurance; innovative health financing strategies to respond to financial access barriers; high

3.1.3.2 Die institutionelle Struktur des GFATM

Eine Umsetzung der Förderprinzipien des GFATM erfolgt neben dessen Förderstrategie durch seine institutionelle Struktur. Das Auftreten in Form einer Finanzierungspartnerschaft hat, wie erwähnt wurde, zur Folge, dass im Rahmen der Institutionen des GFATM keine (Durchführungs-)Institutionen des GFATM vor Ort (z.B. in Form von lokalen Büros) vorgesehen sind. Entsprechend geschieht die Umsetzung des Förderprinzips nationale Eigentümerschaft weitestgehend durch die Institutionen der CCM und PR, welche die entscheidenden institutionellen Einrichtungen auf nationaler Ebene darstellen. Ebenso wird das Prinzip des PBF durch den Local Fund Agent und ein entsprechendes Gesundheitsinformationssystem realisiert. Im Hinblick auf das Prinzip der Transparenz und Accountability ist anzuführen, dass im Rahmen der Struktur des GFATM ein Höchstmaß an Transparenz zwischen den einzelnen Institutionen gilt und die PR als Verantwortliche für die Durchführung der Programme einer finanziellen Nachweis- und Rechenschaftspflicht unterliegen. Aus Gründen der Vollständigkeit soll eine Darstellung aller formalen Institutionen des GFATM erfolgen, wobei eine Unterscheidung zwischen Institutionen auf nationaler und internationaler Ebene getroffen werden kann. Auf internationaler Ebene sind der Vorstand, das Sekretariat, das Technical Review Panel, das Partnerschaftsforum und die Technical Reference Group (TERG) zu nennen; auf nationaler Ebene stellt der Country Coordination Mechanism neben den Principal Recipient und dem Local Fund Agent die zentrale Institution dar.

Der Vorstand

Der Vorstand des GFATM ist für die vertretene Förderstrategie und Förderkonzeption sowie für die Etablierung der operativen Richtlinien verantwortlich. Des Weiteren obliegt diesem die Entscheidung, ob ein Programm gefördert oder der Antrag auf Förderung abgelehnt werden soll. Die Entscheidungen des Vorstandes werden normalerweise per Konsensverfahren getroffen. Die Zusammensetzung des Vorstands umfasst Repräsentanten von Geber- und Empfängerländern, Nichtregierungsorganisationen, dem privaten Sektor (Privatwirtschaft und Stiftungen) sowie von Betroffenenengruppen. Innerhalb des Vorstands wird zwischen stimmberechtigten und nicht-stimmberechtigten Mitgliedern unterschieden, wobei die Gruppe der stimmberechtigten Mitglieder, welche 20 Mitglieder mit je einer Stimme umfasst, wiederum in eine Gruppe der Geber-Vertreter und eine der Empfänger-Vertreter aufgeteilt werden kann. Die Geber-Gruppe setzt sich aus acht Repräsentanten der Industrieländer und

level management and planning capacity; engagement of community and non state providers; quality of care management; and operations research.”

zwei Repräsentanten des privaten Sektors (einem Unternehmensvertreter sowie einem Stiftungsvertreter) zusammen. Die Empfänger-Gruppe besteht aus sieben Repräsentanten der Entwicklungsländer und drei Repräsentanten des zivilgesellschaftlichen bzw. nichtstaatlichen Sektors (davon jeweils ein Vertreter aus einer Industrienation, aus einem Entwicklungsland sowie aus der Betroffenengruppe). Die nicht-stimmberechtigte Gruppe setzt sich aus vier Mitgliedern zusammen: ein Schweizer Staatsbürger, welcher den GFATM repräsentiert, sowie drei Repräsentanten der internationalen Organisationen der WHO, UNAIDS und Weltbank (welche treuhändisch die Konten des GFATM verwaltet und die Hauptverantwortung für den Finanzbereich des GFATM trägt).²⁴⁶

Das Sekretariat

Das Sekretariat des GFATM besteht aus 335 Mitarbeitern und ist für die Abwicklung des täglichen Betriebs zuständig. Die Aufgaben des Sekretariats umfassen die Mobilisierung von Ressourcen aus dem öffentlichen und privaten Sektor sowie die Leitung der Bereitstellung finanzieller, rechtlicher und administrativer Unterstützung. Der GFATM gibt an, dass weniger als drei Prozent des ihm zur Verfügung stehenden jährlichen Budgets in die zentrale Verwaltung und Leitung fließen, und stellt damit ein äußerst „schlankes“ Modell dar.²⁴⁷

Das Technical Review Panel

Das Technical Review Panel setzt sich aus einem Minimum von 35 Experten zusammen von denen jeder für eine Periode von bis zu vier Runden durch den Vorstand ernannt wird. Die Aufgabe des TRP besteht darin, Förderanträge durch unabhängige Experten aus den Bereichen Entwicklung und Gesundheit hinsichtlich ihrer Zuverlässigkeit, ihrer Umsetzbarkeit, Realisierbarkeit und des Nachhaltigkeitspotentials zu bewerten und überprüfen.²⁴⁸

Das Partnerschaftsforum

Das alle zwei Jahre stattfindende Partnerschaftsforum soll ein Forum für Diskussionen zwischen den Vertretern der involvierten Interessengruppen über die Strategie und Vorgehensweise sowie die Performanz des GFATM bieten. Das Partnerschaftsforum stellt in dem Sinne keine Konferenz sondern einen Prozess dar und findet in Form von Online-

²⁴⁶ Vgl. Bartsch (2007): 152f.; GFATM (2007a). Für eine ausführlichere Darstellung der Funktionsweise des Vorstands und eine Problematisierung der Zusammensetzung vgl. Bartsch (2007).

²⁴⁷ Vgl. GFATM (2009e).

²⁴⁸ Vgl. GFATM (2009e).

Diskussionen innerhalb eines e-Forums statt, welches mit einem Partnerschaftsforumstreffen abschließt, zu dem eine Auswahl an Teilnehmern eingeladen wird.²⁴⁹

Die Technical Evaluation Reference Group

Des Weiteren existiert auf globaler Ebene die Institution der Technical Evaluation Reference Group. Diese stellt laut GFATM eine unabhängige Bewertungs- und Beratungsinstanz dar, die dem Vorstand und Sekretariat dient. Die TERG setzt sich aus einer Auswahl an Vertretern der unterschiedlichen Interessengruppen zusammen und umfasst Mediziner, Forschungsinstitutionen, Akademiker, Vertreter von Geber- und Empfängerstaaten sowie Nichtregierungsorganisationen.²⁵⁰

Der Country Coordinating Mechanism

Das entscheidende Gremium in den Antrags- und Empfängerländern ist der CCM, welcher als Partnerschaft auf der nationalen Ebene für die Antragsentwicklung und den Antragsstellungsprozess verantwortlich ist. Dieser agiert unter Einbeziehung des öffentlichen, privaten und zivilgesellschaftlichen Sektors und setzt sich aus Vertretern staatlicher Stellen, internationaler Organisationen, lokaler NGO, Betroffenengruppen sowie Vertretern der Privatwirtschaft zusammen.²⁵¹ CCM stellen ein zentrales Element hinsichtlich der Verwirklichung des Grundprinzips der nationalen Eigentümerschaft dar. Zudem soll durch die Einsetzung einer Institution wie dem CCM garantiert werden, dass die Grundbedürfnisse auf der nationalen Ebene ausschlaggebend für den Antragsinhalt sind. Nach Bewilligung der Förderung des Förderantrages ernennt der CCM eine oder mehrere staatliche oder nichtstaatliche Organisationen, die als PR fungieren, und überwacht während der Durchführung des Programms den Implementierungsablauf.²⁵²

Der Principal Recipient

Die durch den CCM zur Implementierung des Förderprogramms ernannte staatliche oder nichtstaatliche Organisation ist der PR. Dieser übernimmt die Verwaltung der Programmförderung und ist rechtlich sowohl für die Durchführung des Programms und die Überwachung

²⁴⁹ Vgl. GFATM (2009e).

²⁵⁰ Vgl. GFATM (2009e). Die Unabhängigkeit dieser beratenden Institution muss jedoch problematisiert und kritisch betrachtet werden: die Mitglieder des TERG werden durch den Vorstand des GFATM ernannt und bestätigt. Im eigentlichen Sinne stellt die TERG somit keine Beratungs- und Bewertungsinstanz unabhängigen Charakters dar. Ein externer, unabhängiger Evaluierungsmechanismus des GFATM existiert neben der TERG nicht.

²⁵¹ Vgl. Wulf (2004): 133.

²⁵² Vgl. GFATM (2009e). Für eine ausführlichere Darstellung und Problematisierung hinsichtlich der Funktionen und der Rolle des CCM vgl. Bartsch (2007): 155f.

und Kontrolle des Programmablaufs und der Implementierungseinheiten auf der niedrigeren lokalen Stufe als auch für die Programmergebnisse verantwortlich. Der PR unterliegt dabei einer finanziellen Nachweis- und Rechenschaftspflicht.²⁵³

Der Local Fund Agent

Der LFA ist eine unabhängige Organisation, die durch den GFATM als Kontrollorgan engagiert wird.²⁵⁴ Dieser besitzt die Aufgabe schon im Vorfeld des Förderabkommens die Leistungsfähigkeit hinsichtlich der institutionellen Kompetenzen des PR sowie die Umsetzbarkeit der durch den CCM formulierten Ziele unter den gegebenen Kontextbedingungen zu bewerten und im Verlauf der Programmdurchführung eine effiziente Implementierung durch den PR zu überwachen. Dabei sind einerseits die Verfahren, die durch den PR zur Beschaffung von Gütern verwendet werden, und andererseits die Maßnahmen, die treuhändisch durch den PR durchgeführt werden, zu bewerten, gegebenenfalls zu bestätigen und schließlich durch Berichterstattung dem Vorstand zu übermitteln. Ebenso assistiert der LFA bei der Stilllegung von Förderprogrammen (bei einem nachweisbaren Mangel an Effektivität nach Ablauf der Laufzeit (Phase 1) des Förderprogramms) und beeinflusst durch seine Gutachten bezüglich der Zielerreichung und Effizienz eines Programms die Entscheidung des Vorstands über dessen Verlängerung und damit die Frage, ob eine weiterlaufende Finanzierung (Phase 2) bewilligt wird. Der LFA stellt durch seine Rolle als Kontrollorgan eine Institution unter dem Prinzip der leistungsabhängigen Förderung dar. Als ein solches hat er die Aufgabe sicherzustellen, dass nur dort Investitionen und Förderung stattfindet, wo die Fördergelder in effektiver und effizienter Weise genutzt werden können und nur diejenigen Programme weiterhin Förderung erhalten, die positive Resultate im Kampf gegen HIV/AIDS, TB und Malaria vorweisen können.²⁵⁵

Auf Grundlage der Darstellung der Förderprinzipien und deren Umsetzung im Rahmen der Förderstrategie sowie durch die institutionelle Struktur des GFATM ist festzuhalten, dass sowohl die Förderprinzipien – v.a. in Bezug auf den integrierten Förderansatz, das Prinzip der nationalen Eigentümerschaft und die Bereitstellung von Ressourcen durch das Finanzierungsprinzip – als auch die zulässigen Maßnahmen im Rahmen der Förderstrategie, welche entsprechend der lokalen Kontextbedingungen den Aufbau von Implementierungsstrukturen zur

²⁵³ Vgl. Radelet (2004).

²⁵⁴ In den meisten Fällen handelt es sich hierbei um ein Wirtschaftsprüfungsunternehmen oder eine Unternehmensberatung mit einem Büro im Empfängerland oder in einem Nachbarland; die Auswahl des LFA erfolgt im Rahmen einer Ausschreibung.

effektiven Programmdurchführung zulassen, und die Übertragung der Antragsformulierung und Programmdurchführung an lokale Institutionen eine effektive Problembearbeitung transnationaler Probleme durch Problembearbeitung auf der lokalen Ebene durch den Förderansatz des GFATM vorsehen.

Folglich kann die im Zusammenhang mit der Bedingung einer effektiven Problembearbeitung transnationaler Probleme aufgestellte *Bedingung Nr. 1*²⁵⁶ als theoretisch in die Förderprinzipien, -strategie und institutionelle Struktur des GFATM integriert angesehen werden; dem Förderansatz des GFATM kann diesbezüglich das Potential zur effektiven Problembearbeitung zugesprochen werden.

3.2 Anwendung der theoretischen Grundlagen

Im Folgenden sollen die theoretischen Grundlagen aus dem vorangegangenen Teil der Arbeit auf die Fallstudie des GFATM angewandt werden.

3.2.1 Einordnung in die Typologie von Börzel/Risse: der GFATM – eine Form der Ko-Regulierung

Hinsichtlich der Einordnung des GFATM in die Typologie von Börzel/Risse stellt der GFATM eine Form der Ko-Regulierung dar, welche die Funktion und das Ziel der Dienstleistungserbringung verfolgt:

Tabelle 2: Einordnung des GFATM in die Typologie von Börzel/Risse (2005)

Typen von PPP Funktion & Zielsetzung	Kooptation	Delegation	Ko-Regulierung	Private Selbstregulierung im Schatten der Hierarchie
Regel- & Standardsetzung				
Regelimplementierung				
Dienstleistungserbringung			GFATM	

Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an die Typologie von Börzel/Risse (2005).

²⁵⁵ Vgl. GFATM (2009e); Radelet (2004): 36.

²⁵⁶ Bedingung Nr. 1: Die lokalen Kontextfaktoren determinieren die effektive Durchführung von Programmen mit dem Ziel der Problembearbeitung. In Abhängigkeit der lokalen Kontextfaktoren muss der Aufbau von lokalen Implementierungsstrukturen zur Ursachenbearbeitung als Bedingung einer effektiven Problembearbeitung transnationaler Probleme durch PPP stattfinden.

Gemäß dieser Typologie können PPP, wie unter 2.2.3 dargestellt wurde, anhand ihrer Zielsetzung und Funktionen in drei Kategorien eingeteilt werden: *Regel- und Standardsetzung*, *Regelimplementierung* und *Dienstleistungserbringung*. Hinsichtlich seiner Zielsetzung und Funktion kann der GFATM in die Kategorie der Dienstleistungserbringung eingeordnet werden. Diese Dienstleistungserbringung soll durch den GFATM im Bereich von Global Public Health durch die Bereitstellung des öffentlichen Guts Gesundheit für die Mitglieder der transnationalen Gesellschaft erfolgen. Zu diesem Zweck finanziert der GFATM Förderprogramme in lokalen Kontexten, die die Bekämpfung der Infektionskrankheiten HIV/AIDS, Malaria und TB zum Ziel haben.

Bezüglich der unterschiedlichen Arten von PPP wird entlang eines Kontinuums (von zunehmender Autonomie öffentlicher Akteure hin zu zunehmender Autonomie privater Akteure) zwischen den vier Typen *Kooptation*, *Delegation*, *Ko-Regulierung* und *Private Selbstregulierung im Schatten der Hierarchie* unterschieden.²⁵⁷ Durch seine institutionelle Struktur weist der GFATM als PPP das charakteristische Merkmal einer Ko-Regulierung auf: nichtstaatliche Akteure werden zu gleichwertigen Partnern im Rahmen der Kooperation erhoben. Die Zusammensetzung des Vorstands des GFATM verdeutlicht dies: Repräsentanten von Geber- und Empfängerländern, Nichtregierungsorganisationen, dem privaten Sektor und Betroffenenengruppen sind eingeschlossen, wobei die Gruppe der stimmberechtigten Mitglieder sowohl Geber-Vertreter (Repräsentanten der Industrienationen und des privaten Sektors) als auch Empfänger-Vertreter (Repräsentanten der Entwicklungsländer und des zivilgesellschaftlichen Sektors) umfasst. Bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung auf transnationaler Ebene kommt innerhalb des Vorstands nichtstaatlichen genauso wie staatlichen Akteuren ein Vetorecht zu. Gemäß der Definition der Form der Ko-Regulierung können damit nichtstaatliche Akteure als gleichberechtigte Partner im Prozess der Regelsetzung und -implementierung identifiziert werden; bei der Ausübung von Governance werden diese zu gleichen und legitimen Partnern erhoben. Damit grenzt sich der GFATM als eine ko-regulierende Form von Governance von dem Typus der Kooptation, der Delegation und der Privaten Selbstregulierung im Schatten der Hierarchie ab.

3.2.2 Der GFATM als „Standardmodell“?

²⁵⁷ Börzel/Risse (2005): 199.

Von der Öffentlichkeit wird der GFATM als eine der effizientesten, effektivsten und transparentesten Gesundheitspartnerschaften und damit häufig als Standardmodell einer PPP wahrgenommen. Die These des „Standardmodells GFATM“ im Hinblick auf seine Effizienz, Effektivität und Transparenz wird auch in der relevanten Literatur vertreten.²⁵⁸ Im Folgenden soll diese These anhand der unter 2.3.3 dargestellten Anforderungen an ein effektives Prozessmanagement überprüft werden. Die Variable des Prozessmanagements stellt demzufolge einen Erfolgsfaktor für den Outcome (welcher die Effektivität einer PPP bedingt) dar. Die Anforderungen an ein effektives Prozessmanagement sind folgende: Neben einer *starken Formalisierung, d.h. der Operationalisierung von Zielsetzungen* wird der Anspruch formuliert *Prozesse partizipativ, fair und transparent zu gestalten, einen Evaluierungsmechanismus zur Erfolgskontrolle zu etablieren* sowie, wenn notwendig, *Reformprozesse innerhalb der PPP durchzuführen*.²⁵⁹ Hinsichtlich der Überprüfung der These des „Standardmodells GFATM“ stellt sich die Frage, ob der GFATM die Anforderungen an ein effektives Prozessmanagement sowie darüber hinausgehende Effektivitäts-Anforderungen in Form von finanzieller Nachhaltigkeit, einer koordinierten Handlungsweise und Nachhaltigkeit der Ergebnisse durch den Aufbau von Durchführungsinstanzen auf der lokalen Ebene erfüllt.

Operationalisierung von Zielsetzungen

Bezüglich des ersten Elements eines effektiven Prozessmanagements – der Operationalisierung von Zielsetzungen im Rahmen eines entsprechenden Förderansatzes – muss untersucht werden, in welcher Art und Weise die allgemein formulierten Förderziele des GFATM im Rahmen seines Förderansatzes Umsetzung finden.²⁶⁰ Das generelle Förderziel des GFATM ist, durch eine gezielte Vergabe von Finanzmitteln, die Krankheiten HIV/AIDS, TB und Malaria nachhaltig und effektiv zu bekämpfen und die mit diesen Krankheiten einhergehenden (Neben-)Folgen zu bearbeiten bzw. auszugleichen:

„The purpose of the Fund is to attract, manage and disburse additional resources through a new public-private partnership that will make a sustainable and significant contribution to the reduction of infections, illness and death, thereby mitigating the impact caused by HIV/AIDS, tuberculosis and malaria in countries in need, and contributing to poverty reduction as part of the Millennium Development Goals.“²⁶¹

Anhand einer näheren Untersuchung dieser Zielsetzung soll überprüft werden, inwieweit die Förderziele im Rahmen des Förderansatzes umgesetzt werden. Die konkreten Ziele lauten:

²⁵⁸ Vgl. Bull/McNeill (2007): 79ff.; Buse/Harmer (2007): 265; Lu et al. (2006): 487; Radelet (2004): 8.

²⁵⁹ Vgl. Kapitel 2.3.3 und Beisheim et al. (2007b): 255, (2008): 467ff.

²⁶⁰ Unter 3.1.3.1 wurde die Operationalisierung der Förderziele im Hinblick auf die konkreten Maßnahmen, die aus der Umsetzung der Förderziele resultieren und folglich im Rahmen der Förderstrategie des GFATM zulässig sind und gefördert werden, untersucht. An dieser Stelle soll im Gegensatz dazu die generelle Umsetzung der Förderziele im Rahmen des Förderansatzes bzw. der Förderstrategie betrachtet werden.

- „to attract, manage and disburse additional resources“;
- „through a new public-private partnership“;
- „make a sustainable and significant contribution to the reduction of infections, illness and death, thereby mitigating the impact caused by HIV/AIDS, tuberculosis and malaria in countries in need“ und
- „contributing to poverty reduction as part of the Millennium Development Goals“.

Das erste Förderziel ist zum einen durch das Prinzip der Funktionsweise des GFATM als Finanzierungsfonds, der gezielt Programme zur Bekämpfung der drei Infektionskrankheiten finanziert, und zum anderen durch die Einbeziehung nichtstaatlicher Akteure, wodurch die zur Verfügung stehenden materiellen und immateriellen Ressourcen erhöht werden, im Förderansatz des GFATM umgesetzt.

Hinsichtlich des zweiten Förderziels unterscheidet sich der GFATM von traditionellen Geberinstitutionen und Ansätzen der Entwicklungshilfe insofern, als dass er durch seine Förderprinzipien einen offeneren und partizipationsfördernden Ansatz mit dem Anspruch, eine innovativere Form der Zusammenarbeit zwischen Geber- und Empfängerinstitutionen zu verkörpern, darstellt und die Bekämpfung der Krankheiten durch den GFATM in effektiverer und effizienterer Weise als bisher geschehen soll.²⁶²

Im Hinblick auf die Umsetzung des dritten Förderziels kann zum einen angeführt werden, dass aufgrund der Resultatorientierung des GFATM die Bewertung der Effektivität anhand einer beobachtbaren Verbesserung der Problemstruktur erfolgt – in Bezug auf einen Rückgang der Zahl der Neuinfektionen, der Krankheits- und Sterbefälle sowie der Anzahl der Menschen, die sich in durch den GFATM finanzierter Behandlung befinden – und der GFATM diesbezüglich beeindruckende Resultate vorzuweisen hat.²⁶³ Zum anderen wird mit der Übergabe der Programmentwicklungs- und Durchführungshoheit an die CCM und PR versucht, die Eigentümerschaft des Empfängerlandes zu unterstützen und dadurch keinen rein vertikalen Ansatz darzustellen, sondern vielmehr durch gezielte Finanzierung innerhalb eines integrierten Förderansatzes die horizontale Ebene zu stärken und so nachhaltige Problembearbeitung durch lokale Implementierungseinheiten zu garantieren.²⁶⁴

²⁶¹ GFATM (2002).

²⁶² Vgl. dazu die Ausführungen unter 3.1.2 zum Prinzip der nationalen Eigentümerschaft als eines der Förderprinzipien und Radelet (2004): 1.

²⁶³ Vgl. hierzu die unter 3.1.1 dargestellten, im Rahmen der finanzierten Förderprogramme erzielten Resultate des GFATM.

²⁶⁴ Vgl. Bartsch (2007): 146f.; GFATM (2009c); Radelet (2004).

Das vierte Förderziel findet keine direkte Umsetzung innerhalb der Förderstrategie; jedoch muss angemerkt werden, dass im Zuge der Umsetzung der drei vorangegangenen Förderziele durch den Förderansatz des GFATM eine Bekämpfung und Verminderung der Armut als Bestandteil der Millenniums-Entwicklungsziele einhergeht.

Partizipativ, fair und transparent gestaltete Prozesse

Das partizipative und faire Element spiegelt sich in der Zusammensetzung des Vorstands, der PR und CCM wider. Der Vorstand umfasst, wie dargestellt, Repräsentanten von Geber- und Empfängerländern, Nichtregierungsorganisationen, dem privaten Sektor sowie von Betroffenenengruppen. Als weitere Institution, die das partizipative Element verkörpert, kann der jeweilige PR, dem die Durchführungshoheit eines Programms obliegt und der aus einer oder mehreren staatlichen oder nichtstaatlichen Organisationen besteht, betrachtet werden. Auch die CCM beziehen bei ihrer Zusammensetzung den öffentlichen, zivilgesellschaftlichen und privaten Sektor mit ein und stellen damit ein Beispiel für das Prinzip der Entscheidungsfindung unter Einbeziehung unterschiedlicher Teilnehmer dar. Jedoch muss die Institution der CCM als partizipationsförderndes Element – in Bezug auf Mitglieder aus ländlicheren Regionen und abgelegeneren Provinzen, Vertreterinnen von Frauenorganisationen und Repräsentanten der Betroffenenengruppe – als kritisch betrachtet werden und bedarf der Problematisierung:

„One of the most problematic issues is the fact that many CCMs are *dominated by the respective governments*. Many governments in the recipient countries were either not prepared or not willing to work with non-state actors, hence CSOs (Anm.: Civil Society Organizations) were not represented sufficiently in the CCMs or were handpicked by the governments. CCMs were created because the GF (Anm.: Global Fund) required them in the proposals process but not because cooperation with civil society was a goal in itself. Especially people living with the diseases – due to the related stigmatization – as well as women’s organizations were often not represented sufficiently in the CCMs. Thus the input legitimacy of the CCMs in many cases is limited.“²⁶⁵ (Hervorhebung im Original)

Im Hinblick auf das Element der internen Transparenz kann gesagt werden, dass die Prozesse innerhalb des GFATM dahingehend transparent ablaufen, als dass für die Förderempfänger über die Homepage des GFATM alle relevanten Dokumente bezüglich seines Förderansatzes, den Anforderungen für Förderung und über den Ablauf der Förderprogramme einsehbar sind. Allerdings muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass der GFATM intern mit dem Problem eines Mangels an Transparenz bezüglich der Verwendung von Fördergeldern durch die PR zu kämpfen hat. Die PR unterstehen zwar einer finanziellen Nachweispflicht gegenüber dem GFATM (vertreten durch den LFA), da sich jedoch keine Angaben darüber finden

lassen, wie streng diese finanzielle Nachweispflicht ist, ist fraglich, ob der GFATM weiß, wie die Fördermittel im Detail verwendet werden und ob eine effiziente Verwendung der finanziellen Ressourcen tatsächlich stattfindet. Aufgrund des dargestellten Mangels an interner Transparenz erscheint es als problematisch, dem GFATM diesbezüglich Standardmodell-Charakter zuzusprechen.

Hingegen bekennt sich der GFATM explizit durch eines seiner Förderprinzipien zu einem hohen Maß an externer Transparenz, was sich in der großen Anzahl an für die Öffentlichkeit zugänglichen Informationen und Dokumenten auf seiner Homepage widerspiegelt; Anträge auf Förderung, Förderabkommen, Evaluierungen, Richtlinien und Tabellen über bisher eingegangene Fördergelder etc. sind dort verfügbar. Dennoch muss der Grad an Transparenz kritisch betrachtet werden: Auf den ersten Blick erscheint das Maß an Transparenz, das der GFATM bereitstellt, beeindruckend und im Vergleich zu anderen PPP generell und insbesondere zu anderen Akteuren im Feld von GHG als relativ hoch. Jedoch wird bei der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten empirischen Analyse deutlich, dass eine Untersuchung des Umfangs an Maßnahmen des Capacity Building innerhalb der von durch den GFATM finanzierten Förderprogrammen sowie die Nachprüfung von Angaben, die durch den GFATM bezüglich seines Engagements im Bereich von Health System Strengthening und damit verbundenen Capacity Building gemacht werden, nicht möglich ist, da die relevanten Daten dafür nicht zugänglich sind. Im Vergleich zu anderen GHP weist der GFATM einen relativ hohen Grad an Transparenz auf, unter einem normativen Gesichtspunkt kann dem GFATM in Bezug auf dessen externe Transparenz jedoch kein Standardmodell-Charakter zugesprochen werden.

Evaluierungsmechanismen zur Erfolgskontrolle

Gemäß des hohen Anspruchs auf Transparenz können auf der Homepage des GFATM intern sowie extern durchgeführte Evaluierungen (Extern Studies, Integrated Evaluations, Specific Evaluations und Information and Position Papers) bezüglich des Handelns und der Funktionsweise des GFATM, der einzelnen Organe sowie bezogen auf spezifische Bereiche eingesehen werden. Des Weiteren impliziert das Förderprinzip von PBF und damit einhergehend das Prinzip des Monitoring und Evaluation während der Laufzeit von Förderprogrammen einen relativ ausgeprägten internen Evaluierungsmechanismus zur Erfolgskontrolle innerhalb der Förderprogramme.²⁶⁶

²⁶⁵ Bartsch (2007): 155; vgl. ebenso Wulf (2004): 135f.

²⁶⁶ Im Zusammenhang mit der intern ablaufenden Evaluierung der einzelnen Förderprogramme kann jedoch die Rolle der LFA als Institution in diesem Kontext kritisch betrachtet werden. Bezüglich der LFA muss angeführt und kritisch hinterfragt werden, ob diese die Kosten, die sie verursachen, wert sind und ihrer Rolle gerecht wer-

Möglichkeit von Reformprozessen

Die relativ „schlanke“ institutionelle Struktur und die geringe Ausprägung schwerfälliger bürokratischer Strukturen statten das Modell mit einem hohen Grad an Reaktions- und Anpassungsfähigkeit aus und erleichtern Innovationen hinsichtlich dessen Funktionsweise, Struktur und interner Kommunikation. Ein Ansatz zur Reformfähigkeit ist damit im Sinne eines erfolgreichen Prozessmanagements Teil der institutionellen Struktur des GFATM.²⁶⁷

Wie gezeigt wurde, kann der GFATM die Anforderungen an ein effektives Prozessmanagement nur zum Teil erfüllen. Kritisch betrachtet werden müssen das Maß an Fairness und Partizipation im Hinblick auf die Interaktionen innerhalb der CCM, die interne Transparenz bezüglich der Verwendung von Fördermitteln durch die PR, die externe Transparenz des GFATM generell und die Rolle der LFA als Institution im Kontext der Erfolgskontrolle.

Zur Überprüfung der Standardmodell-These muss der GFATM zudem darüber hinausgehende Effektivitäts-Anforderungen – finanzielle Nachhaltigkeit, eine koordinierte Handlungsweise und Nachhaltigkeit der Ergebnisse durch den Aufbau von Durchführungsinstanzen auf lokaler Ebene – erfüllen, damit berechtigterweise von einem „Standardmodell GFATM“ gesprochen werden kann. Hierbei sind jedoch ebenso Defizite feststellbar.

Defizit Nr. 1: Finanzielle Nachhaltigkeit

Eine der größten Herausforderungen für den GFATM stellt die nachhaltige Finanzierung der Förderprogramme dar. Der GFATM ist von den unterschiedlichen Gebern finanziell höchst abhängig, weshalb die finanzielle Nachhaltigkeit der Förderprogramme als bedenklich betrachtet werden kann.²⁶⁸ Zudem haben die im Rahmen des GFATM stattfindende Einbeziehung des Privatsektors sowie die Aufnahme privater Unternehmen und Stiftungen in den Vor-

den. In den meisten Fällen verfügen diese über keine Expertise im Bereich von Gesundheitsfragen oder technischen Themen. Fraglich ist auch, ob sie eine derart positive Auswirkung auf die effiziente Ressourcennutzung und effektive Implementierung der Programme haben, als dass ihre Einstellung eine lohnenswerte Investition darstellt. Ohne eine extern durchgeführte, unabhängige Evaluation ist die Performanz der LFA unmöglich zu beurteilen und es bleibt fraglich, wie die Institution der LFA in diesem Kontext bewertet werden soll (vgl. Radelet (2004): 36f.).

²⁶⁷ Seit der Gründung des GFATM kam es zu vielfältigen Änderungen und Anpassungen in verschiedenen Bereichen, z.B. hinsichtlich der Zusammensetzung der Institutionen oder der Fördermöglichkeiten, die im Rahmen der Programme des GFATM möglich sind: als Beispiele können die Änderung der Zusammensetzung des Vorstands (anfangs zählte der Vertreter der Betroffenenengruppe zu den nicht-stimmberechtigten Mitgliedern) oder die Anpassungen im Hinblick auf die Fördermöglichkeiten innerhalb der Förderanträge der einzelnen Runden (ausführlicher unter 3.3.1 dargestellt) genannt werden.

²⁶⁸ Vgl. Forman/Segaar (2006): 208ff.

stand des GFATM kaum finanzielle Ergebnisse gezeigt.²⁶⁹ Außer der Bill & Melinda Gates-Foundation, die sich bis jetzt mit einer Summe von 450 Mio. US-Dollar an der Finanzierung des GFATM beteiligt hat, bleibt der von privaten Akteuren eingebrachte Anteil der Finanzmittel relativ gering.²⁷⁰ Aus der (PRODUCT)RED-Linie²⁷¹ der beteiligten privatwirtschaftlichen Akteure sind bis jetzt lediglich 121.665.841 US-Dollar in die Finanzierung des GFATM eingeflossen. Die Förderung durch den privaten Sektor besteht eher in der Durchführung von Marketing-Kampagnen obwohl sich der GFATM stärkeres finanzielles Engagement auf der Projektebene wünschen würde.²⁷² Der GFATM bleibt folglich ein fast ausschließlich von den G7-Ländern finanziertes (und damit auch von diesen abhängiges) Projekt. Bis jetzt haben sich die G7 mit einer Summe von 8.749.125.249 US-Dollar an der Finanzierung des GFATM beteiligt, wobei die USA mit einer Summe von 3.328.836.855 US-Dollar den größten Geldgeber darstellen.²⁷³

Defizit Nr. 2: Mangelnde Koordination

Aufgrund mangelnder Koordination bei der Projekt- und Programmdurchführung hat der GFATM unfreiwillig mehr Aufmerksamkeit als andere Gesundheitspartnerschaften auf sich gezogen. Im Rahmen der Förderprogramme des GFATM kam es im Zuge von Unkoordiniertheiten zu Verdoppelungen von institutionellen Vorarbeiten in der Planung der Programmdurchführung, insbesondere zwischen nationalen Behörden zur Bekämpfung von AIDS und den CCM.²⁷⁴ Ein derartiger Mangel bezüglich einer koordinierten Vorgehensweise erschwert die Aufrechterhaltung der These des „Standardmodells GFATM“.

Defizit Nr. 3: Mangel an Nachhaltigkeit durch resultatorientierten Charakter

²⁶⁹ Vgl. Hale/Mauzerall (2004): 234ff.; Wulf (2004): 135f.

²⁷⁰ Vgl. Buse/Harmer (2007): 266f.

²⁷¹ Die (PRODUCT)RED-Linie wurde gegründet, um privatwirtschaftliche Akteure stärker in den Kampf gegen AIDS einzubeziehen und so nachhaltige und auf Dauer angelegte finanzielle Zugeständnisse durch den privaten Sektor an den GFATM zu erzielen sowie generell das Thema HIV/AIDS in Afrika stärker in das öffentliche Bewusstsein zu rücken. Unternehmen, deren Produkte das (PRODUCT)RED-Zeichen tragen, spenden einen Teil des Erlöses, der durch den Verkauf dieser Produkte erzielt wird, an Programme, die durch den GFATM in Afrika finanziert werden. Derzeitige Partner aus der Privatwirtschaft sind American Express, Apple, Converse, Dell, Windows, Emporio Armani, Gap, Hallmark und Motorola. Für weitere Informationen vgl. GFATM (2009f).

²⁷² Vgl. Bartsch (2007): 154.

²⁷³ Stand: 31.12.2008. Für eine ausführliche Darstellung der Finanzierung des GFATM durch die einzelnen Gebern vgl. GFATM (2009g).

²⁷⁴ Vgl. Buse/Harmer (2007): 267.

Dem Handeln des GFATM können trotz seines resultatorientierten und krankheitsspezifischen Förderansatzes systemübergreifende Effekte, die oftmals das Resultat unintendierter Nebenfolgen sind, zugeschrieben werden. Diese Effekte können positiver Natur sein und einen gleichberechtigten Zugang aller zum Gesundheitssystem, Effizienz und Effektivität der Implementierungsstruktur bewirken. Ebenso können diese Nebeneffekte sich negativ auf die Performanz der lokalen Durchführungsinstanzen auswirken.²⁷⁵ Ein krankheitsspezifischer Ansatz (disease-by-disease approach), wie er durch den GFATM vertreten wird, erschwert es für Entwicklungsländer, die krankheitsspezifischen Förderprogramme in ihre relativ schwachen Gesamtsysteme zu integrieren (auch wenn die benötigten Kapazitäten und die notwendige Infrastruktur bei mehreren krankheitsspezifischen Programmen die Gleiche ist).²⁷⁶ Aus der Möglichkeit von negativen Nebeneffekten, die dem krankheitsspezifischen und resultatorientierten Förderansatz des GFATM zuzuschreiben sind, ergibt sich in der Konsequenz die Forderung nach einem deutlich systemübergreifenderen Ansatz (system-wide focus) des GFATM. Die Elemente des Capacity Building sollten demnach innerhalb eines systemübergreifenden Ansatzes statt als integriertem Bestandteil krankheitsspezifischer Programme Anwendung finden, um eine effektive und nachhaltige Durchführung der Förderprogramme zu garantieren.²⁷⁷

„A better integration of the international disease control programs with health system development capacities is needed. Such a system-wide focus would help to ensure the needed balance in developing primary, secondary, and tertiary services; upgrading facilities for training of health personnel, research, and surveillance; improving the financial and logistical aspects of sector management; and strengthening capacities to plan and evaluate disease-specific and health system-wide policies and strategies.“²⁷⁸

Des Weiteren erscheint in diesem Zusammenhang als problematisch im Hinblick auf den resultatorientierten Finanzierungscharakter des GFATM, dass durch eine fortlaufende Erhöhung der Vergabe von Fördermitteln, bedingt durch eine immer weiter wachsende Zahl an zu unterstützenden Programmen, die drei Infektionskrankheiten nicht in effektiver Art und Weise bekämpft werden können. Dazu ist mehr als die simple Bereitstellung von finanziellen Ressourcen von Nöten. Weitere unterstützende Funktionen neben der reinen Finanzierung von Programmen müssen durch den GFATM im Hinblick auf die Stärkung der Implementierungs-

²⁷⁵ Für eine ausführliche Darstellung der systemübergreifenden Effekte des GFATM vgl. Bennett/Fairbank (2003).

²⁷⁶ Lele et al. (2005): xiii.

²⁷⁷ Vor dem Hintergrund der Nachhaltigkeit von Programmen ist wichtig, dass Förderprogramme einen systemübergreifenden Fokus besitzen und idealerweise innerhalb eines horizontal angelegten sektorenübergreifenden Ansatzes (Sector-Wide Approach (SWAp)) durchgeführt werden. Dabei wird in Zusammenarbeit mit und neben anderen Gebern im Rahmen einer Partnerschaft ein Programm entwickelt und ko-finanziert, welches dann unter der Leitung des Empfängerlandes mit Hilfe der an der Partnerschaft beteiligten Geberorganisationen und der relevanten Akteure des Gesundheitssektors durchgeführt wird (vgl. WHO (2000): 123).

struktur übernommen werden und sind notwendig, um Ursachenbearbeitung und Leistungen nachhaltigen Charakters zu erbringen.²⁷⁹ Durch einen auf Finanzierung und Resultaten basierten Förderansatz wird ein vertikaler Ansatz, mit welchem u.a. eine vertikal organisierte Medikamentenvergabe zur schnellen Erzielung von Resultaten einhergeht, anstelle eines horizontalen Aufbaus von Implementierungsstrukturen in schwachen Förderkontexten gefördert. Die Auswirkungen eines vertikalen Ansatzes sind im Hinblick auf eventuell auftretende Nebenfolgen negativer Natur für die Performanz der Implementierungsstruktur als äußerst problematisch zu betrachten.²⁸⁰ Durch die großen Mengen an Finanzmitteln, die im Rahmen eines Förderprogramms den Ländern zukommen, können schwache Institutionen vor Ort mit der schnellen Verwendung der Gelder überfordert sein (da nicht ausreichend „Aufnahmefähigkeit“ (absorptive capacity) vorhanden ist), was in der Folge eine Vertikalisierung des Gesundheitssystems nach sich ziehen kann.²⁸¹

Der Aufbau einer Implementierungsstruktur, welche das Potential besitzt, negative Nebenfolgen in effektiver Weise bearbeiten und somit nachhaltige Problembearbeitung leisten zu können, sollte folglich im Vordergrund des Förderansatzes des GFATM stehen. Durch simple Finanzierungsmaßnahmen, die an der Bearbeitung der Symptome transnationaler Probleme ansetzen, kann keine langfristige Verbesserung der Problemstruktur bewirkt werden. Will der GFATM weiterhin als effektive Gesundheitspartnerschaft gelten sowie nachhaltige Ergebnisse produzieren und sich diesbezüglich von anderen Hilfsorganisationen abgrenzen, dann muss dieser ein verstärktes Engagement in Form einer intensiveren Finanzierung des Aufbaus von lokalen Implementierungsstrukturen innerhalb eines systemübergreifenden Ansatzes betreiben.²⁸²

Fazit: These des „Standardmodells GFATM“ ist nicht haltbar

²⁷⁸ Lele et al. (2005): xiii.

²⁷⁹ Vgl. Bennett/Fairbank (2003): 1.

²⁸⁰ Vgl. Buse/Harmer (2007): 268.

²⁸¹ Unter dem Druck, Finanzmittel schnell zu verwenden und Resultate bei der Bekämpfung der drei Krankheiten schon nach kurzer Zeit vorzuweisen, kann ein resultatorientierter, krankheitsspezifischer im Gegensatz zu einem systemorientierten Förderansatz eine Vertikalisierung des Gesundheitssystems, welches größere Mengen an Geld schneller verwerten, aber nicht nachhaltige Problembearbeitung leisten kann, anstelle eines Aufbaus von grundlegenden Strukturen fördern. Damit geht eine Bearbeitung der Symptome statt der Ursachen des Problems transnationaler Infektionskrankheiten einher (vgl. Bennett/Fairbank (2003): 19ff.; Sridhar (2009)).

²⁸² Eventuell zeigt sich hier die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der institutionellen Struktur des GFATM. Vielleicht ist der Einsatz von Personal vor Ort erforderlich, um die Verwendung von ursachenadäquaten Instrumenten in Form von Maßnahmen des Capacity Building zu fördern und zu überwachen, so dass lokale Implementierungsstrukturen, welche die Kriterien komplexer Performanz erfüllen, im Zuge der Umsetzung der Förderziele des GFATM entstehen. Ein derartig verstärktes Engagement vor Ort sollte jedoch nur bis zu dem Grad geschehen, dass im Zuge einer solchen Entwicklung das Prinzip der nationalen Eigentümerschaft nicht verletzt wird (vgl. Radelet (2004): 31).

Die Annahme, dass der GFATM als Standardmodell einer effektiv, effizient und transparent operierenden Gesundheitspartnerschaft betrachtet werden kann, ist aufgrund der aufgezeigten Defizite nur schwer haltbar. Wie dargestellt wurde, erfüllt der GFATM die Anforderungen an ein erfolgreiches Prozessmanagement sowie weitere Effektivitäts-Anforderungen nur teilweise. Die Defizite hinsichtlich der Fairness und Partizipation innerhalb der Institutionen des GFATM, der Mangel an interner sowie externer Transparenz und an unabhängigen, extern durchgeführten Evaluierungen, die nicht langfristig gesicherte Finanzierung der Programme, die zum Teil unkoordinierte Vorgehensweise bei der Finanzierung von Programmen und die Fraglichkeit der Nachhaltigkeit von Ergebnissen generell aufgrund des resultat- und finanzierungsorientierten Förderansatzes wirken sich allesamt negativ bei der Beurteilung des GFATM als Standardmodell aus. Abschließend ist festzuhalten, dass infolge dieser Defizite sowie aufgrund des Fokus auf der Bearbeitung der Symptome des Problems transnationaler Infektionskrankheiten durch die Resultatorientierung des GFATM die normativen Bedingungen für ein Standardmodell einer effizienten, effektiven und transparenten Gesundheitspartnerschaft nicht erfüllt werden. Damit steht die hier vertretene Sichtweise auf den GFATM, wonach diesem kein Standardmodellcharakter zugesprochen wird, nicht im Einklang mit dem in weiten Teilen der Öffentlichkeit und relevanten wissenschaftlichen Literatur wahrgenommenen „Standardmodell GFATM“.

3.2.3 Anwendung der Ergebnisse der Implementationsforschung

Basierend auf den Ausführungen zur Relevanz der Programm- und Implementationsstruktur unter 2.4.1 ist von Interesse, welchen Charakter die aus dem Förderansatz des GFATM resultierenden Programme hinsichtlich der verwendeten und zulässigen Instrumente aufweisen und ob diese Instrumente als angemessen und ursachenadäquat bezeichnet werden können. Die im Rahmen der Förderstrategie des GFATM zulässigen und geförderten Maßnahmen stellen die entsprechenden Policy-Instrumente dar, die innerhalb der Förderprogramme je nach den Anforderungen der Problem- und Implementierungsstruktur in unterschiedlichem Maße Verwendung finden. Die Maßnahmen, die die Förderziele des GFATM wiedergeben und innerhalb der Förderprogramme zulässig sind bzw. gefördert werden, decken, wie unter 3.1.3.1 dargestellt wurde, ein relativ weites Feld ab und umfassen u.a. den Bereich von Monitoring und Evaluation, Capacity Building bis hin zu Prävention und Behandlung. Maßnahmen und Instrumente, die eine Kapazitätenbereitstellung zum Aufbau von Durchführungsinstanzen vorsehen, sind damit unter dem resultatorientierten, krankheitsspezifischen Förderansatz des

GFATM zulässig. Hinsichtlich der Vielzahl von zulässigen und geförderten Maßnahmen, die im Rahmen der Förderprogramme eingebracht und verwendet werden können, ist es theoretisch möglich, dass je nach Anforderung der jeweiligen Problem- und Implementationsstruktur entsprechend der Schwerpunkt zur Bearbeitung von Implementationsproblemen innerhalb der Programmstruktur gelegt werden und die Bedingung für eine kontextspezifische Problembearbeitung als gegeben betrachtet werden kann.

3.2.4 Capacity Building als Kriterium für komplexe Performanz: der GFATM

Unter einem normativen Gesichtspunkt kann das Handeln des GFATM nur dann als „gut“ betrachtet werden, wenn als Folge der Umsetzung der Förderstrategie eine nachhaltige Verbesserung der Problemstruktur, welche von der Bearbeitung der Ursachen des Problems transnationaler Infektionskrankheiten abhängt, erkennbar ist. Dazu müssen im ersten Schritt die Grenzen des jeweiligen Gesundheitssystems, die eine effektive Durchführung von Projekten auf der lokalen Ebene nicht zulassen, identifiziert werden. Als Auswirkungen eines Kapazitätsdefizits stellen diese die Hürde für einen positiven Outcome und schließlich für eine Verbesserung der Problemstruktur (Impact) im Bereich von Global Public Health dar.²⁸³ Im nächsten Schritt muss der GFATM, um effektive Problembearbeitung zu leisten, den Fokus auf eine Kapazitätenbereitstellung mit dem Ziel des Aufbaus der lokalen Implementierungsstruktur legen und gezielte Finanzierung innerhalb eines systemübergreifenden Förderansatzes leisten, um, wie unter 2.5.3 dargestellt, eine effektive Durchführung der finanzierten Programme und somit nachhaltige Problembearbeitung auf der lokalen Ebene zu ermöglichen.²⁸⁴ Der Erfolg des GFATM, gemessen an der effektiven Durchführung der Programme und einer damit einhergehenden Verbesserung der Problemstruktur, hängt von funktionierenden Implementierungsstrukturen auf der lokalen Ebene ab. Capacity Building als wichtiger Teil von Nachhaltigkeitspolitik, der die Institutionenbildung auf lokaler Ebene beschreibt, stellt die notwendige Bedingung für eine nachhaltige Problembearbeitung im Bereich von Global Public Health und das Kriterium für die Problemlösungsfähigkeit des GFATM dar.

Die Anwendung der theoretischen Grundlagen hat gezeigt, dass eine konkrete Operationalisierung von allgemeinen Zielsetzungen im Rahmen der Förderstrategie als Element eines er-

²⁸³ Vgl. WHO (2007b): 27.

folgreichen Prozessmanagements stattfindet und außerdem der Einsatz von Policy-Instrumenten und Maßnahmen, die die komplexe Performanz der lokalen Implementierungsstruktur in positiver Weise beeinflussen, im Rahmen des integrierten Förderansatzes der ko-regulierenden PPP GFATM in Abhängigkeit der lokalen Kontextfaktoren gefördert und unterstützt wird. Damit kann die eingangs formulierte *Bedingung Nr. 2*²⁸⁵ als theoretisch in den Förderansatz des GFATM – durch die Unterstützung der Verwendung ursachenadäquater Policy-Instrumente zur Problembearbeitung – integriert betrachtet werden.

3.3 Forschungsinteresse: der GFATM und dessen Ansatz bezüglich eines Aufbaus von Durchführungsinstanzen

Im Hinblick auf die Forschungsfrage und die Ausführungen zu den Unterschieden zwischen den notwendigen und hinreichenden Bedingungen für die komplexe Performanz von Durchführungsinstanzen ist von Interesse, inwieweit der GFATM im Rahmen seines Förderansatzes eine Unterscheidung zwischen den Konzepten Capacity Building und Health System Strengthening (HSS) trifft.²⁸⁶ Capacity Building kann als das Konzept betrachtet werden, das die notwendigen Bedingungen beschreibt, HSS baut als Konzept darauf auf, geht aber dahingehend weiter, als dass es ebenso die hinreichenden Funktionsbedingungen umschließt. Untersucht werden muss, wie das Konzept des Capacity Building definiert wird und welcher Stellenwert dem Konzept innerhalb des Förderansatzes eingeräumt wird. Neben den unter 3.1.3.1 dargestellten Möglichkeiten für die Verwendung einzelner Maßnahmen zum Auf- und Ausbau der nationalen und lokalen Durchführungsinstanzen (unter der Voraussetzung, dass bezüglich der konkreten Maßnahme ein Zusammenhang zwischen der Stärkung von Institutionen des Gesundheitssystems und der Bekämpfung einer oder aller drei Krankheiten hergestellt werden kann) sollen im Folgenden die Rolle der Konzepte Capacity Building und HSS im Rahmen des Förderansatzes des GFATM erläutert werden. Darauf aufbauend werden die Möglichkeiten von systemübergreifender Förderung im Kontext der Förderoptionen der ein-

²⁸⁴ Mit einer derartigen Vorgehensweise geht die Erfüllung der drei Funktionen von Public Health einher: Situationsbeschreibung, Strategieentwicklung und Kapazitätenbereitstellung, um eine effektive Implementierung von Problemlösungsstrategien zu gewährleisten.

²⁸⁵ Bedingung Nr. 2: Die konkrete Operationalisierung von allgemeinen Zielsetzungen im Rahmen der Förderstrategie als ein Faktor eines erfolgreichen Prozessmanagements und der Einsatz von speziellen Policy-Instrumenten – die, in Abhängigkeit der lokalen Kontextbedingungen, eine Kapazitätenbereitstellung vorsehen – stellen den Erfolgsfaktor für den Outcome in Form einer effizienten und effektiven Implementierung durch lokale (den Anforderungen der komplexen Performanz genügenden) Durchführungsinstanzen dar.

²⁸⁶ Vgl. hierzu die Ausführungen unter 2.5.2 zu den notwendigen und hinreichenden Funktionsbedingungen von Durchführungsinstanzen im Rahmen der Definition des Begriffs Capacity Building für den Kontext der Arbeit.

zelen Runden dargestellt und es wird eine Beurteilung des Förderansatzes des GFATM hinsichtlich des Fokus auf einem der Konzepte stattfinden.

3.3.1 Ansatz des GFATM und systemübergreifende Förderoptionen in den einzelnen Förderrunden

Der Ansatz des GFATM zur Stärkung von Gesundheitssystemen²⁸⁷ wird in seinem Fact Sheet *The Global Fund's approach to health systems strengthening* deutlich dargestellt:

„The Global Fund recognizes the importance of supporting the strengthening of public, private and community health systems where weaknesses and gaps in those systems constrain the achievement of improved outcomes in reducing the burden of HIV, tuberculosis and malaria. With a strong focus on ensuring linkages between and outcomes for the three diseases, the Global Fund remains committed to providing funding for health systems strengthening (HSS) within the overall framework of funding technically sound proposals.“²⁸⁸

Und weiter:

„The Global Fund encourages applicants, wherever possible, to integrate their responses to these health system weaknesses and gaps within the relevant disease component(s).“²⁸⁹

Weitergehend soll untersucht werden, welche Rolle Capacity Building und HSS innerhalb dieses Ansatzes zukommt.

Capacity Building im Rahmen des Förderansatzes des GFATM

Im *Framework Document of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* wird der Begriff des Capacity Building wie folgt definiert:

„Capacity Building: The CCP (Coordinated Country Proposal) will consider institutional and absorptive capacity. It may include interventions to improve national capacity, which are associated with the delivery and monitoring of the Fund's programs to deal with the three diseases. Proposals to the Fund shall not have capacity building as their main focus.“²⁹⁰

In diesem Sinne umfasst Capacity Building eine Kapazitätenbereitstellung mit dem Ziel des Aufbaus von Strukturen zur Dienstleistungserbringung und Programmevaluation im Rahmen des durch den GFATM finanzierten Förderprogramms hinsichtlich der Bekämpfung der Infektionskrankheiten. Gemäß dem *Monitoring and Evaluation Toolkit* des GFATM wird Capacity Building, welches die Ausbildung von Personal und die Stärkung von Institutionen zur

²⁸⁷ Ein Gesundheitssystem wird durch den GFATM wie folgt definiert: „A health system consists of all organizations, people, and actions whose primary intent is to promote, restore or maintain health. It involves the broad range of individuals, institutions, and actions that help to ensure the efficient and effective delivery and use of the spectrum of products and information for prevention, treatment, and care and support to people in need of these services“ (GFATM (2008c): 1).

²⁸⁸ GFATM (2008c): 1.

²⁸⁹ GFATM (2008c): 2.

²⁹⁰ GFATM (2002).

Dienstleistungserbringung innerhalb eines Gesundheitssystems umfasst, als Grundlage für die darauf aufbauenden Schritte betrachtet: die erbrachten Dienstleistungen sowie die dadurch erreichten Personen und schließlich die Bekämpfung der drei Krankheiten (als Folge einer Verhaltensänderung und eines daraus resultierenden positiven Impacts).²⁹¹ Demnach wird der Begriff in Übereinstimmung mit der im Rahmen der Arbeit vertretenen Sichtweise auf Capacity Building als notwendige Bedingung für eine effektive Problembearbeitung in Bezug auf die Bekämpfung der drei Krankheiten gesetzt. Jedoch muss angemerkt werden, dass die Bestimmung zu Capacity Building im *Framework Document of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* im Unterschied zu der im Rahmen der Arbeit verwendeten Definition den Aufbau von Kapazitäten zur Programmevaluation einschließt. Die Auswertung der zugänglichen Dokumente zeigt, dass sich keine eindeutige Definition des Begriffs finden lässt und folglich keine Klarheit über die Verwendung des Konzepts durch den GFATM besteht.

HSS im Rahmen des Förderansatzes des GFATM

Anders als bei dem Begriff des Capacity Building existiert in den durch den GFATM herausgegebenen Dokumenten eine eindeutige Definition des Begriffs HSS.²⁹² Im Glossary of Terms der erst kürzlich erschienenen Publikation *A Strategy for the Global Fund* wird HSS wie folgt definiert:

„Health Systems Strengthening: As defined by WHO, the action of improving the six health system building blocks and managing their interactions in ways that achieve more equitable and sustained improvements across health services and health outcomes. It requires both technical and political knowledge and action.“²⁹³

Ein funktionierendes Gesundheitssystem wird damit als Grundlage einer effektiven Problembearbeitung im Gesundheitsbereich betrachtet. Ein solches muss laut GFATM und WHO sechs unterschiedliche Funktionen erfüllen:²⁹⁴

- Erstens muss die Funktion der Dienstleistungserbringung in Form von Behandlung und Pflege durch die jeweiligen Institutionen erfüllt werden;
- zweitens muss ein leistungsfähiges Gesundheitssystem ein funktionierendes Gesundheitsinformationssystem vorweisen können;
- drittens sollte der Zugang zu Medikamenten, Impfstoffen und der verwendeten Technologie in effizienter Weise gesichert sein;

²⁹¹ Vgl. GFATM et al. (2006): 20.

²⁹² Das Verständnis des GFATM von HSS bezieht sich dabei auf eine Definition von HSS der WHO.

²⁹³ GFATM (2007d): 45.

²⁹⁴ GFATM (2007b): 36; WHO (2007a).

- viertens muss ein leistungsstarkes Gesundheitssystem über das notwendige Personal verfügen, um die gewünschten Outcomes im Gesundheitsbereich erzielen und eine effiziente Funktionsweise garantieren zu können;
- fünftens muss ein solches über ausreichend finanzielle Ressourcen verfügen, um seiner Dienstleistungsfunktion gerecht werden zu können und
- sechstens wird die Bedingung einer effektiven Leitung und Steuerung des Gesundheitsbereichs angeführt, welche bei Bedarf verantwortlich gemacht werden kann und der Rechenschaftspflicht unterliegt.²⁹⁵

Nach diesem Verständnis deckt gemäß der Verwendung der Konzepte durch den GFATM HSS ein weiteres Spektrum als Capacity Building ab. Folglich unterscheiden sich HSS und Capacity Building in ihrer Reichweite. Capacity Building konzentriert sich laut der herangezogenen Bestimmungen primär auf den Aufbau von grundlegenden Strukturen eines Gesundheitssystems. HSS umfasst dagegen weitere Elemente, die darüber hinausgehen und hinreichende Bedingungen für das Funktionieren eines Gesundheitssystems sind: eine strategische Leitung, ein funktionierendes Gesundheitsinformationssystem sowie die Etablierung von Netzwerken und Partnerschaften.

Systemübergreifende Förderoptionen in den einzelnen Förderrunden

Allerdings müssen die Möglichkeiten eines Auf- bzw. Ausbaus von Institutionen eines Gesundheitssystems unter der Prämisse des GFATM als resultatorientiertem Finanzierungsfonds, dessen Unterstützung sich auf die finanzielle Förderung krankheitsspezifischer Programme konzentriert, gesehen werden. Folglich können die Antragssteller in ihrem Antrag auf Förderung zwischen unterschiedlichen krankheitsspezifischen Förderkomponenten – HIV/AIDS, Malaria, TB und HIV/TB²⁹⁶ – wählen. Neben den krankheitsspezifischen Förderoptionen bestand in der fünften Runde eine HSS-Förderoption²⁹⁷, in Runde 1 bis 4 existierte die zusätzliche Option Integrated (welche ebenso systemübergreifende Förderung zuließ²⁹⁸).

²⁹⁵ Diese sechs Funktionen stimmen in etwas abgewandelter Form weitestgehend mit den von Lusthaus et al. und Matachi genannten sechs Elementen von Capacity auf der organisatorischen Ebene überein (vgl. Lusthaus et al. (1995); Matachi (2006): 5).

²⁹⁶ Die Förderoption HIV/TB bestand nicht in allen Förderrunden.

²⁹⁷ Für eine ausführliche Darstellung der Möglichkeiten innerhalb der einzelnen Förderrunden HSS zu integrieren vgl. WHO (2007b): 35f.

²⁹⁸ Vgl. hierzu das im Rahmen der empirischen Untersuchung ausgewertete afghanische Integrated-Förderprogramm aus Runde 2 (AFG-202-G01-I-00). Dieses hatte zum Ziel, die Leistungsfähigkeit des nationalen Gesundheitsministeriums generell zu erhöhen und durch einen gezielten Kapazitätenaufbau im administrativen, personellen und Infrastrukturbereich sowie durch einen Aufbau von Partnerschaften zur Programmimplementation krankheitsspezifische Programme effizienter und effektiver durchführen zu können.

Die HSS-Option in Runde 5 sollte die Integrated-Option ersetzen und für mehr Klarheit bei der Nutzung einer systemübergreifenden Förderoption sorgen, zumal ein relativ großer Anteil der Förderanträge aus Runde 1 bis 4, deren Förderkomponente Integrated war, aufgrund qualitativer Mängel nicht bewilligt werden konnte. Jedoch entsprachen die Definition und auch die Informationen zur Nutzung der HSS-Förderoption stark denen der Integrated-Option aus Runde 4. Das Ziel, mehr Klarheit bei den Bewerbern bezüglich der Nutzung einer systemübergreifenden Förderkomponente zu schaffen, konnte durch die HSS-Förderoption daher nicht erreicht werden; auch konnte keine qualitative Verbesserung der HSS- gegenüber den Integrated-Anträgen konstatiert werden.²⁹⁹

Das Hauptargument des GFATM für eine Beibehaltung von HSS als integriertem Bestandteil von krankheitsspezifischen Förderkomponenten und gegen eine Einführung einer ständigen HSS-Förderoption ist, dass im Rahmen des integrierten Förderansatzes eigentlich keine eigenständige HSS-Förderoption vorgesehen ist. Hierdurch würde eine künstliche Trennung von System und Programm vorgenommen werden. Eine solche Trennung macht laut GFATM keinen Sinn, da die beiden Komponenten System und Programm voneinander abhängig sind und sich gegenseitig bedingen.³⁰⁰ Daneben wird das praktische Argument hervorgebracht, dass Unklarheiten bei den Antragsstellern in Bezug auf die Verwendung der HSS-Förderkomponente Schwierigkeiten bei der Antragsentwicklung und im Antragstellungsprozess zur Folge haben.³⁰¹ In diesem Zusammenhang wird zudem angeführt, dass mit einer HSS-Förderoption ein Beurteilungsproblem einher geht: unter welchen Gesichtspunkten soll von Antragsstellern die Entscheidung getroffen werden, welche Ziele unter eine krankheits-

²⁹⁹ Lediglich einer von zehn Integrated-Anträgen aus Runde 1 bis 4 konnte bewilligt werden und qualifizierte sich für Förderung, die Förderanträge wiesen generell eine niedrige Erfolgsrate auf. In der fünften Runde war dasselbe Muster zu erkennen, von 30 Anträgen auf HSS-Förderung wurden nur drei genehmigt, die Erfolgsrate betrug damit ebenfalls lediglich zehn Prozent. Die Mehrzahl der Anträge war zu umfassend und ambitioniert angelegt, des Weiteren enthielten diese weder konkrete Formulierungen bezüglich ihrer Ziele, den geplanten Maßnahmen zur Zielerreichung während der Programmphase noch konkrete Arbeits- und Budgetpläne für die Programmlaufzeit (vgl. GFATM (2005); WHO (2007b): 38f.).

³⁰⁰ Die Zielerreichung eines Programms ist abhängig von dem Potential des Gesundheitssystems eine effektive Programmimplementation durchzuführen; das Potential des Gesundheitssystems ist wiederum davon abhängig, inwieweit im Rahmen von Programmen ein gezielter Aufbau der Implementierungsstruktur vorgesehen ist (vgl. WHO (2007b): 10).

³⁰¹ Das Technical Review Panel hebt hervor, dass die Erfahrungen aus den einzelnen Runden belegen, dass durch eine zusätzlich wählbare Förderoption der Antragstellungsprozess für die Antragssteller erschwert wird und eine extra HSS- oder Integrated-Förderkomponente in der Folge praktische Probleme, die sich in qualitativen Defiziten der Anträge äußern, mit sich bringt. Das TRP führt jedoch ebenso an, dass die qualitativen Defizite innerhalb der Anträge nicht allein auf Schwierigkeiten bei den Antragsstellern sondern ebenso auf Schwachstellen im Antragstellungssystem zurückzuführen sind, und es deshalb fraglich ist, ob die Etablierung einer ständigen HSS-Option in Zukunft Verbesserungen zeigen würde. Das TRP vertritt die Auffassung, dass die Informationen für die Nutzung der HSS-Option generell unzureichend waren und der GFATM verstärkt Informationen zum Gebrauch dieser neuartigen Förderoption hätte bereitstellen sollen. Des Weiteren vertritt es den Standpunkt, dass die Form des Antragsformulars primär für die Formulierung von krankheitsspezifischen Anträ-

spezifische Förderkomponente und welche Ziele unter eine zusätzliche HSS-Förderkomponente gefasst werden sollen? Wie sollen Antragssteller z.B. mit dem Ziel des Aufbaus von Infrastruktur speziell zur Problembearbeitung im Fall von HIV/AIDS umgehen, unter welche Förderkomponente würde ein solches Ziel von Infrastrukturaufbau mit dem Ziel, den Impact des Programms bezüglich einer bestimmten Krankheit zu verbessern, fallen? Der GFATM vertritt den Standpunkt, dass der Antragsstellungsprozess durch eine separate HSS-Förderkomponente für die Antragssteller erschwert wird und die Möglichkeit erfolgloser Anträge folglich zunehmen würde.³⁰² In der Folge kann mit der sechsten Förderrunde (sowie auch in den darauf folgenden Runden) der Aufbau von Implementierungsstrukturen nur noch als integrierter Bestandteil innerhalb krankheitsspezifischer Anträge auf Förderung und nicht als Hauptfördergrund selbst eingebracht werden.³⁰³

„Consistent with the Global Fund’s focus on supporting the achievement of improved outcomes for the three diseases, funding for HSS is not available as a separate funding window in proposals submitted to the Global Fund.“³⁰⁴

Der GFATM davon aus, dass mit seinem integrierten Förderansatz und der finanziellen Förderung von krankheitsspezifischen Programmen³⁰⁵ positive Auswirkungen auf ein Gesundheitssystem als Ganzes einhergehen:

„It is assumed that Global Fund inputs are both specific (disease focused) and general (health systems strengthening). For example, the GF may support training of health care workers in the prevention and management of the three diseases (on-site training, development of guidelines and manuals, refresher courses etc.) while also providing support to initial training skills development of health care workers. While it will be relatively straightforward to attribute outcomes to Global Fund inputs with regard to disease-specific support, it will be more complex in the case of general health system inputs which are likely to involve many partners and for which the outcomes will be less clearly linked to the three diseases.“³⁰⁶

gen erstellt wurde und als unpassend für eine HSS-Förderoption betrachtet werden kann (vgl. GFATM (2005): 24; WHO (2007b): 38).

³⁰² Vgl. WHO (2007b): 11, 38.

³⁰³ An dieser Stelle muss jedoch kritisch angemerkt werden, dass die Ziele und Indikatoren aus Runde 6, die den Bereich von HSS abzudecken versuchten, keine qualitative Verbesserung gegenüber denjenigen aus Runde 5 (und ebenso zu denen aus Runde 1 bis 4) vorweisen konnten. Es bestehen demnach generell Schwierigkeiten und Unklarheiten (sei es im Rahmen krankheitsspezifischer oder nicht-krankheitsspezifischer Förderoptionen) bei der Einbringung von HSS-Zielen und -Indikatoren und der Herstellung eines Zusammenhangs im Hinblick auf die Bekämpfung der drei Infektionskrankheiten bei den Antragsstellern (vgl. GFATM (2006a): 25ff.; WHO (2007b): 10ff.).

³⁰⁴ GFATM (2008c): 3.

³⁰⁵ HSS kann im Rahmen krankheitsspezifischer Programme in Form einer Service Delivery Area (SDA), einem Bereich der Dienstleistungserbringung unter welchem Maßnahmen mit dem Ziel der Kapazitätenbereitstellung formuliert werden können, in krankheitsspezifische Programme integriert werden. Diese SDA können unterschiedliche Bereiche wie z.B. „HSS“, „Prevention“, „Behavioural Change Communication“ oder „Counseling and Testing“ etc. beschreiben und definieren die Art der Dienstleistung die unter dem betreffenden Bereich erbracht werden soll.

³⁰⁶ GFATM et al. (2006): 52.

Die Frage ist damit nicht, *ob* der GFATM in HSS und damit auch in Capacity Building investiert, sondern eher *wie* das geschieht. Der GFATM beeinflusst als einer der Hauptgeldgeber im Bereich von Global Public Health sowohl in spezifischer und genereller als auch in direkter und indirekter Weise die Gesundheitssysteme der Länder, die Fördergelder durch den GFATM erhalten. Direkter Einfluss auf das Gesundheitssystem wird durch die Ressourcen, die im Rahmen der Programme vergeben werden und den Ländern zukommen, ausgeübt. Indirekter Einfluss auf das Gesundheitssystem kann intendierter³⁰⁷ oder unintendierter³⁰⁸ Natur sein. Nebeneffekte, die mit dem Handeln des GFATM einhergehen, können damit positive oder negative Konsequenzen für die Performanz der Durchführungsinstanzen eines Gesundheitssystems haben.³⁰⁹ Durchführungsinstanzen, die das Kriterium komplexer Performanz erfüllen und entsprechend unintendierte Nebenfolgen negativer Natur ausgleichen können, stellen die Bedingung für eine langfristige Problembearbeitung dar.

Ergebnis: Förderansatz des GFATM bezieht sich stärker auf HSS

Die Auswertung der relevanten Dokumente lässt erkennen, dass sich der GFATM im Rahmen seines Förderansatzes stärker auf den Begriff von HSS bezieht. Der Schwerpunkt des Förderansatzes liegt gemäß HSS damit neben der Stärkung der grundlegenden Bedingungen auf der Stärkung von hinreichenden Funktionsbedingungen eines Gesundheitssystems. Zunächst kann der Fokus des GFATM auf HSS auf den ersten Blick als ein durchaus positiver Ansatz betrachtet werden, welcher eine umfassende Stärkung der Implementierungsstruktur im Blick hat. Jedoch muss kritisch angemerkt werden, dass keine klare Linie im Ansatz des GFATM bezüglich des Auf- und Ausbaus von Implementierungsstrukturen zu erkennen ist: Einerseits ermutigt der GFATM Antragssteller, HSS in die krankheitsspezifischen Bewerbungen zu integrieren, da die Einsicht besteht, dass ein Aufbau der Implementierungsstruktur die Grundlage für eine effektive Durchführung von Programmen ist; andererseits kann ein entsprechender Strukturaufbau nur innerhalb von krankheitsspezifischen Förderkomponenten integriert und nicht als Förderziel an sich formuliert werden.³¹⁰ Der folgende Auszug aus ei-

³⁰⁷ Als Beispiel geht mit einer Stärkung der technologischen Kapazitäten durch die Vergabe von Mikroskopen zur Bekämpfung der drei Krankheiten die Stärkung der Durchführungskapazitäten generell einher.

³⁰⁸ Beispielhaft kann angeführt werden, dass die Konzentration auf die Ausbildung von Personal zur HIV-Vorsorge und die Schwerpunktsetzung auf die drei Krankheiten negative Folgen für die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen und Kapazitäten anderer Natur im Hinblick auf die Behandlung anderer Krankheiten neben HIV/AIDS, Malaria und TB haben.

³⁰⁹ In diesem Kontext ist v.a. ein negativer Nebeneffekt, der schon im Zusammenhang mit der Diskussion der Standardmodell-These genannt wurde – die Vertikalisierung eines Gesundheitssystems – hervorzuheben.

³¹⁰ Vgl. GFATM (2007b), (2007c), (2008c); GFATM et al. (2006).

ner Pressemitteilung des GFATM zur Eröffnung der achten Runde unterstreicht dies nochmals:

„Weak health systems are a major bottleneck in the effort to fight the three diseases in resource-poor countries. There is a major gap in funding for health systems and the human resources needed to scale up the response to AIDS, tuberculosis and malaria. In this round, the Global Fund is encouraging grant applicants, wherever possible, to integrate requests for funding for interventions that strengthen health systems within the relevant disease component(s) of their proposal.“³¹¹

Dem durch den GFATM vertretenen Ansatz, der eine Integration von HSS und Capacity Building innerhalb krankheitsspezifischer Förderkomponenten vorsieht, ist entgegenzuhalten, dass mit einer separaten HSS-Förderoption eine weitaus größere Möglichkeit bestehen würde, im Rahmen der Programme den Schwerpunkt auf eine Förderung systemübergreifender Natur zu legen, die explizit den Aufbau von horizontalen Strukturen vorsieht. Der GFATM würde dadurch seine Motivation, verstärkt den Aufbau von lokalen Implementierungsstrukturen zu fördern, unterstreichen.³¹² Daneben ist hervorzuheben, dass mit HSS als integriertem Bestandteil krankheitsspezifischer Programme das Problem unintendierter negativer Nebeneffekte für das Gesundheitssystem als Ganzes oder bei der Durchführung von parallel ablaufenden Förderprogrammen einhergehen kann.³¹³

3.3.2 Zwischenfazit: Ansatz des GFATM als Ausgangspunkt für die Untersuchung des Anteils von Capacity Building innerhalb der Förderprogramme

Das Monthly Progress Update vom 24. April 2008 zeigt, dass für die Runden 1 bis 7 nur weniger als 0,5 Prozent der Gesamtsumme aller bisher vergebenen Fördermittel explizit in HSS als eine nicht-krankheitsspezifische Förderoption geflossen ist.³¹⁴ Dennoch, so führt der GFATM an, fließt auch ohne eigenständige HSS-Förderoption von der Mehrzahl der durch ihn finanzierten krankheitsspezifischen Förderprogramme ein Anteil von 50 Prozent der Fördermittel des jeweiligen Programms in HSS.³¹⁵ Erst kürzlich wurde dies wieder offiziell vom *Director of the strategic policy and performance cluster of the executive management team*, Rifat Atun, auf der Lung Health Conference hervorgehoben.³¹⁶ Der Fokus des GFATM auf HSS sowie die durch den GFATM und seine Mitarbeiter vertretene offizielle Position bezüg-

³¹¹ GFATM (2008a).

³¹² Vgl. WHO (2007b): 11.

³¹³ Vgl. WHO (2007b): 10.

³¹⁴ Der prozentuale Wert von weniger als 0,5 ergibt sich daraus, dass einzig in der fünften Runde eine explizite HSS-Förderoption bestand (vgl. GFATM (2008b)).

³¹⁵ GFATM et al. (2006): 52f.

³¹⁶ Vgl. Global Health Reporting.org (2008).

lich des Anteils der Fördermittel, die im Rahmen der durch den GFATM finanzierten Programme indirekt in HSS und damit auch in Capacity Building fließen, sollen Ausgangspunkt für die folgende Analyse einer Auswahl von durch den GFATM finanzierten Förderprogrammen sein.

Dadurch, dass weitaus umfassendere Maßnahmen unter HSS als unter der relativ engen Definition von Capacity Building aufgeführt werden können³¹⁷, sind durch den GFATM beeindruckendere Zahlen für dessen Engagement in HSS anzugeben, als dies beim Capacity Building möglich wäre. Jedoch ist, wie die Operationalisierung der Variablen der komplexen Performanz gezeigt hat, der im Rahmen von Capacity Building durchgeführte Kapazitätenaufbau ausreichend, um die komplexe Performanz von lokalen Durchführungsinstanzen eines Gesundheitssystems zu garantieren. Folglich erscheint eine Untersuchung des Anteils von Capacity Building zur Beantwortung der eingangs formulierten Forschungsfrage als ausreichend. Eine derartige Herangehensweise ermöglicht darüber hinaus eine differenziertere Betrachtung – in Abgrenzung von den durch den GFATM gemachten Angaben zu dessen Engagement in HSS und damit verbunden in Capacity Building – und Bewertung des Handelns des GFATM im Hinblick auf den Stellenwert eines Aufbaus grundlegender Implementierungsstrukturen im Rahmen seines Förderansatzes.

Abschließend kann angemerkt werden, dass durch die Festsetzung von Capacity Building als Grundlage für die Bekämpfung der drei Krankheiten die notwendige Bedingung für eine langfristige Problembearbeitung in Form eines Kapazitätenaufbaus als in den Förderansatz des GFATM eingegliedert betrachtet werden kann. Folglich kann die, basierend auf den theoretischen Ausführungen formulierte, *Bedingung Nr. 3*³¹⁸, wonach Capacity Building als Notwendigkeit zur effektiven Problembearbeitung festgesetzt wird, als durch den Förderansatz des GFATM theoretisch erfüllt betrachtet werden. Offen bleibt in diesem Zusammenhang jedoch, inwieweit Maßnahmen des Capacity Building im Rahmen der Programmstruktur einzelner Förderprogramme Anwendung finden und in welchem Umfang eine entsprechende Kapazitätenbereitstellung tatsächlich im Rahmen der Förderprogramme nachweisbar ist. Die im Folgenden durchgeführte Datenerhebung soll hierüber Aufschluss geben.

³¹⁷ Vgl. hierzu den umfassenden Charakter der im Monitoring and Evaluation Toolkit aufgeführten Indikatoren, die für HSS (z.B. auch Indikatoren aus dem Bereich „Health Information System and Operational Research“, „Networks and Partnerships“, sowie „Governance and Leadership“) unter den entsprechenden SDA angegeben werden können (vgl. GFATM et al. (2006): 54).

³¹⁸ Bedingung Nr. 3: Wenn es die lokalen Kontextbedingungen erfordern, muss die Förderstrategie durch Maßnahmen des Capacity Building den grundlegenden Aufbau der Implementierungsstruktur innerhalb einer Programmstruktur fördern und unterstützen, um die Implementierungseffektivität und komplexe Performanz der lokalen Durchführungsinstanzen zu garantieren.

3.4 Untersuchungsmethode: Auswertung der Förderprogramme der Region Südasien von Runde 1 bis 6

Die grundlegende These dieser Arbeit und die in diesem Zusammenhang formulierte Forschungsfrage³¹⁹ implizieren eine Untersuchung des Anteils von Capacity Building an den einzelnen Förderprogrammen. Zur Beantwortung der Forschungsfrage soll daher im Rahmen der Datenerhebung und -auswertung untersucht werden, inwieweit innerhalb der durch den GFATM finanzierten Programme ein Aufbau von Implementierungsstrukturen stattfindet.

Mittels der Methode der qualitativen Dokument- und Inhaltsanalyse und anhand der verfügbaren Dokumente wurde unter 3.1.3.1 und 3.3 untersucht, in welchem Umfang Maßnahmen des Capacity Building theoretisch innerhalb des Förderansatzes des GFATM vorgesehen und zulässig sind. In der folgenden Datenerhebung soll nun mit Hilfe quantitativer Mittel untersucht werden, zu welchem Anteil Maßnahmen des Capacity Building tatsächlich im Rahmen der Programmstruktur einzelner krankheitsspezifischer Förderprogramme nachgewiesen werden können. Den in den Förderprogrammen aufgeführten Indikatoren, welche die einzelnen Maßnahmen zur Zielerreichung beschreiben, sind allerdings anhand der verfügbaren Dokumente keine Geldbeträge zuzuordnen. Die einzige Möglichkeit die Forschungsfrage zu beantworten, stellt folglich eine Auswertung der Indikatoren eines Förderprogramms gemäß deren „Charakter“³²⁰ dar; dementsprechend kann für die Beantwortung der Forschungsfrage der Anteil der Indikatoren eines Förderprogramms, der Maßnahmen des Capacity Building beschreibt, bestimmt werden.³²¹ Im Rahmen der Datenerhebung werden die über den Verlauf der Förderrunden 1 bis 6 finanzierten Förderprogramme für die Region Südasien, welche

³¹⁹ Die grundlegende These dieser Arbeit lautet, dass eine nachhaltige Problembearbeitung nur durch lokale Implementierungsstrukturen, welche die Kriterien komplexer Performanz erfüllen, gelingt. Folglich muss die Förderstrategie den Aufbau von derartigen lokalen Implementierungsstrukturen, die einen langfristig nachhaltigen Outcome und Impact bedingen, vorsehen. Die Forschungsfrage, die sich hieraus ergibt und wegweisend für die Datenerhebung und -auswertung ist, lautet: Werden die sehr allgemein formulierten Förderziele des GFATM so in eine Förderstrategie umgesetzt, dass in der Folge durch den gezielten Einsatz von Instrumenten zur Ursachenbearbeitung bzw. Maßnahmen des Capacity Building im Rahmen einer Programmstruktur die Performanz der Implementierungsstrukturen derart beeinflusst wird, dass diese im Ergebnis die Anforderungen der komplexen Performanz erfüllen?

³²⁰ Der „Charakter“ beschreibt die Ausprägung der Variable Indikator in Bezug auf die Kategorie, welcher der jeweilige Indikator in das für die Datenerhebung erstellte Kategorienschema zuzuordnen ist (eine ausführliche Darstellung des Kategorienschemas findet unter 3.4.2 statt).

³²¹ Es bleibt folglich eine offene Frage, ob in Wirklichkeit, wie durch den GFATM hervorgehoben, ein derart hoher Anteil von 50 Prozent der Fördermittel eines Programms in HSS und damit verbunden auch zu einem Anteil in Capacity Building fließt. Auf der Grundlage der öffentlich zugänglichen Dokumente ist diese Angabe nicht nachprüfbar, da auf der Homepage des GFATM nicht zu allen Förderprogrammen Dokumente, die eine exakte Nachprüfung zulassen, wie viel Geld für was im Rahmen eines Programms vorgesehen ist bzw. ausgegeben wurde, zugänglich sind.

nach der Einteilung des GFATM die Länder Afghanistan, Bangladesch, Bhutan, Indien, Iran, die Malediven, Nepal, Pakistan und Sri Lanka umfasst, untersucht.³²²

Die Relevanz der Region Südasiens

Die Region Südasiens, in der ein großer Teil der armen Weltbevölkerung lebt, weist als Region enorme Probleme im Gesundheitsbereich auf und stellt neben Afrika das am schlimmsten von den drei Infektionskrankheiten betroffene Gebiet dar. In Bezug auf die Krankheiten HIV/AIDS, TB und Malaria ist zu beobachten, dass die HIV-Infektionsrate in städtischen und industrialisierten Regionen Südasiens sehr hoch ist und das Virus sich dort immer schneller verbreitet. In direktem Zusammenhang damit steht die Zahl der TB-Erkrankungen, da mit dem Ausbruch von AIDS oftmals eine Erkrankung an TB einhergeht; des Weiteren finden TB und Malaria als armutsbedingte Infektionskrankheiten gerade unter der armen Bevölkerung in der Region eine weite Verbreitung und die Gesundheitsversorgung v.a. in abgelegeneren Regionen stellt ein enormes Problem dar. In der Region Südasiens besteht daher die dringende Notwendigkeit von lokaler Ursachenbearbeitung und folglich ein gesteigerter Bedarf eines Aufbaus von effektiven Durchführungsinstanzen durch eine Kapazitätenbereitstellung im Sinne von Capacity Building zur effektiven Problembearbeitung. Gemäß dem Forschungsinteresse der Arbeit ist die Region Südasiens demzufolge näher zu betrachten und für die Auswahl der in die Datenerhebung eingegangenen Förderprogramme bestimmend.

3.4.1 Untersuchungsdesign

Durch die qualitativen Verfahren der Dokument- und Inhaltsanalyse konnten im ersten Teil der Arbeit Handlungs- und Interaktionsmuster im Bereich von Global Governance und Global Public Health sowie diverse Typen von PPP, unterschiedliche Dimensionen von Effektivität, Anforderungen zur erfolgreichen Implementation sowie eine Definition des Begriffs Capacity Building für den Kontext der Analyse bestimmt werden. Basierend auf den formulierten theoretischen Grundlagen konnten Bedingungen abgeleitet und Variablen für die weitere Analyse spezifiziert werden. Mit Hilfe einer qualitativen Dokument- und Inhaltsanalyse konnten die Bedingungen als theoretisch im Förderansatz des GFATM eingegliedert und die Annahmen

³²² Die Untersuchung der Grundgesamtheit aller Förderprogramme ist aufgrund der hohen Zahl von Förderabkommen und der mangelnden Verfügbarkeit von Dokumenten für später beginnende Runden (Runde 7 und Runde 8) im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Aus diesem Grund wird exemplarisch die zu untersuchende Erhebungseinheit der Förderprogramme der Region Südasiens über den Verlauf der Förderrunden 1 bis 6 gewählt.

als durch die Förderstrategie theoretisch bestätigt betrachtet werden. Im Folgenden sollen die Bedingungen nun durch die Instrumente der quantitativen Sozialforschung überprüft werden und wenn möglich soll eine Beantwortung der Forschungsfrage erfolgen.

*Datenerhebung*³²³

Im Rahmen einer Frequenzanalyse, als besondere Form der quantitativen Inhaltsanalyse, soll untersucht werden, zu welchem Anteil Capacity Building innerhalb der Programmstruktur der durch den GFATM finanzierten Förderprogramme bzw. der einzelnen Förderrunden stattfindet (von Interesse ist also die Häufigkeit des Auftretens von Indikatoren, die Maßnahmen des Capacity Building beschreiben). Die Datenerhebung soll auf den durch den GFATM öffentlich zur Verfügung gestellten Dokumenten basieren. Die Erhebungseinheit³²⁴ stellen hierbei die 49 Grant Performance Reports (welche 579 Indikatoren umfassen) für die Region Südasien und die Förderrunden 1 bis 6 dar.³²⁵ Zum Zweck der Datenauswertung ist innerhalb der Grant Performance Reports insbesondere die Auflistung der einzelnen Indikatoren, die Maßnahmen zur Zielerreichung beschreiben, für die Analyse von Interesse. Diese stellen im Rahmen der Datenerhebung die relevante Zählereinheit dar und werden bei der Frequenzanalyse hinsichtlich ihrer Ausprägung erhoben. Im Verlauf der Erhebung werden dabei die Datenträger gemäß ihrer Ausprägung den einzelnen Kategorien eines Kategorienschemas (welches sieben Kategorien umfasst) zugeordnet, um im nächsten Schritt der Datenauswertung eine Häufigkeitsverteilung (absolut/relativ) der Indikatoren pro Programm bzw. Runde erfassen zu können. Auf Grundlage der Aussageeinheit – die Anzahl der Indikatoren, die in die Kategorie Capacity Building des Kategorienschemas fällt – werden schließlich nach der Durchführung der Erhebung die Forschungsergebnisse formuliert.

Die Zählereinheit der Indikatoren

Die Zählereinheit der Indikatoren stellt ein wichtiges Element von performance-based funding dar und erlaubt, im Rahmen eines funktionierenden Monitoring- und Evaluationssystems

³²³ Die folgenden Ausführungen zum methodischen Vorgehen beziehen sich auf Behnke et al. (2006) und Diekmann (2004).

³²⁴ Zur Darstellung der unterschiedlichen Ebenen von Analyseeinheiten vgl. Behnke et al. (2006): 282f.

³²⁵ Die Dokumentform der Grant Performance Reports liefert allgemeine Informationen zu den einzelnen Programmen und umfasst eine Programmbeschreibung, Kontextinformationen und Schlüsselinformationen bezüglich der Durchführung sowie Effizienz und Effektivität der Programme. Als laufend aktualisierte Dokumente geben sie Auskunft über den Verlauf der Programme, deren Zielerreichung und die bisherige Verwendung des Budgets und stellen somit einen wichtigen Bestandteil im System von performance-based funding dar (vgl. GFATM et al. (2006): 19). Die Grant Performance Reports stellen zum Zweck der Datenerhebung das adäquateste öffentlich zugängliche Dokument dar, da sie anders als die Förderanträge (Grant Proposals) und Förderab-

anhand einer Überprüfung, inwieweit das Ziel eines Indikators erreicht worden ist, Erfolgskontrolle innerhalb eines Förderprogramms.³²⁶ Angaben über die Effizienz und Effektivität eines Programms hängen folglich davon ab welche Aussagen anhand eines Abgleichs der erreichten Ergebnisse mit den Zielen für den Bereich der Dienstleistungserbringung formuliert werden können. Ein Förderprogramm hat in der Regel ein oder zwei allgemeine Ziele (program goals), welche jeweils bestimmte Zielsetzungen (program objectives) definieren, die wiederum unterschiedliche Bereiche der Dienstleistungserbringung (Service Delivery Area) umfassen; gemäß dem Grad der Zielerreichung werden diese Bereiche der Dienstleistungserbringung durch Indikatoren (Input-, Process- und Output-Indicators) bewertet.³²⁷

„A program has one or two goals. Each goal has an objective, each objective includes several Service Delivery Areas, and each SDA is evaluated on one or more indicators.“³²⁸

Hinsichtlich einer Standardisierung der Indikatoren kann angeführt werden, dass der GFATM zur Formulierung der Förderprogramme keine eigenen Indikatoren entwickelt hat, sondern sich auf die im *Monitoring and Evaluation Toolkit* aufgeführten Indikatoren bezieht.³²⁹ Zudem wurde durch den GFATM eine Liste von *Top Ten Indicators for routine Global Fund reporting* mit Indikatoren die Standardleistungen eines Gesundheitssystems im Rahmen der durchgeführten Programme beschreiben, herausgegeben, die im Falle einer entsprechenden Dienstleistungserbringung herangezogen werden sollten.³³⁰ Jedoch ist die Verwendung von Indikatoren nicht auf die in den Listen aufgeführten Formulierungen beschränkt und der Gebrauch von eigens im Zusammenhang mit dem Förderprogramm festgelegten Indikatoren wird durch den GFATM unterstützt:

„In deciding on a set of indicators, countries are *not* limited to the core list presented in this toolkit and should report *only on a limited set of indicators* from this toolkit. The choice of indicators

kommen (Grant Agreements) die für die Erhebung notwendigen Informationen, in Form einer genauen Auflistung der Indikatoren, bereitstellen.

³²⁶ Eine Erläuterung soll an einem konkreten Beispiel erfolgen: Der Indikator Nr. 2.6 des srilankischen TB-Förderprogramms der ersten Runde (SRL-102-G03-T-00) lautet: „No. of general practitioners trained“. Für diesen Indikator wird ein numerischer Wert, der innerhalb einer bestimmten Zeitperiode erreicht werden soll, festgesetzt, z.B. 50 in Periode 1. Anhand dieses festgesetzten Ziels kann nach dem Ablauf von Periode 1 überprüft werden, inwiefern dieses Ziel erreicht worden ist.

³²⁷ Wie durch den GFATM angeführt, sollten die Indikatoren pro SDA jeweils die Bereiche von „people reached by services“, „service points supported“ und „people trained“ abdecken; der Richtwert für PBF sind fünf bis zehn Schlüsselindikatoren und 15 Indikatoren insgesamt pro Förderprogramm (vgl. GFATM et al. (2006): 20).

³²⁸ GFATM et al. (2006): 21.

³²⁹ Das Monitoring and Evaluation Toolkit wurde in Zusammenarbeit mit den Partnern WHO, Weltbank, UNICEF, UNAIDS, USAID, US Department of State, OGAC, CDC und MEASURE Evaluation erstellt. Darin finden sich Beispiele für Indikatoren im Bereich von HIV/AIDS, TB, Malaria und HSS die unter den entsprechenden SDA im Rahmen der krankheitsspezifischen Förderprogramme eingebracht werden können. Mit Hilfe einer solchen Standardisierung von verwendeten Indikatoren unter Partnern und Empfängerländern soll einerseits die Grundlage für höhere Vergleichbarkeit, verbesserte Kommunikation und eine koordinierte Handlungsweise unter den verschiedenen Geber-Institutionen sowie den Ministerien auf nationaler Ebene gelegt und andererseits der Gebrauch von parallel existierenden Berichtssystemen weitestgehend vermieden werden.

³³⁰ Vgl. Anhang 5: Top Ten Indicators for routine Global Fund reporting.

should be driven by the goals and objectives of the national program or project.“³³¹ (Hervorhebung im Original)

Aus diesem Grund ist anzumerken, dass die erhobenen Indikatoren von Förderprogramm zu Förderprogramm einen mehr oder weniger stark voneinander abweichenden Charakter aufweisen und keine Liste mit einer begrenzten Anzahl von verwendeten und im Zuge der Datenerhebung ausgewerteten Indikatoren bereitgestellt werden kann.³³²

Daneben werden die Indikatoren in den Grant Performance Reports durch den GFATM jeweils einer von vier Ebenen zugeordnet: *Level 0-Process/Activity Indicator*, *Level 1-People trained*, *Level 2-Service Points supported* und *Level 3-People reached*.³³³ Im Zuge der Datenerhebung soll neben der Häufigkeitsverteilung der Indikatoren außerdem untersucht werden, inwieweit eine Differenz zwischen der Einteilung der Indikatoren in die unterschiedlichen Ebenen und der Zuordnung der Indikatoren in die entsprechenden Kategorien des Kategorienschemas festgestellt werden kann. Konkret soll dabei überprüft werden, inwiefern der GFATM dieselben Indikatoren unter *Level 1-People trained* und *Level 2-Service Points supported* fasst, die im Rahmen der Erhebung in die Kategorie Capacity Building fallen und ebenso Indikatoren, die dem *Level 3-People reached* zugeordnet werden, in die Kategorie Impact, Behandlung und Prävention fallen. Ein derartiger Abgleich soll Klarheit darüber verschaffen, inwiefern sich die Klassifikation und Herangehensweise des GFATM von der Methode der durchgeführten Datenerhebung unterscheidet.

Vollständigkeit der Daten

Hinsichtlich der Vollständigkeit der zur Datenerhebung benötigten Daten muss angemerkt werden, dass der Grant Performance Report eines Förderprogramms auf der Homepage des GFATM nicht verfügbar war. Dabei handelt es sich um ein bhutanisches HIV-Förderprogramm der sechsten Runde (BTN-607-G03-H). Die Indikatoren aus diesem Förderprogramm stellen fehlende Werte dar und konnten nicht in die Datenerhebung und -auswertung eingehen.

³³¹ GFATM et al. (2006): 15.

³³² Im Anhang 6 findet sich zum Zweck der Nachvollziehbarkeit der Erhebungsmethode eine Auflistung aller erhobenen Indikatoren mit zugehöriger Zielsetzung und SDA.

³³³ Vgl. hierzu ebenso die Auflistung aller Indikatoren mit zugehörigen Ebenen im Anhang 6.

Nachvollziehbarkeit der Untersuchungsmethode

Zum Zweck der Nachvollziehbarkeit der durchgeführten qualitativen Dokument- und Inhaltsanalyse, aus welcher die Formulierung der theoretischen Grundlagen im ersten Teil der Arbeit hervorging, ist anzuführen, dass eine vollständige Auflistung der herangezogenen Literatur im Literaturverzeichnis der Arbeit vorliegt. Hinsichtlich der im zweiten Teil der Arbeit verwendeten Daten ist zu erwähnen, dass die Informationen, die zur qualitativen Überprüfung der Bedingungen, der Darstellung des GFATM generell und dessen Ansatz bezüglich HSS und Capacity Building herangezogen wurden, auf öffentlich zugänglichen Dokumenten, die auf der Homepage des GFATM bereitgestellt werden, basieren. Eine Auflistung der relevanten Internetadressen findet sich entsprechend im Literaturverzeichnis.³³⁴ Die zum Zweck der Datenerhebung ausgewerteten Grant Performance Reports sind ebenso auf der Homepage des GFATM zugänglich. Um die Nachprüfbarkeit der in Form einer Frequenzanalyse durchgeführten quantitativen Inhaltsanalyse zu gewährleisten, sind im Anhang die im Zuge der Datenerhebung erstellten Tabellen mitsamt der ausgewerteten Indikatoren enthalten.

Gütekriterien der Messung

Die Objektivität der Analyse soll durch die Möglichkeit der Nachprüfbarkeit garantiert werden. Bezüglich der Auswertungsobjektivität ist anzuführen, dass die Auswertung der Indikatoren gemäß der auf den theoretischen Grundlagen aufbauenden Definition von Capacity Building und dem erstellten Kategorienschema und damit nicht nach subjektiven Standards erfolgt ist.³³⁵ Bezüglich der Reliabilität der Messung wurde die Test-Retest-Methode angewandt, um Reliabilität zu gewährleisten. Zu diesem Zweck wurde die Erhebung im Hinblick auf die Verlässlichkeit der Einordnung der Indikatoren ein zweites Mal durchgeführt. Im Rahmen der durchgeführten Frequenzanalyse wird zur Beantwortung der Forschungsfrage der Anteil an Indikatoren der einzelnen Förderprogramme, der Maßnahmen des Capacity Building darstellt, gemessen. Mit dem Messverfahren wird somit die Eigenschaft gemessen, die erhoben werden soll. Damit soll eine Aussage bezüglich des prozentualen Anteils von Capacity Building an den einzelnen Förderprogrammen und -runden und folglich über den Stellenwert einer entsprechenden Kapazitätenbereitstellung im Rahmen der Programmstruktur mög-

³³⁴ Hierbei soll auf ein Problem hingewiesen werden: Die Datenerhebungsphase beschreibt den Zeitraum vom 1.10.2008 bis zum 31.03.2009. Im Dezember 2008 stellte der GFATM seine Homepage um, wobei eine große Anzahl der im Literaturverzeichnis angegebenen Links auf Recherchen vor der Homepage-Umstellung basiert. Die Nachvollziehbarkeit der Untersuchungsmethode sollte darunter nicht leiden, jedoch kann der Fall auftreten, dass im Zuge der weiteren Anpassung der Homepage einige der im Literaturverzeichnis aufgeführten Links nicht länger zugänglich sind und kein anderer Zugang zu den Dokumenten gefunden werden kann.

³³⁵ Zu den unterschiedlichen Dimensionen des Begriffs der Objektivität vgl. Behnke et al. (2006): 115f.; Diekmann (2004): 216.

lich sein. Die strukturierte quantitative Inhaltsanalyse erscheint somit als valides Messinstrument (welches die Anforderungen der Inhaltsvalidität erfüllt³³⁶) für die Messung des Anteils von Capacity Building (nach Indikatoren) an den einzelnen Förderprogrammen auf der Grundlage der Auswertung der in den Grant Performance Reports angeführten Indikatoren.³³⁷ Folglich erfüllt die im Rahmen der Analyse durchgeführte Datenerhebung die Anforderungen der Objektivität, Reliabilität und Validität.

3.4.2 Datenerhebung: Kategorienschema zur Erfassung der Indikatoren

Das zur Datenerhebung erstellte Kategorienschema besteht aus sieben Kategorien und erfasst alle inhaltlich relevanten Aspekte.³³⁸ Die Kategorien, welchen die einzelnen Indikatoren der Grant Performance Reports zugeordnet werden, sind folgende: Capacity Building; Impact, Behandlung und Prävention; Governance und strategische Führung; Gesundheitssystem; Partnerschaften und Netzwerke; Programmmanagement sowie Beschaffung von Gebrauchsgegenständen und Verbrauchsgütern. Im Folgenden werden die einzelnen Kategorien des Kategorienschemas und deren Definitionsbereich genauer dargestellt:

- *Capacity Building (CB):*

Die erste Kategorie umfasst die Indikatoren, die Maßnahmen des Capacity Building und damit ursachenadäquate Instrumente zur Problembearbeitung beschreiben. Die Kategorie setzt sich aus den Elementen der Definition von Capacity Building, einem Kapazitätsaufbau in den Bereichen personelle Ressourcen, Infrastruktur und Wissen/Know-How, zusammen. Den ersten Aspekt dieser Kategorie stellt eine Kapazitätenbereitstellung im Bereich der personellen Ressourcen dar: Ziel ist ein Anstieg der Zahl qualifizierter Arbeitskräfte im Gesundheitsbereich (aber auch anderen Bereichen, die die Funktionen der Prävention, Pflege und Behandlung erfüllen, wie z.B. der Bildungssektor) durch Ausbildung und Neueinstellungen. Die Kapazitätenbereitstellung in diesem Bereich bezieht sich

³³⁶ Es existieren im Wesentlichen drei Formen der Validität: Inhaltsvalidität, Kriteriumsvalidität und Konstruktvalidität. Die hier angeführte Inhaltsvalidität besteht, „wenn alle relevanten Dimensionen des theoretischen Konzepts durch das Messinstrument abgebildet werden“ (Behnke et al. (2006): 120; vgl. auch Diekmann (2004): 224).

³³⁷ Für eine genauere Darstellung der Gütekriterien der Messung vgl. Behnke et al. (2006): 115ff.; Diekmann (2004): 216ff.

³³⁸ Das Kategorienschema wurde mit Hilfe eines Pretest entwickelt und überprüft. Dazu wurde eine Auswahl von Grant Performance Reports sowie das Monitoring and Evaluation Toolkit (GFATM et al. (2006)) herangezogen. Die Kategorien wurden im Verlauf des Pretest modifiziert und das Kategorienschema erfüllt in seiner aktuellen Form die formalen Anforderungen der Eindimensionalität, Vollständigkeit und Überschneidungsfreiheit; des Weiteren sind die Kategorien voneinander unabhängig (vgl. Behnke et al. (2006): 284).

damit primär auf den Ausbildungs-, Schulungs- und Einstellungsaspekt und die Maßnahmen, die dazu notwendig sind. Der zweite Aspekt der Kategorie bezieht sich auf die Indikatoren, die eine Kapazitätenbereitstellung im Infrastruktur- und Technologiebereich beschreiben. Darunter fallen Maßnahmen, die den Aufbau einer grundlegenden physischen Infrastruktur, welche zur Nutzung während und nach der Laufzeit des Förderprogramms Bestand hat wie z.B. die Bereitstellung von Räumlichkeiten (Krankenhäuser, Labore, Beratungszentren etc.), Geräten (z.B. Mikroskope) und technischer Ausstattung (z.B. Computer). Der dritte Aspekt dieser Kategorie umfasst die Indikatoren, die sich auf eine Kapazitätenbereitstellung im Bereich der intellektuellen Ressourcen in Form der Vermittlung von Wissen und Know-How beziehen, um so ein Informationsdefizit auszugleichen und Nachhaltigkeit durch Selbstständigkeit zu garantieren.

- *Impact, Behandlung und Prävention (IBP):*

Diese Kategorie kann als die „resultatorientierteste“ der Kategorien betrachtet werden: sie erfasst diejenigen Indikatoren, die eine Messung des Impact und Umfangs zulassen, zu welchem das Förderprogramm in positiver Weise die Bevölkerung (generell und Risikogruppen bzw. Betroffene der Krankheit) durch Diagnostik, Behandlung, Bewusstseinsbildung und präventive Maßnahmen beeinflusst hat.³³⁹ Hierunter fallen Indikatoren bzw. Maßnahmen wie z.B. die Anzahl durchgeführter HIV-Tests, Betroffener, die Medikamente erhalten, entdeckter Krankheitsfälle, der Personen, die im Rahmen von Seminaren oder anderen Aktivitäten (welche eine Verhaltensänderung zum Ziel haben) Aufklärung erhalten, verteilter Kondome und Moskitonetze sowie die Erneuerung des chemischen Schutzes von Moskitonetzen und die Produktion und Verteilung von Informationsmaterial in Form von Informationsbroschüren, Fernseh- und Radiospots.³⁴⁰

- *Governance und strategische Führung (GOV):*

Die dritte Kategorie umfasst den Bereich von Governance und strategischer Führung. Dieser Kategorie werden Indikatoren zugeordnet, die Bestrebungen widerspiegeln, welche die

³³⁹ Die Elemente Behandlung und Prävention/Bewusstseinsbildung werden im Rahmen des Kategorienschemas innerhalb einer Kategorie zusammengefasst, da beide Komponenten den Impact bedingen: Vorbeugung muss als notwendige Bedingung stattfinden, um eine Verbesserung der Problemlage zu erreichen. Prävention zählt nicht zur Behandlung einer Krankheit aber führt zur Verhinderung von Krankheiten; Prävention stellt somit eine notwendige Bedingung für die Verbesserung der Problemstruktur dar (vgl. Holland/Fitzsimons (1991): 606; Lele et al. (2005): 26: „Prevention of HIV/AIDS calls for fundamental changes in human behavior, including sexual practices. Treatment can control but not cure the disease, and sufferers need it indefinitely. Moreover, the impact of treatment on prevention is unclear and controversial“).

³⁴⁰ Dies setzt die Annahme voraus, dass die Moskitonetze dem Besitz von Personen zuzurechnen sind; ebenso wird vorausgesetzt, dass letztlich Personen das Informationsmaterial erhalten bzw. durch die Fernseh- und Radiospots erreicht werden.

Beeinflussung der politischen Praxis zum Ziel haben. Als Beispiele hierfür sind erlassene Richtlinien und konkrete politische Strategien zur Bekämpfung der drei Infektionskrankheiten sowie bewusstseinsbildende Maßnahmen für die Gruppe von Politikern, Meinungsführern, Beamten und Funktionären durch Informationsveranstaltungen speziell für diesen Personenkreis zu nennen.

- *Gesundheitsinformationssystem (INF):*

Unter die Kategorie Gesundheitsinformationssystem fallen diejenigen Indikatoren, welche die Messung der Performanz bzw. Handlungsfähigkeit eines Gesundheitssystems – unter dem Einfluss eines Förderprogramms in Bezug auf dessen Potential in effektiver und effizienter Weise die betreffende Krankheit zu bekämpfen – anhand von Beobachtung, Kontrolle und Evaluierung zum Ziel haben.

- *Partnerschaften und Netzwerke (P/N):*

Die fünfte Kategorie umfasst den Bereich der Partnerschaften und Netzwerke und bezieht sich auf Indikatoren, die das Ausmaß beschreiben, zu welchem sich Partnerschaften zwischen NGO, privaten Ärzten sowie privaten Institutionen der Gesundheitsversorgung, Ministerien, Gemeindeorganisationen und anderen Institutionen zur Zusammenarbeit, v.a. im Hinblick auf die Finanzierung von Maßnahmen und zum Zweck der Dienstleistungserbringung, entwickelt und institutionalisiert haben.

- *Programmmanagement (PM):*

Die sechste Kategorie des Programmmanagement erfasst Indikatoren, die den Umfang darstellen, zu welchem Richtlinien, Protokolle etc., welche bei der Implementation des Förderprogramms behilflich sein sollen, entwickelt und verwendet werden.

- *Beschaffung von Gebrauchsgegenständen und Verbrauchsgütern (BGV):*

Die siebte Kategorie bezieht sich auf diejenigen Indikatoren, die eine Anschaffung und Finanzierung von Gebrauchsgegenständen und Verbrauchsgütern, v.a. im medizinischen Bereich (z.B. Medikamente, Diagnosetests oder auch Moskitonetze die an NGO-Partner geliefert wurden), beschreiben.

Aufgrund des resultatorientierten Förderansatzes des GFATM ist zu erwarten, dass im Zuge der Durchführung der Datenerhebung ein Großteil der Indikatoren eines Förderprogramms der Kategorie Impact, Behandlung und Prävention zuzuordnen sein wird. Allerdings fließt

laut der durch den GFATM gemachten Angaben ein Anteil von 50 Prozent der Finanzmittel eines Programms in Maßnahmen mit dem Ziel von HSS, wobei diese Angabe leider nicht nachgeprüft werden kann. Bei der Einordnung der Indikatoren in das Kategorienschema ist damit von Interesse, welche Häufigkeitsverteilung der Indikatoren sich ergibt und wie hoch der Anteil an Indikatoren der Förderprogramme, der Maßnahmen des Capacity Building beschreibt und damit der Kategorie Capacity Building zuzuordnen ist, ist.

3.4.3 Probleme bei der Datenerhebung

Bei der Datenerhebung sind unterschiedliche Probleme, die auf die Datenlage zurückzuführen sind, aufgetreten. Im Hinblick auf die Objektivität und Aussagekraft der Studie erscheint eine kritische Betrachtung der Datenlage und der Implikationen, die sich aus der Qualität der vorhandenen Daten für die Datenerhebung und -auswertung ergeben, als notwendig.

Es wurde versucht, die Datenerhebung nach Möglichkeit objektiv durchzuführen, um Durchführungsobjektivität weitestgehend zu gewährleisten. Dennoch konnte ein gewisser Grad an Subjektivität auch nach der Durchführung eines Retest nicht vollständig ausgeschlossen werden. Das Problem stellt sich v.a. bei der Einordnung der Indikatoren in das Kategorienschema. Das Kategorienschema wurde anhand eines Pretest entwickelt und überprüft und erfüllt die formalen Anforderungen der Eindimensionalität, Vollständigkeit, Überschneidungsfreiheit und Unabhängigkeit, wobei jedoch bei der Einordnung mancher Indikatoren Zuordnungsprobleme aufgetreten sind. Diese ergeben sich weniger aus der Qualität des Kategorienschemas als vielmehr aus einem Mangel an Eindeutigkeit der einzuordnenden Indikatoren: Eine geringe Anzahl von Indikatoren kann aufgrund ihres ambivalenten Charakters in zwei oder mehr Kategorien eingeordnet werden.³⁴¹ Des Weiteren ist der Charakter mancher Indikatoren aufgrund sprachlicher Unklarheiten und Mängel in der Formulierung nicht klar zu bestimmen und daher nicht eindeutig unter eine Kategorie zu fassen gewesen (die Ursache hierfür liegt vermutlich in der Tatsache, dass die Grant Performance Reports in englischer Sprache verfasst sind und in manchen Fällen ein Formulierungs- bzw. Übersetzungsproblem besteht). Der Einwand, dass dies an einem Mangel an Überschneidungsfreiheit des Katego-

³⁴¹ Vgl. hierzu als Beispiel einen Indikator aus dem iranischen HIV-Förderprogramm der zweiten Runde (IRN-202-G01-H-00), Indikator Nr. 2.3: „Number of IDUs (Anm. Intravenous Drug Users) reached by peer education and training or trainers sessions on HIV/AIDS prevention“. Aufgrund des uneindeutigen, ambivalenten Charakters ist keine eindeutige Einordnung in das Kategorienschema möglich. Der Indikator könnte auf der einen Seite aufgrund des Aufklärungs-/Präventionsaspekts in die Kategorie IBP, auf der anderen Seite aufgrund des Training-Aspekts ebenso in die Kategorie CB eingeordnet werden (bei der Zuordnung wurde entschieden, dass der Aufklärungs-/Präventionsaspekt überwiegt und der Indikator der Kategorie IBP zugeordnet wird, was jedoch als äußerst subjektive Vorgehensweise bewertet werden kann).

rienschemas liegt, kann angeführt werden, jedoch wäre das Resultat der Alternative weiter gefasster Kategorien (z.B. durch ein Zusammennehmen von zwei oder mehr Kategorien, in welche ambivalente Indikatoren eindeutig zuzuordnen gewesen wären) allumfassende Kategorien, die bei der Auswertung keine klaren Ergebnisse hervorbringen und keine differenzierte Betrachtung zulassen. Es besteht die Vermutung, dass mit dem dargestellten Problem der Unsicherheit bei der Zuordnung mancher Indikatoren aufgrund der Differenziertheit des Kategorienschemas in der Folge ein genaueres Ergebnis einhergeht. Dieser „Trade-off“ zwischen einer geringen Anzahl von Indikatoren, bei denen Unklarheit in der Zuordnung besteht, und einem differenzierteren Kategorienschema soll in der Hoffnung, im Rahmen der Auswertung auf der Grundlage des verwendeten Kategorienschemas präzisere Aussagen treffen zu können, in Kauf genommen werden.

3.4.4 Ergebnisse der Auswertung: Verteilung der Indikatoren

Basierend auf den Ergebnissen der durchgeführten Datenerhebung soll zunächst dargestellt werden, wie hoch der prozentuale Anteil der Indikatoren je Förderprogramm ist, der auf die Kategorie Capacity Building (CB)³⁴² entfällt (gemessen an der Gesamtsumme der Indikatoren pro Förderprogramm bzw. Runde). Überprüft werden kann dann, ob auf Grundlage der Ergebnisse der Datenerhebung und -auswertung über den Verlauf der Förderrunden ein Trend hin zu einem verstärkten oder rückläufigen Engagement des GFATM in Capacity Building feststellbar ist.

Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB pro Förderprogramm

Die Abbildung des Anteils von Maßnahmen des Capacity Building der untersuchten Programme erfolgt anhand der Darstellung des prozentualen Anteils der Indikatoren, der pro Förderprogramm auf die Kategorie CB entfällt.

³⁴² In den folgenden Kapiteln 3.4.4, 3.4.5 und 3.4.6 wird die Kategorie Capacity Building mit CB abgekürzt.

Tabelle 3: Anteil an Indikatoren in der Kategorie CB der einzelnen Förderprogramme³⁴³

Nummer	Programm	Indikatoren insgesamt	Indikatoren in der Kategorie Capacity Building	Anteil der Indikatoren in der Kategorie Capacity Building gemessen an der Anzahl der Indikatoren insgesamt (in Prozent)
1	AFG-202-G01-I-00	22	11	50,00
2	AFG-405-G02-T	11	5	45,45
3	AFG-506-G03-M	13	8	61,54
4	BAN-202-G01-H-00	13	7	53,85
5	BAN-304-G02-T	12	3	25,00
6	BAN-304-G03-T	15	7	46,67
7	BAN-506-G04-T	11	3	27,27
8	BAN-506-G05-T	17	6	35,29
9	BAN-607-G06-M	13	5	38,46
10	BAN-607-G07-M	13	6	46,15
11	BAN-607-G08-H	12	3	25,00
12	BTN-405-G01-M	14	5	35,71
13	BTN-405-G02-T	10	5	50,00
14	BTN-607-G04-T	14	8	57,14
15	IDA-102-G01-T-00	10	5	50,00
16	IDA-202-G02-H-00	8	2	25,00
17	IDA-202-G03-T-00	13	4	30,77
18	IDA-304-G04-C	9	3	33,33
19	IDA-405-G05-H	9	5	55,56
20	IDA-405-G06-H	8	3	37,50
21	IDA-405-G07-M	12	6	50,00
22	IDA-405-G08-T	12	5	41,67
23	IDA-607-G09-T	11	4	36,36
24	IDA-607-G10-H	4	1	25,00
25	IDA-607-G11-H	13	6	46,15
26	IDA-607-G12-H	10	2	20,00
27	IRN-202-G01-H-00	22	7	31,82
28	MDV-607-G01-H	15	6	40,00
29	NEP-202-G01-H-00	13	8	61,54
30	NEP-202-G02-M-00	8	4	50,00
31	NEP-405-G03-T	11	7	63,64
32	NEP-202-G04-M-00	6	1	16,67
33	NEP-202-G05-H-00	11	3	27,27
34	PKS-202-G01-H-00	12	6	50,00
35	PKS-202-G02-M-00	10	7	70,00
36	PKS-202-G03-T-00	11	5	45,45
37	PKS-304-G04-M	14	7	50,00
38	PKS-304-G05-T	14	4	28,57
39	PKS-607-G06-T	9	3	33,33
40	PKS-607-G07-T	18	10	55,56
41	SRL-102-G01-M-00	8	5	62,50
42	SRL-102-G02-M-00	6	2	33,33
43	SRL-102-G03-T-00	16	9	56,25
44	SRL-102-G04-T-00	6	4	66,67
45	SRL-405-G05-M	11	6	54,55
46	SRL-405-G06-M	7	1	14,29
47	SRL-607-G07-T	17	5	29,41
48	SRL-607-G08-T	12	6	50,00
49	SRL-607-G09-H	13	7	53,85

Quelle: eigene Darstellung.

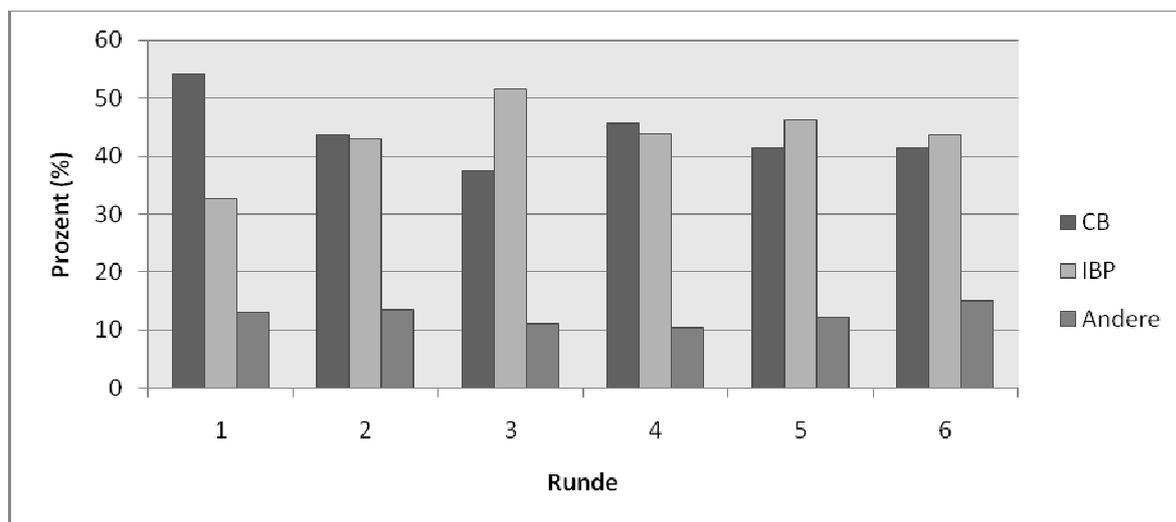
³⁴³ Die Darstellung der einzelnen Förderprogramme erfolgt gemäß der offiziellen Darstellung in Form von Codes. Dabei stellen die ersten drei Buchstaben den jeweiligen Landescode dar, die erste Zahl der darauf folgenden Nummernkombination gibt die Förderrunde an, der dritte Wert in Form einer Buchstaben-Nummernkombination die Programmnummer (Grant number) und der letzte Buchstabe beschreibt die Förderkomponente (M = Malaria; H = HIV/AIDS; T = TB; C = HIV/TB und I = Integrated) (der Zahlenzusatz 00, den einzelne Programme besitzen, besitzt keine Relevanz und wird im Verlauf der Analyse nicht weiter beachtet); z.B. steht IDA-405-G07-M für das indische Malaria-Programm mit der Nummer G07 der vierten Förderrunde.

Erkennbar ist, dass der prozentuale Anteil der Indikatoren, der auf die Kategorie CB entfällt, je nach Förderprogramm stark variiert: das srilankische Malaria-Programm der vierten Runde (SRL-405-G06-M) weist mit 14,29 Prozent den niedrigsten Wert, das pakistanische Malaria-Programm der zweiten Runde (PKS-202-G02-M-00) mit 70 Prozent den höchsten Wert auf; der prozentuale Anteil der Indikatoren im Bereich von CB der restlichen in die Erhebung eingegangenen Programme befindet sich zwischen diesen beiden Werten. Wegen der Unübersichtlichkeit aufgrund der hohen Anzahl an in die Erhebung eingegangenen Programmen sollen nun die einzelnen Förderrunden betrachtet werden, um so verwertbarere Ergebnisse für die Analyse erzielen zu können.

Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB pro Förderrunde

Zur Veranschaulichung des Anteils von Maßnahmen des Capacity Building über den Verlauf der einzelnen Förderrunden hinweg soll aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht der Anteil der Indikatoren aller sieben Kategorien des Kategorienschemas dargestellt werden. Die graphische Darstellung der Ergebnisse wird sich deshalb nur auf die Kategorien CB, Impact, Behandlung und Prävention (IBP) sowie die Kategorie „Andere“, welche die restlichen fünf Kategorien zusammenfasst, beschränken.³⁴⁴ Auf Grundlage der durchgeführten Datenerhebung hat sich folgende Indikatorenverteilung über die sechs Förderrunden hinweg ergeben:

Abbildung 1: Prozentualer Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB pro Förderrunde³⁴⁵



Quelle: eigene Darstellung.

³⁴⁴ Die Beschränkung auf die drei Kategorien erfolgt gemäß des Forschungsinteresses am Anteil von Maßnahmen des Capacity Building im Rahmen der Programmstruktur der durch den GFATM finanzierten Förderprogramme. Aufgrund des resultatorientierten Charakters des GFATM ist IBP als eigene Kategorie darzustellen und im direkten Vergleich zu der Kategorie CB zu sehen. Die anderen fünf Kategorien können bei dieser Darstellung zusammengefasst werden. Im Anhang finden sich die entsprechenden Tabellen, die eine Verteilung der Indikatoren auf alle sieben Kategorien darstellen.

³⁴⁵ Gemessen an der Gesamtsumme der Indikatoren pro Förderrunde.

Die Verteilung der Indikatoren auf die unterschiedlichen Kategorien zeigt, dass der resultatorientierte Charakter des GFATM, welcher sich in der Kategorie IBP widerspiegelt, durch die Erhebung bestätigt wird und ein Großteil der Indikatoren über die einzelnen Förderrunden hinweg dieser Kategorie zuzurechnen ist (wobei in der dritten Runde die Kategorie IBP mit 51,56 Prozent ihren höchsten Wert erreicht). Ebenso ist festzustellen, dass ein beachtlicher Anteil der erhobenen Indikatoren der Kategorie CB zuzuordnen ist und in Runde 1, 2 und 4 der Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB sogar höher ist als der in der Kategorie IBP (in der ersten Runde sogar signifikant höher: 54,35 Prozent der Indikatoren entfallen auf die Kategorie CB, wohingegen nur 32,61 Prozent der Indikatoren der Kategorie IBP zuzurechnen sind). Der Wert für die Kategorie „Andere“ umfasst verglichen mit den anderen beiden Kategorien den geringsten Anteil an Indikatoren und bewegt sich über die einzelnen Runden hinweg zwischen 10,48 und 14,94 Prozent.

Auffällig ist, dass der Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB in der ersten Runde mit 54,35 Prozent bedeutend höher ist als in den folgenden Förderrunden. In der zweiten Runde beträgt der Anteil an CB 43,62 Prozent und damit mehr als zehn Prozentpunkte weniger als in der ersten Runde. In Runde 3 ist der Anteil mit 37,5 Prozent abermals geringer, allerdings steigt der Wert in der vierten Runde einmalig wieder an und erreicht einen Anteil von 45,71 Prozent. In der fünften Runde sinkt der Wert wieder auf 41,46 Prozent und bleibt im Vergleich zur sechsten Runde mit 41,38 Prozent relativ konstant. Gemessen daran, dass der Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB in der ersten Runde noch bei 54,35 Prozent und im weiteren Verlauf der Förderrunden, mit Ausnahme der vierten Runde, stetig fällt und in der sechsten Runde nur noch bei 41,38 Prozent liegt (und damit rund 13 Prozentpunkte weniger als in der ersten Runde beträgt) könnte man von einem rückläufigen Trend im Hinblick auf das Engagement des GFATM in Capacity Building über den Verlauf der sechs Förderrunden sprechen.

Auf Grundlage der dargestellten Verteilung der Indikatoren kann jedoch keine eindeutige Aussage bezüglich eines Trends zu einem verstärkten oder rückläufigen Engagement des GFATM in Capacity Building über den Verlauf der einzelnen Förderrunden hinweg getroffen werden. Dies ist der Tatsache zuzuschreiben, dass bei einer solchen Darstellung zu viele andere intervenierende Variablen, die als potentielle Erklärungsfaktoren für den jeweiligen Anteil von Indikatoren in den einzelnen Kategorien pro Förderrunde in Frage kommen, ausgeblendet werden.

Intervenierende Variablen als potentielle Erklärungsfaktoren für die Verteilung

Folgende intervenierende Variablen nehmen möglicherweise Einfluss auf die Verteilung der Indikatoren im Bereich von CB über die einzelnen Runden hinweg und erfordern daher eine nähere Betrachtung:

- Die stark variierende Verteilung der Anzahl von Förderprogrammen auf die einzelnen Förderrunden und die ungleiche Anzahl der Indikatoren pro Förderprogramm (welche von vier bis zu 22 Indikatoren pro Grant Performance Report reicht);
- die Förderkomponente des jeweiligen Programms³⁴⁶;
- die Konkretisierung der durch den GFATM in den Richtlinien zur Antragsstellung genannten Maßnahmen, die im Rahmen der Förderstrategie innerhalb des jeweiligen Programmansatzes gefördert bzw. zugelassen werden³⁴⁷ und
- der unterschiedliche Charakter der in die Erhebung eingegangenen Länder.

Die Auswertung auf Grundlage der Verteilung der Indikatoren pro Förderrunde stellt sich somit alleine als nicht präzise genug dar, um konkrete Aussagen zu einem ansteigenden oder abfallenden Trend im Hinblick auf das Engagement des GFATM im Bereich von Capacity Building formulieren zu können. Zu viele intervenierende Variablen können als potentielle Erklärungsfaktoren für die dargestellte Entwicklung identifiziert werden. Zum einen üben diese Einfluss auf die Fehlerfreiheit bzw. Exaktheit der Verteilung der Indikatoren aus (die Verteilung der Anzahl der Förderprogramme pro Runde und die Anzahl der Indikatoren in den einzelnen Programmen) und zum anderen beeinflussen sie den Ansatz der Förderprogramme (die Anzahl der Indikatoren, die später den einzelnen Kategorien, je nach Förderkomponente des Programms, Konkretisierung der geförderten Maßnahmen in den Richtlinien für Förderanträge oder dem Charakter des Empfängerlandes zuzuordnen sind). In weiteren Schritten der Auswertung sollen die genannten intervenierenden Variablen auf deren Erklärungskraft für die dargestellte Verteilung des Anteils der Indikatoren, der im Rahmen der Erhebung über die Förderrunden 1 bis 6 der Kategorie CB zugeordnet worden ist, überprüft und in die Analyse einbezogen werden.

³⁴⁶ Die krankheitsspezifischen Förderkomponenten HIV/AIDS, Malaria, TB sowie HIV/TB als auch die nicht-krankheitsspezifischen Komponenten Integrated und HSS verlangen alle nach einem unterschiedlichen Programm- und Förderansatz, um das jeweilige Programmziel zu erreichen. So ist zu vermuten, dass HIV z.B. hauptsächlich nach Prävention/Aufklärung und Behandlung in Form von ART verlangt, wohingegen TB wahrscheinlich eher verstärkt die Einstellung, Ausbildung und Schulung von Personal, welches die regelmäßige Einnahme von Medikamenten überwacht, erfordert.

³⁴⁷ Wie unter 3.1.3.1 im Zusammenhang mit der Konkretisierung der Förderziele im Rahmen der Förderstrategie des GFATM ausgeführt wurde, sind von Runde zu Runde konkretere Maßnahmen, welche innerhalb des

3.4.5 Überprüfung der intervenierenden Variablen auf deren Erklärungskraft

Zunächst soll diejenige Variable, die womöglich Einfluss auf die Fehlerfreiheit bzw. Exaktheit (im Sinne einer gleichmäßigen Verteilung der Anzahl von Programmen und Indikatoren über die sechs Runden) der dargestellten Verteilung des Anteils der Indikatoren in der Kategorie CB über die Förderrunden 1 bis 6 hinweg hat, überprüft werden. Dabei sollen die Verteilung der Anzahl der Förderprogramme und in diesem Zusammenhang ebenso die Anzahl der Indikatoren pro Förderprogramm sowie deren Einfluss auf den Anteil von Capacity Building innerhalb der einzelnen Förderrunden näher betrachtet werden.

Intervenierende Variable Nr. 1: Anzahl der Förderprogramme und Indikatoren in den einzelnen Förderrunden

Die Gesamtzahl von 49 Förderprogrammen verteilt sich wie folgt auf die einzelnen Förderrunden: in der ersten Runde wurden in der Region Südasien fünf Förderprogramme, in der zweiten Runde zwölf, in der dritten Runde fünf, in der vierten Runde zehn, in der fünften Runde drei und in der sechsten Runde 14 Programme bewilligt und durchgeführt.³⁴⁸ In direktem Zusammenhang damit steht die Anzahl der Indikatoren pro Förderprogramm und -runde, welche wie die Anzahl der Förderprogramme stark variiert und von vier bis hin zu 22 Indikatoren pro Grant Performance Report reicht. Basierend auf derart großen Unterschieden in der Zahl der Förderprogramme pro Runde (die sich zwischen drei und 14 bewegt) kann die Bedingung der Fehlerfreiheit bzw. Exaktheit für eine gleichmäßige Verteilung der Anzahl der Indikatoren über die einzelnen Runden, welche präzise Aussagen über einen Trend in der Verteilung von Indikatoren im Bereich von Capacity Building über die Runden 1 bis 6 hinweg zulassen würde, als nicht gegeben betrachtet werden. Es kann demnach folgender Fall auftreten: eine Runde mit wenigen Förderprogrammen umfasst vorrangig solche Programme, die nur eine geringe Anzahl von Indikatoren vorweisen, welche wiederum primär einer Kategorie zuzuordnen sind. In Folge der geringen Anzahl an Indikatoren ist kein Ausgleich zwischen Indikatoren unterschiedlichen Charakters möglich; ein Bias ist in einem solchen Fall

Förderansatzes des GFATM in Form von Indikatoren in Förderanträge und -abkommen eingebracht werden können, in den Richtlinien zur Antragsstellung der einzelnen Runden aufgeführt.

³⁴⁸ Diese Zahlen basieren auf der Anzahl der Grant Performance Reports, welche die Grundlage für die Erhebung der Indikatoren darstellen. Hierbei kann der Fall auftreten, dass wenn sich unterschiedliche PR die Durchführung des Förderabkommens teilen und sich ein Förderabkommen aus mehreren Förderprogrammen zusammensetzt, ein Förderabkommen mehrere Grant Performance Reports umfassen kann. Die Anzahl der Förderabkommen für den gewählten Zeitraum beträgt 36. Aufgrund unterschiedlicher PR im Rahmen diverser Abkommen beträgt die Anzahl der untersuchten Grant Performance Reports allerdings 49.

nicht unwahrscheinlich und kann entsprechend der dargestellten Verteilung von Förderprogrammen und Indikatoren nicht ausgeschlossen werden.

Bei drei Förderprogrammen in Runde 5 ist die Anzahl der erhobenen Indikatoren im Vergleich zu der Anzahl an Indikatoren von 14 Förderprogrammen in Runde 6 weitaus geringer und es besteht die Möglichkeit, dass gerade diese drei Förderprogramme einen extrem geringen Anteil an Indikatoren, die in die Kategorie CB fallen, aufweisen. Der Anteil der Indikatoren, welcher der Kategorie CB zuzurechnen ist, kann demzufolge in einer Runde mit einer derart geringen Anzahl an Förderprogrammen als verzerrt betrachtet werden; wohingegen bei 14 Förderprogrammen innerhalb einer Runde eine ausgewogenere Verteilung der Indikatoren zu erwarten ist. Im Hinblick auf die größte Differenz der Anzahl der Förderprogramme pro Runde erweisen sich zum einen Runde 5 mit der geringsten Anzahl von drei Förderprogrammen und Runde 6 mit der höchsten Anzahl von 14 Förderprogrammen als auffällig; sowie zum anderen Runde 1 und Runde 3, die zwar die gleiche Anzahl von Förderprogrammen mit einem ähnlichen Charakter in der Verteilung nach Komponenten aufweisen (je fünf Programme, wobei die erste Runde drei TB- und zwei Malaria-Programme, die dritte Runde drei TB-, ein Malaria- sowie ein HIV/TB-Programm umfasst), aber die extremsten Werte für den Anteil der Indikatoren, der auf die Kategorie CB entfällt, hervorbringen (54,35 Prozent in Runde 1 im Gegensatz zu 37,5 Prozent in Runde 3). Bei derart großen Unterschieden in der Anzahl von Förderprogrammen pro Runde wie es in Runde 5 und 6 der Fall ist, ist es fraglich, ob auf der Grundlage einer Verteilung von Indikatoren pro Runde repräsentative Aussagen über einen Trend im Engagement des GFATM in Capacity Building getroffen werden können. Zu groß erscheint die Möglichkeit einer Verzerrung der Entwicklung über die Runden hinweg bei „Ausreißer“-Runden mit extrem vielen oder wenigen Förderprogrammen wie es in Runde 5 und der darauf folgenden Runde 6 der Fall ist.³⁴⁹ Ferner muss überprüft werden, warum bei der gleichen Anzahl an Förderprogrammen wie in Runde 1 und 3, die zudem noch eine relativ ähnliche Verteilung nach Förderkomponenten aufweisen, ein derart großer Unterschied für den Anteil an Indikatoren in der Kategorie CB besteht.

Als ausschlaggebend kann damit die Anzahl der Indikatoren in den einzelnen Programmen erachtet werden. In Bezug auf Runde 1 und 3 zeigt sich folgende Verteilung: Die Anzahl

³⁴⁹ Ein möglicher Erklärungsfaktor für die extrem geringe Zahl von drei Förderprogrammen in der fünften Runde könnte sein, dass unter der bestehenden HSS-Förderoption der Runde laut TRP eine hohe Anzahl an Förderanträgen wegen Unklarheiten bei den Antragsstellern qualitativ schlecht war und daraufhin nicht bewilligt werden konnte. In der fünften Runde wurden insgesamt 20 Förderanträge für die untersuchte Region (von denen zwei HSS-Anträge waren) abgelehnt. Im Vergleich zu anderen Runden stellt dieser Wert den höchsten an abgelehnten Anträgen im Vergleich zu der Zahl an bewilligten Programmen einer Runde dar (vgl. GFATM (2005)).

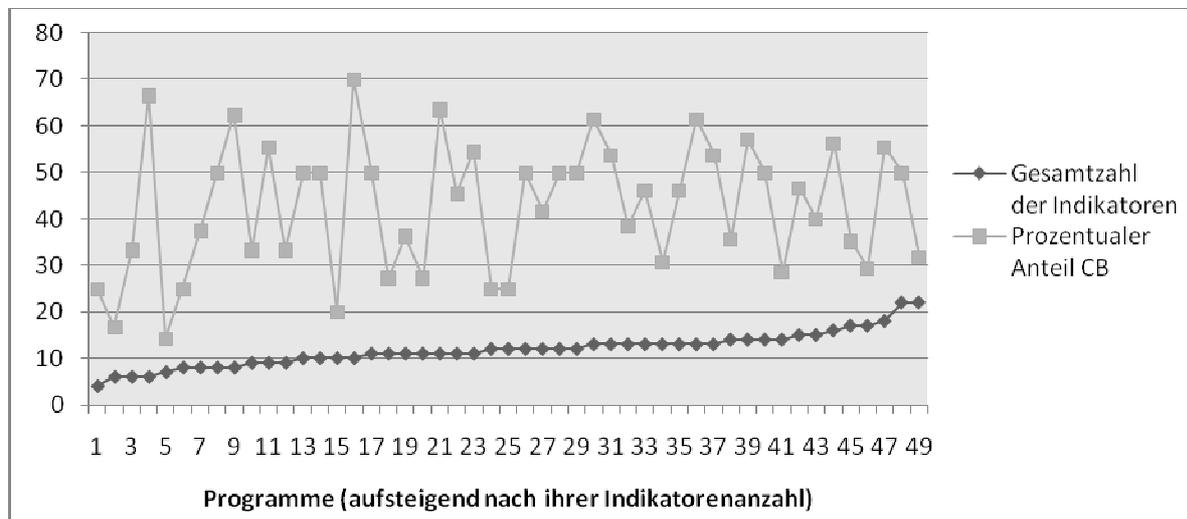
der Indikatoren der Programme in Runde 1 ist relativ gering: zwei Programme umfassen sechs Indikatoren, eines acht, eines zehn und eines 16 (somit beträgt die Gesamtzahl der Indikatoren 36). Dagegen ist die Anzahl der Indikatoren der Programme in Runde 3 relativ hoch: ein Programm umfasst neun, eines zwölf, zwei weitere 14 und eines 15 Indikatoren (die Gesamtzahl der Indikatoren beträgt damit 64). Auf der Grundlage dieser Verteilung kann folgende Hypothese (*Hypothese A*) formuliert werden:

Programme mit wenigen Indikatoren umfassen relativ zu ihrer Gesamtzahl viele Indikatoren, die Maßnahmen des Capacity Building beschreiben; Programme mit vielen Indikatoren umfassen relativ zu ihrer Gesamtzahl wenige Indikatoren, die Maßnahmen des Capacity Building darstellen.

Überprüfung von Hypothese A: Die Anzahl der Indikatoren eines Programms ist ausschlaggebend für den Anteil der Indikatoren im Bereich von CB.

Anhand der folgenden grafischen Darstellung soll die Hypothese auf ihre Erklärungskraft für die Verteilung der Indikatoren über die Förderrunden hinweg überprüft werden:

Abbildung 2: Prozentualer Anteil der Indikatoren im Bereich CB der einzelnen Programme relativ zu ihrer Gesamtzahl an Indikatoren



Quelle: eigene Darstellung.

Die Darstellung verdeutlicht, dass kein Zusammenhang zwischen der Größe eines Programms (in Abhängigkeit der Anzahl an Indikatoren) und dem Anteil an Indikatoren, die in die Kategorie CB eingeordnet werden können, besteht. Die grafische Darstellung der Verteilung der Programme und deren Anteil an Indikatoren im Bereich von CB zeigt, dass die Vermutung, dass kleinere Programme mit einer geringen Gesamtzahl an Indikatoren generell relativ zu ihrer Größe einen höheren Anteil an Indikatoren im Bereich von CB aufweisen und größere

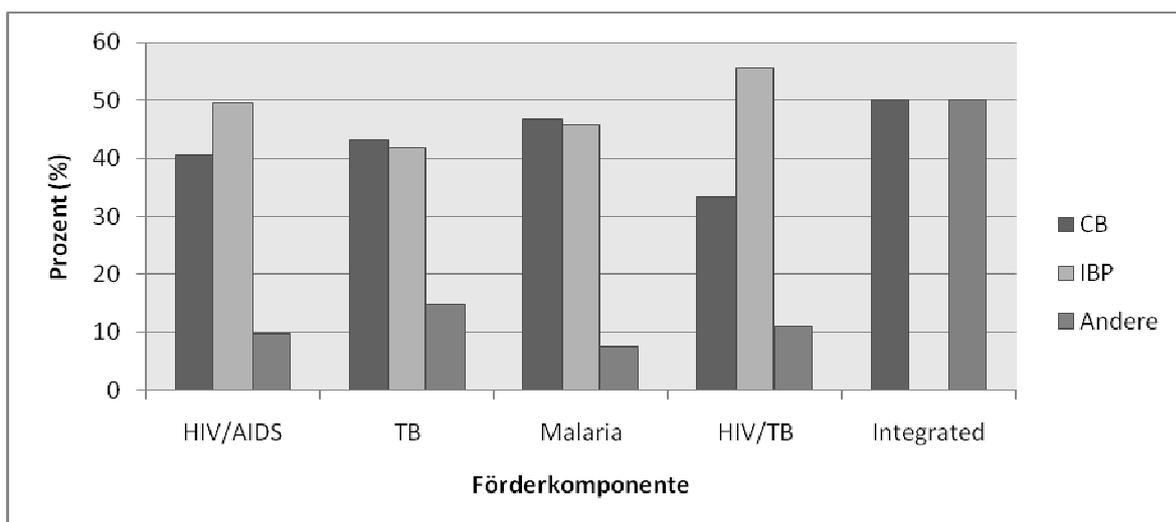
Programme generell relativ zu ihrer Größe einen geringeren Anteil an Indikatoren im Bereich von CB aufweisen, nicht bestätigt werden kann. Die formulierte Hypothese A besitzt damit keine Erklärungskraft für die Indikatorenverteilung über die sechs Förderrunden.

Im Folgenden sollen diejenigen intervenierenden Variablen, die mit einer verstärkten Kapazitätenbereitstellung im Bereich von Prävention und Behandlung oder im Bereich von Infrastruktur, personellen Ressourcen und Wissen/Know-How zusammenhängen und möglicherweise Einfluss auf den Ansatz der Förderprogramme und damit indirekt auf die Verteilung der Indikatoren haben, eingehender betrachtet werden. Hierbei sind die unterschiedlichen Förderkomponenten der Programme, die Variable der Strategie in Form der in den Richtlinien zur Antragsstellung angeführten zulässigen Maßnahmen für die einzelnen Runden und diejenige des Empfängerlandes zu nennen.

Intervenierende Variable Nr. 2: die Förderkomponente eines Programms

Gemäß der Annahme, dass die Förderkomponente als eine weitere intervenierende Variable die Verteilung der Indikatoren auf die unterschiedlichen Kategorien beeinflusst, soll die Darstellung der Verteilung der Indikatoren auf die Kategorien CB, IBP sowie „Andere“ nach den Förderkomponenten HIV/AIDS, Malaria, TB, HIV/TB und Integrated erfolgen.

Abbildung 3: Prozentualer Anteil der Indikatoren in den Kategorien CB, IBP und Andere nach Förderkomponenten



Quelle: eigene Darstellung.

Die Grafik zeigt deutlich, dass wie im Zusammenhang mit der Nennung der intervenierenden Variable Förderkomponente vermutet, die Förderkomponente HIV/AIDS einen sehr hohen Anteil an Indikatoren der Kategorie IBP umfasst (49,69 Prozent), gefolgt von Malaria (45,93

Prozent) und TB (42 Prozent), wobei überraschenderweise die Komponente HIV/TB mit 55,56 Prozent den höchsten Anteil an Indikatoren, die der Kategorie IBP zuzuordnen sind, besitzt. Jedoch ist hier anzumerken, dass in die Datenerhebung lediglich ein einziges HIV/TB-Programm (IDA-304-G04-C) eingegangen ist und damit der dargestellte Wert als nicht repräsentativ betrachtet werden kann, da keinerlei Ausgleich zwischen unterschiedlichen Programmen dieser Förderkomponente stattfindet wie es bei den anderen krankheitsspezifischen Komponenten der Fall ist. Das Gleiche gilt für die nicht-krankheitsspezifische Komponente Integrated. Im Zuge der Datenerhebung wurde ein Integrated-Programm (AFG-202-G01-I-00) ausgewertet und der dargestellte Wert kann folglich als nicht repräsentativ für andere Integrated-Programme betrachtet werden (im Vergleich dazu sind 14 HIV/AIDS-, 20 TB- und 13 Malaria-Programme im Zuge der Datenerhebung ausgewertet worden). Von den Indikatoren dieses Programms ist kein einziger der Kategorie IBP zuzuordnen.

Bei den krankheitsspezifischen Förderprogrammen sind 33,33 Prozent der Indikatoren des HIV/TB-Programms, 40,49 Prozent der Indikatoren aller HIV/AIDS-Förderprogramme und ein Anteil von 43,2 Prozent der Indikatoren der TB-Programme der Kategorie CB zuzurechnen, wobei der höchste Wert von 46,67 Prozent an Indikatoren im Bereich von CB der Förderkomponente Malaria zuzuschreiben ist. Das Programm der Förderkomponente Integrated weist diesbezüglich wie zu erwarten den höchsten Wert von 50 Prozent auf, wobei dieser, wie schon im Zusammenhang mit dem Anteil der Indikatoren in der Kategorie IBP, unter Vorbehalt zu betrachten ist.³⁵⁰

Folglich kann zusammengefasst werden, dass anscheinend Malaria als Krankheit, um effektiv bekämpft zu werden den größten Bedarf an Maßnahmen des Capacity Building aufweist, gefolgt von TB und HIV/AIDS. Der Charakter der Krankheit HIV/AIDS verlangt im Gegensatz zu TB und Malaria laut der Verteilung der Indikatoren verstärkt nach konkreten Präventions- und Behandlungsmaßnahmen. Die Verteilung nach Komponenten zeigt deutlich, dass die Förderkomponente eines Programms den Anteil der Indikatoren im Bereich von CB relativ stark beeinflusst und Auswirkungen auf die Werte der einzelnen Förderrunden hat.

Die Hypothese (*Hypothese B*), die daraufhin formuliert werden kann, lautet folgendermaßen:

Runden mit einem hohen Anteil an HIV/AIDS-Förderprogrammen weisen den geringsten Anteil an Indikatoren im Bereich von CB auf, Runden mit einem hohen Anteil an Malaria- und TB-Programmen entsprechend den höchsten.

Überprüfung von Hypothese B: Die Verteilung der Förderprogramme nach Förderkomponenten auf die Runden 1 bis 6.

Wie die Verteilung nach Komponenten gezeigt hat, haben diese relativ großen Einfluss auf den Anteil von CB innerhalb der Förderprogramme. Im Zusammenhang mit der unterschiedlichen Anzahl von Förderprogrammen in einzelnen Runden ist nun denkbar, dass z.B. im Zusammenspiel von relativ vielen HIV-Förderprogrammen in Runden mit einer geringen Anzahl an Förderprogrammen der Anteil an CB folglich relativ gering sein müsste. Im Rahmen einer Überprüfung des krankheitsspezifischen Charakters der Förderprogramme im Zusammenhang mit deren Anzahl pro Runde und dem Anteil an Indikatoren im Bereich von CB der jeweiligen Runde ergibt sich folgende Verteilung:

- In der ersten Runde, die mit 54,35 Prozent den höchsten Anteil an Indikatoren im Bereich von CB aufweist, besitzen von fünf Programmen drei die Komponente TB und zwei die Komponente Malaria;
- die zweite Runde, die mit 43,62 Prozent einen viel geringeren Wert an Indikatoren in der Kategorie CB vorzuweisen hat, umfasst mit einer Gesamtzahl von zwölf Programmen sechs HIV-, drei Malaria- und zwei TB-Programme sowie ein nicht-krankheitsspezifisches Förderprogramm in Form eines Integrated-Programms;
- die dritte Runde, die mit einem Anteil von lediglich 37,5 Prozent an Indikatoren, die der Kategorie CB zuzuordnen sind, den geringsten Wert diesbezüglich aufweist, umfasst fünf Förderprogramme, von denen drei der Förderkomponente TB, eines HIV/TB und eines Malaria zuzurechnen sind;
- in der vierten Runde, die mit 45,71 Prozent wieder einen höheren Anteil an Indikatoren im Bereich von CB vorzuweisen hat, sind von zehn Programmen vier TB-, vier Malaria- und zwei HIV-Programme;
- die fünfte Runde besitzt mit 41,46 Prozent abermals einen geringeren Anteil an Indikatoren in der Kategorie CB, wobei von den drei finanzierten Förderprogrammen zwei die Komponente TB aufweisen und eines ein Malaria-Programm darstellt;
- in der sechsten und letzten Runde ist der Anteil an Indikatoren im Bereich von CB im Vergleich zur vorhergehenden Runde mit 41,38 Prozent relativ konstant geblieben, obwohl diese mit insgesamt 14 Förderprogrammen, von denen sechs HIV-, sechs TB- und zwei Malaria-Programme darstellen, die höchste Anzahl an Förderprogrammen umfasst.

³⁵⁰ Aufgrund des Mangels an Generalisierbarkeit der Ergebnisse werden die Förderkomponenten Integrated und HIV/TB bei der folgenden Untersuchung der intervenierenden Variablen Förderkomponente nicht weiter beachtet.

Tabelle 4: Verteilung der Förderprogramme über die Runden und deren absoluter/prozentualer Anteil an Indikatoren in der Kategorie CB (Indikatoren in der Kategorie CB/Gesamtzahl der Indikatoren (%))

Runde 1 (54,35% CB)	Runde 2 (43,62% CB)	Runde 3 (37,5% CB)	Runde 4 (45,71% CB)	Runde 5 (41,46% CB)	Runde 6 (41,38% CB)	#
	AFG-202-G01-I-00; 11/22 (50%)		AFG-405-G02-T; 5/11 (45,45%)	AFG-506-G03-M; 8/13 (61,54%)		3
		BAN-304-G02-T; 3/12 (25%)		BAN-506-G04-T; 3/11 (27,27%)	BAN-607-G06-M; 5/13 (38,46%) BAN-607-G07-M; 6/13 (46,15%)	8
	BAN-202-G01-H-00; 7/13 (53,85%)	BAN-304-G03-T; 7/15 (46,67%)		BAN-506-G05-T; 6/17 (35,29%)	BAN-607-G08-H; 3/12 (25%)	
			BTN-405-G01-M; 5/14 (35,71%) BTN-405-G02-T; 5/10 (50%)		BTN-607-G04-T; 8/14 (57,14%)	3
			IDA-405-G05-H; 5/9 (55,56%) IDA-405-G06-H; 3/8 (37,5%) IDA-405-G07-M; 6/12 (50%)		IDA-607-G09-T; 4/11 (36,36%) IDA-607-G10-H; 1/4 (25%) IDA-607-G11-H; 6/13 (46,15%)	12
IDA-102-G01-T-00; 5/10 (50%)	IDA-202-G02-H-00; 2/8 (25%) IDA-202-G03-T-00; 4/13 (30,77%)	IDA-304-G04-C; 3/9 (33,33%)	IDA-405-G08-T; 5/12 (41,67%)		IDA-607-G12-H; 2/10 (20%)	
	IRN-202-G01-H-00; 7/22 (31,83%)					1
					MDV-607-G01-H; 6/15 (40%)	1
	NEP-202-G01-H-00; 8/13 (61,54%) NEP-202-G02-M-00; 4/8 (50%) NEP-202-G04-M-00; 1/6 (16,67%) NEP-202-G05-H-00; 3/11 (27,27%)		NEP-405-G03-T; 7/11 (63,64%)			5
	PKS-202-G01-H-00; 6/12 (50%) PKS-202-G02-M-00; 7/10 (70%) PKS-202-G03-T-00; 5/11 (45,45%)	PKS-304-G04-M; 7/14 (50%) PKS-304-G05-T; 4/14 (28,57%)			PKS-607-G06-T; 3/9 (33,33%) PKS-607-G07-T; 10/18 (55,56%)	7
SRL-102-G01-M-00; 5/8 (62,5%) SRL-102-G02-M-00; 2/6 (33,33%) SRL-102-G03-T-00; 9/16 (56,25%) SRL-102-G04-T-00; 4/6 (66,67%)			SRL-405-G05-M; 6/11 (54,55%) SRL-405-G06-M; 1/7 (14,29%)		SRL-607-G07-T; 5/17 (29,41%) SRL-607-G08-T; 6/12 (50%) SRL-607-G09-H; 7/13 (53,85%)	9
5	12	5	10	3	14	49

Quelle: eigene Darstellung.

Für die erste Runde würde somit die Vermutung, dass die Förderkomponente der Programme in einer Runde Auswirkungen auf den Anteil der Indikatoren hat, der pro Runde der Kategorie CB zuzurechnen ist, zutreffen. Die zweite Runde könnte mit der hohen Anzahl an HIV-Programmen und dem geringeren Anteil an Indikatoren in der Kategorie CB ebenso die formulierte Hypothese unterstützen. Jedoch widerspricht dem die dritte Runde: obwohl von den fünf finanzierten Programmen lediglich eines ein HIV/TB-Programm ist und sonst drei von fünf Programmen TB und eines Malaria als Förderkomponente besitzen, weist diese Runde den geringsten Anteil an Indikatoren im Bereich von CB auf. Runde 4 könnte wieder als Beleg für die Vermutung dienen, da hier eine hohe Anzahl an Malaria-Programmen wieder einen höheren Anteil an Indikatoren, die auf die Kategorie CB entfallen, bewirkt. Die fünfte Runde schließt sich allerdings an die dritte Runde an: obwohl von den drei Programmen in dieser Runde kein einziges ein HIV-Programm ist, sondern zwei davon TB-Programme sind und eines ein Malaria-Programm ist, ist der Anteil an Indikatoren in der Kategorie CB dieser Runde wieder geringer als in der vierten Runde. Schließlich weist die sechste Runde fast den gleichen Anteil an Indikatoren im Bereich von CB auf wie die fünfte Runde, jedoch befinden sich unter den Förderprogrammen dieser Runde eine Vielzahl von HIV-Programmen, welche einen geringeren Anteil an Indikatoren im Bereich von CB vermuten ließen.

Die Hypothese, dass der Anteil an Programmen mit spezifischen Förderkomponenten gemessen an der Gesamtzahl der Programme pro Runde Auswirkungen auf den Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB pro Runde hat, kann nach der Überprüfung der einzelnen Förderrunden als nicht bestätigt betrachtet werden. Gemäß der formulierten Hypothese müssten die Runden 1, 3 und 5 den höchsten und die Runden 2, 4 und 6 den niedrigsten Anteil an Indikatoren im Bereich von CB aufweisen. Wie dargestellt wurde, trifft das aber nur auf die Runden 1, 2, 4 und 6 zu, die Runden 3 und 5 widerlegen die Hypothese B damit.

Weitere Erklärungsfaktoren, die vermutlich auf die Verteilung des Anteils der Indikatoren in der Kategorie CB Einfluss haben, bedürfen damit der Überprüfung.

Intervenierende Variable Nr. 3: Grad der Konkretisierung der Maßnahmen in den Richtlinien zur Antragsstellung

Wie in Kapitel 3.1.3.1 dargestellt wurde, kann ein stetiger Anstieg des Konkretisierungsgrads der Maßnahmen, die im Rahmen der Förderstrategie des GFATM unterstützt werden und zulässig sind, in den Richtlinien für die Antragsstellung der jeweiligen Förderrunden beobachtet werden. Ein Erklärungsfaktor für den relativ hohen Anteil von Indikatoren im Bereich von CB innerhalb der ersten Runde könnte demnach die mangelnde

Konkretisierung von Maßnahmen in den Richtlinien zur Antragsstellung in dieser Runde sein; was zur Folge gehabt haben könnte, dass ein großer Anteil an Maßnahmen im Bereich von Capacity Building in Form von entsprechenden Indikatoren von den Antragsstellern in die Förderanträge eingebracht wurde.

Die Hypothese (*Hypothese C*), die auf Grundlage dieser Beobachtung formuliert werden kann, lautet:

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen einem niedrigen Grad an Konkretisierung von Maßnahmen in den Richtlinien zur Antragsstellung und einem hohen Anteil von Indikatoren in der Kategorie CB der jeweiligen Runde.

Überprüfung von Hypothese C: Ein niedriger Grad an Konkretisierung von Maßnahmen in den Richtlinien zur Antragsstellung einer Runde bedingt einen hohen Anteil von Indikatoren im Bereich von CB.

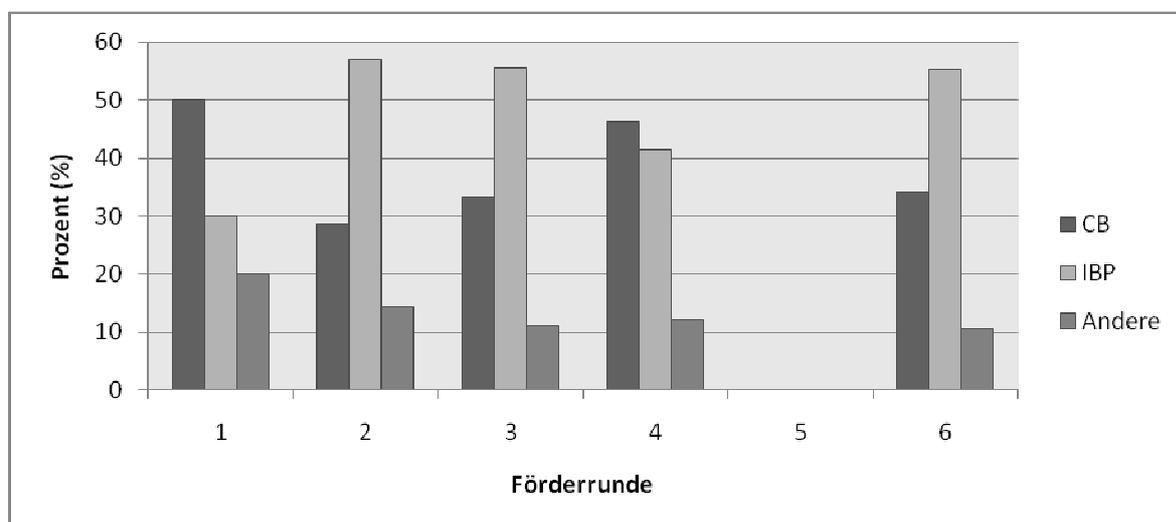
Indem die Auflistung der zulässigen Maßnahmen in den Richtlinien zur Antragsstellung in den Runden 2 und 3 noch relativ generell gehalten ist, weisen die beiden Runden eine ähnliche Konkretisierung von unterstützten Maßnahmen auf, jedoch bringen sie recht unterschiedliche Werte (in der zweiten Runde beträgt der Anteil 43,62 Prozent, in der dritten Runde 37,5 Prozent) für den Anteil an Indikatoren in der Kategorie CB hervor. Obwohl der Grad der Konkretisierung von Maßnahmen in den beiden Runden noch relativ gering ist, ist der Anteil von Indikatoren im Bereich von CB nicht auffällig hoch, die dritte Runde weist sogar im Vergleich zu den übrigen fünf Runden den geringsten Wert für CB auf. Von der vierten Runde an sind in den Richtlinien für die jeweilige Runde eine vergleichsweise hohe Anzahl an konkreten Maßnahmen spezifiziert und der Wert für den Anteil von Indikatoren im Bereich von CB sollte gemäß der Vermutung, dass hier ein Zusammenhang besteht, über die Runden hinweg demnach relativ gering und konstant sein. Dem ist aber nicht so: Der Anteil der Indikatoren, der auf die Kategorie CB entfällt, nimmt stetig ab, in der vierten Runde beträgt er 45,71 Prozent, in der fünften Runde 41,46 Prozent und in der sechsten Runde nur noch 41,38 Prozent, ist aber im Vergleich zu Runde 2 und 3 nicht signifikant geringer. Damit ist bis auf Runde 1 kein positiver Zusammenhang zwischen einem niedrigen Konkretisierungsgrad der Maßnahmen in den Richtlinien zur Antragsstellung einer Runde und einem hohen Anteil an Indikatoren im Bereich von CB feststellbar. Die Hypothese C besitzt folglich keine Erklärungskraft für die Verteilung der Indikatoren in der Kategorie CB über den Verlauf der sechs Förderrunden.

Intervenierende Variable Nr. 4: die Variable Empfängerland

Anhand einer Auswertung der erhobenen Daten am Beispiel einiger Empfängerländer soll untersucht werden, ob unter den unterschiedlichen Empfängerländern ein rundenspezifisches Muster für den Anteil von Indikatoren im Bereich von CB innerhalb der einzelnen Förderrunden erkennbar ist und ob basierend darauf eine Hypothese formuliert werden kann. Die Untersuchung soll am Beispiel der Länder Indien, Sri Lanka und Bangladesch erfolgen. Diese Auswahl wurde auf Grundlage der Anzahl der Förderprogramme der Länder und deren Verteilung über mehrere Runden getroffen, in der Hoffnung auf dieser breiteren Datengrundlage vergleichbare Ergebnisse zu erhalten. Indien umfasst mit zwölf Programmen in fünf unterschiedlichen Runden die höchste Anzahl an Förderprogrammen, gefolgt von Sri Lanka (neun Förderprogramme verteilt auf drei Runden) und Bangladesch (acht Programme verteilt auf vier Runden). Im Kontext dieser Untersuchung soll ebenso überprüft werden, ob die Kategorisierung der Länder nach Weltbankindex einen Unterschied im Anteil an Indikatoren im Bereich von CB macht. Gemäß der Einteilung nach Weltbankindex fällt Bangladesch in die Kategorie low income country (LIC), Indien und Sri Lanka in die der lower middle income countries (MIC). Es soll überprüft werden, ob das LIC Bangladesch im Vergleich zu den MIC Indien und Sri Lanka einen wesentlich höheren Anteil an Indikatoren im Bereich von CB vorzuweisen hat und die Kategorisierung nach Weltbankindex das Potential besitzt eine länder-spezifische Anteilsverteilung zu erklären.

1. Indien

Abbildung 4: Prozentualer Anteil der Indikatoren aller indischen Programme einer Runde in den Kategorien CB, IBP und Andere über die Förderrunden 1 bis 6



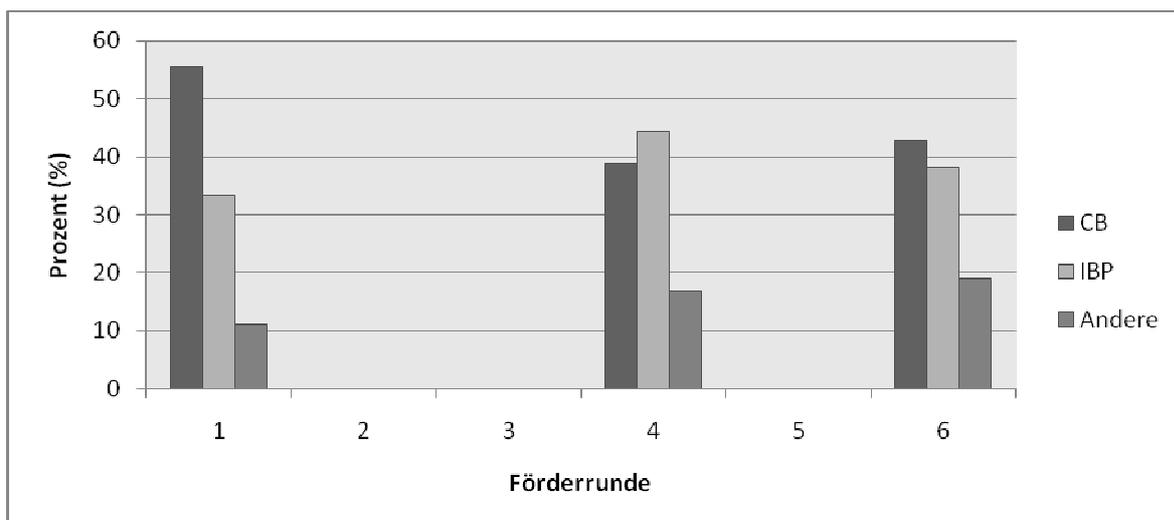
Quelle: eigene Darstellung.

Die Verteilung des Anteils der Indikatoren in den Kategorien CB, IBP und „Andere“ über den Verlauf der Förderrunden zeigt, dass der Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB innerhalb der ersten Runde mit 50 Prozent am höchsten ist, in Runde 2 nur noch 28,57 Prozent beträgt, in Runde 3 wieder auf 33,33 Prozent ansteigt, in der vierten Runde sogar 46,34 Prozent und in der sechsten Runde abermals lediglich 34,21 Prozent beträgt (in der fünften Runde wurde kein indisches Programm gefördert). Im Vergleich dazu liegt der Anteil der Indikatoren der Kategorie IBP in der ersten Runde bei 30 Prozent, in der zweiten Runde bei 57,14 Prozent, in der dritten Runde bei 55,56 Prozent, in der vierten Runde bei 41,46 Prozent und in der sechsten Runde bei 55,26 Prozent. Der Anteil der Indikatoren, der auf die Kategorie „Andere“ entfällt, beträgt in der ersten Runde 20 Prozent und fällt im Verlauf der Förderrunden stetig ab, so dass in der sechsten Runde nur noch ein Wert von 10,53 Prozent hierfür angegeben werden kann.³⁵¹

Der Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB übersteigt den Anteil der Indikatoren in der Kategorie IBP in Runde 1 um 20 Prozentpunkte und in Runde 4 um 4,88 Prozentpunkte, wohingegen in den Runden 2, 3, und 6 der Anteil der Indikatoren, der der Kategorie IBP zuzuschreiben ist, jedoch wesentlich höher ist als derjenige in der Kategorie CB; in der zweiten Runde mit 28,57 Prozent um fast 30 Prozentpunkte, in der dritten Runde mit 22,23 Prozentpunkten und in der sechsten Runde mit 21,05 Prozent um ungefähr 20 Prozentpunkte.

2. Sri Lanka

Abbildung 5: Prozentualer Anteil der Indikatoren aller srilankischen Programme einer Runde in den Kategorien CB, IBP und Andere über die Förderrunden 1 bis 6



Quelle: eigene Darstellung.

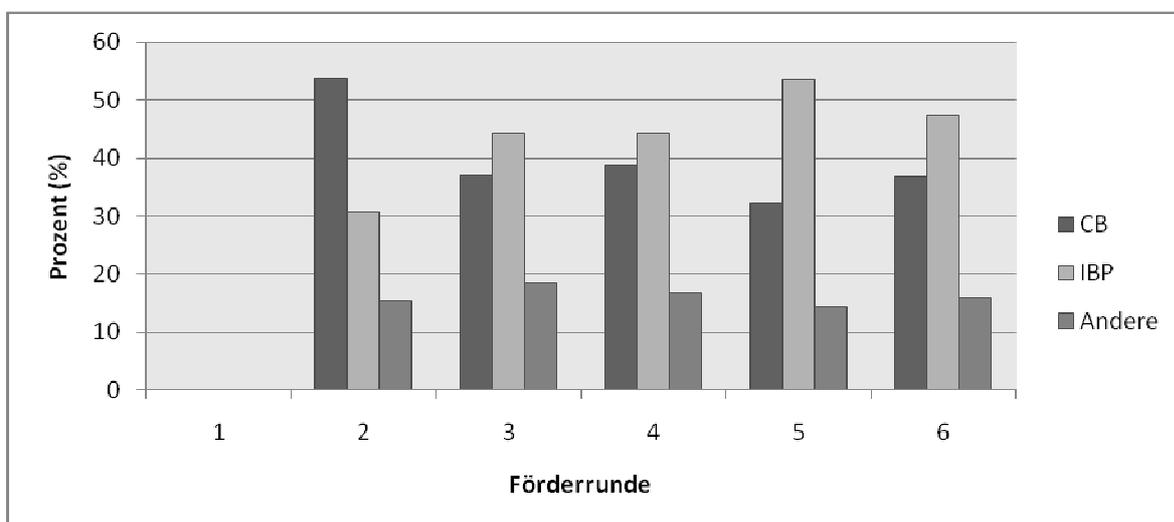
³⁵¹ Der Anteil der Indikatoren in der Kategorie „Andere“ beträgt 14,29 Prozent in der zweiten, 11,11 Prozent in der dritten und 12,2 Prozent in der vierten Runde.

Die Verteilung des Anteils der Indikatoren in den Kategorien CB, IBP und „Andere“ über den Verlauf der Förderrunden zeigt, dass der Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB innerhalb von Runde 1 (wie beim Beispiel Indien) mit 55,56 Prozent am höchsten ist, in Runde 4 nur noch 38,89 Prozent beträgt und in Runde 6 wieder auf 42,86 Prozent ansteigt (in Runde 2, 3 und 5 kam es zu keiner Förderung von srilankischen Programmen). Im Vergleich dazu liegt der Anteil der Indikatoren der Kategorie IBP in der ersten Runde bei 33,33 Prozent, in der vierten Runde bei 44,44 Prozent und in der sechsten Runde bei 38,1 Prozent. Der Anteil der Indikatoren in der Kategorie „Andere“ steigt über den Verlauf der Runden konstant an, in der ersten Runde beträgt der Anteil 11,11 Prozent, in der vierten Runde 16,67 Prozent und in der sechsten Runde 19,05 Prozent.

Auffällig ist, dass der Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB innerhalb der ersten Runde abermals, wie schon bei Indien zu beobachten war, weitaus höher ist als der Anteil der Indikatoren in der Kategorie IBP (um 22,22 Prozentpunkte). In der vierten Runde ist im Unterschied zu der Verteilung des Anteils der Indikatoren auf die unterschiedlichen Kategorien innerhalb der indischen Programme der Anteil der Indikatoren in der Kategorie IBP höher als der in der Kategorie CB (um 5,56 Prozentpunkte) und in der sechsten Runde übersteigt, ebenso im Unterschied zu der im Rahmen der indischen Förderprogramme beobachtbaren Verteilung, der Anteil der Indikatoren im Bereich von CB den der im Bereich von IBP (um 4,76 Prozentpunkte).

3. Bangladesch

Abbildung 6: Prozentualer Anteil der Indikatoren aller bangladeschischen Programme einer Runde in den Kategorien CB, IBP und Andere über die Förderrunden 1 bis 6



Quelle: eigene Darstellung.

Die Verteilung des Anteils der Indikatoren in den Kategorien CB, IBP und „Andere“ über den Verlauf der Förderrunden am Beispiel Bangladesch zeigt, dass der Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB innerhalb der zweiten Runde – welche die erste Förderrunde für Bangladesch darstellt, da in der ersten Runde kein Programm aus Bangladesch gefördert wurde – mit 53,85 Prozent am höchsten ist, in der dritten Runde 37,04 Prozent, in der vierten Runde 38,89 Prozent, in der fünften Runde 32,14 Prozent und in der sechsten Runde durch einen leichten Anstieg wieder 36,84 Prozent beträgt. Im Vergleich dazu liegt der Anteil der Indikatoren in der Kategorie IBP in der zweiten Runde bei 30,77 Prozent, in der dritten Runde bei 44,44 Prozent, in der vierten Runde ebenso bei 44,44 Prozent, in der fünften Runde bei 53,57 und in der sechsten Runde bei 47,37 Prozent. Der Anteil der Indikatoren in der Kategorie „Andere“ bewegt sich über den Verlauf der Runden 2 bis 6 zwischen 15,38 in der zweiten und 15,79 Prozent in der sechsten Runde und übersteigt nicht den Höchstwert von 18,52 Prozent in der dritten Runde (Runde 4 16,67 Prozent und Runde 5 14,29 Prozent).

Auffällig ist, dass wie schon anhand der Beispiele Indien und Sri Lanka festgestellt werden konnte, in der ersten Förderrunde des Landes (welche jedoch im Gegensatz zu den anderen beiden Ländern die zweite durch den GFATM durchgeführte Förderrunde ist) der Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB mit 53,85 Prozent weitaus höher ist als der in der Kategorie IBP mit 30,77 Prozent (um 23,08 Prozentpunkte). In den folgenden Förderrunden wiederholt sich dieses Phänomen nicht und der Anteil der Indikatoren in der Kategorie IBP übertrifft konstant den in der Kategorie CB: in der dritten Runde um 7,4 Prozentpunkte, in der vierten Runde um 5,55 Prozentpunkte in der fünften Runde um 21,43 Prozentpunkte und in der sechsten Runde um 10,53 Prozentpunkte.

Ergebnis: kein eindeutiges Muster erkennbar

Basierend auf der Betrachtung der Verteilung des Anteils der Indikatoren in den drei Kategorien über den Verlauf der Förderrunden am Beispiel der drei Empfängerländer Indien, Sri Lanka und Bangladesch ist kein eindeutiges Muster in der Verteilung der Indikatoren nach Runden erkennbar. Als im Vergleich auffällig erweist sich lediglich, dass innerhalb der ersten Förderrunde des Landes (wobei diese für Bangladesch die zweite Förderrunde der durch den GFATM durchgeführten Förderrunden darstellt) der Anteil der Indikatoren in der Kategorie CB im Gegensatz zu den folgenden Förderrunden für alle drei Beispiele am höchsten ist. Jedoch ist fraglich, inwieweit dieses Ergebnis Aussagekraft besitzt und für weitere Empfängerländer-Beispiele gilt, da schon die Tatsache, dass die erste Förderrunde für das Land Bangladesch im eigentlichen Sinne die zweite Förderrunde darstellt, als kritisch betrachtet werden

muss. Ebenso muss in diesem Kontext angemerkt werden, dass Zweifel bestehen, ob zwischen den unterschiedlichen Empfängerländern aufgrund der Tatsache, dass die Verteilung der Programme auf die Förderrunden (die Anzahl der Programme sowie deren Anzahl an Indikatoren) stark variiert, überhaupt Vergleichbarkeit besteht.

Weiter ist festzustellen, dass die Kategorisierung der Länder nach Weltbankindex keinen Unterschied im Hinblick auf einen höheren oder niedrigeren Anteil an Indikatoren in der Kategorie CB macht. Die beiden MIC Indien und Sri Lanka grenzen sich bei der Verteilung der Indikatoren über die einzelnen Runden nicht signifikant von dem LIC Bangladesch ab. Basierend auf diesen Ergebnissen und Problemen ist abschließend zu sagen, dass im Kontext der Überprüfung der möglichen Erklärungsvariable Empfängerland zu viele andere intervenierende Variablen auftreten und die potentiell erklärende Variable auf deren Erklärungskraft hin nicht isoliert betrachtet werden kann. In der Folge ist, aufgrund eines Mangels an Vergleichbarkeit, keine Hypothese bezüglich eines zu erkennenden Musters in der Verteilung der Indikatoren formulierbar. Es ist nicht der Fall, dass der Anteil der Indikatoren im Bereich von CB im Zuge der Betrachtung einzelner Länder über den Verlauf der Förderrunden stetig wächst oder fällt. Auf der Grundlage der durchgeführten Betrachtung ist festzuhalten, dass die intervenierende Variable Empfängerland allein nicht als erklärende Variable herangezogen werden kann.

Erklärungskraft der untersuchten intervenierenden Variablen: Fazit

Basierend auf der durchgeführten Untersuchung der ermittelten potentiell intervenierenden Variablen und der Überprüfung der im Zusammenhang mit den Variablen formulierten Hypothesen ist anzuführen, dass keine der betrachteten Variablen allein für die Verteilung des Anteils der Indikatoren, der über den Verlauf der Förderrunden 1 bis 6 auf die Kategorie CB entfällt, Erklärungskraft besitzt.

Die im Zuge der Datenerhebung durchgeführte Einordnung der Indikatoren in das erstellte Kategorienschema und die auf Grundlage dieser Zuordnung vorgenommene Auswertung lassen keine klare und präzise Aussage über einen Trend zu einem verstärkten oder rückläufigen Engagement des GFATM im Bereich von Capacity Building über den Verlauf der sechs betrachteten Förderrunden zu. Basierend auf der dargestellten Verteilung des Anteils der Indikatoren in der Kategorie CB ist diesbezüglich kein Fazit formulierbar. Die Konsequenz hieraus ist, dass auf Grundlage der im Rahmen der Arbeit durchgeführten Erhebung und Auswertung von Indikatoren keine genauen und fehlerfreien Ergebnisse, die eine Aussage über eine Entwicklung des Förderansatzes des GFATM und damit einhergehend dem Stellenwert einer

Kapazitätenbereitstellung in den Bereichen Infrastruktur, Wissen/Know-How und personelle Ressourcen innerhalb der Programmstruktur von durch den GFATM finanzierten Programmen zulassen würden, hervorgebracht werden konnten. Als das generelle Problem ist damit die Aussagekraft der Datenlage bzw. die Tatsache, dass die Erhebung auf Grundlage von Indikatoren stattgefunden hat, zu identifizieren.

3.4.6 Abgleich: Einordnung der Indikatoren in Ebenen und Kategorien

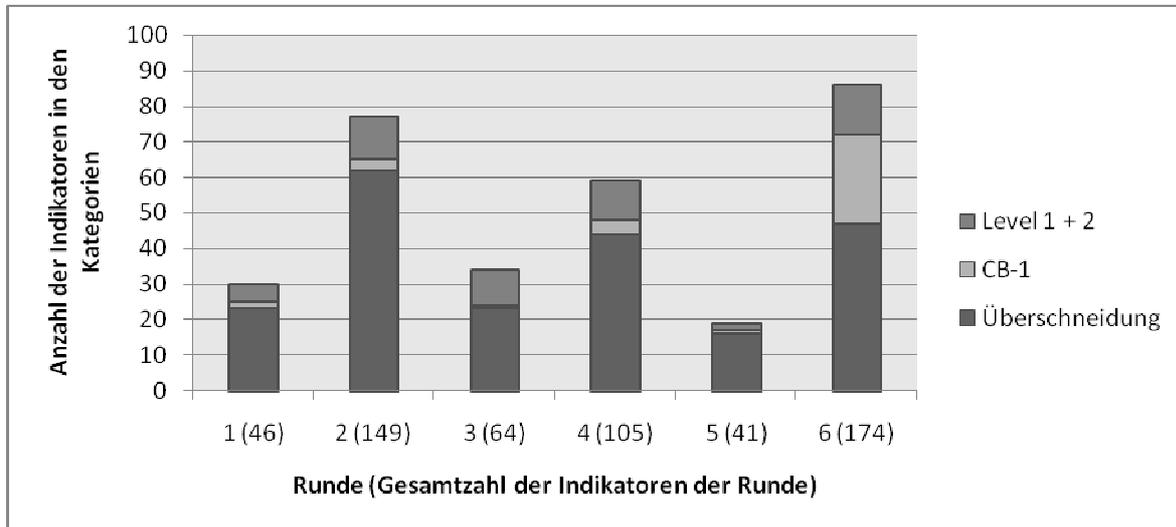
Auf Grundlage der Zählbarkeit der Indikatoren soll (wie schon unter 3.4.1 angedeutet wurde) ein Abgleich der durch den GFATM vorgenommenen Einteilung der Indikatoren in unterschiedliche Ebenen³⁵² mit der Einordnung der Indikatoren in das im Rahmen der Datenerhebung verwendete Kategorienschema erfolgen. Ein derartiger Vergleich soll Klarheit darüber bringen, ob eine Differenz zwischen der Einteilung der Indikatoren in die unterschiedlichen Ebenen und der Zuordnung der Indikatoren in die entsprechenden Kategorien des Kategorienschemas besteht. Ziel eines solchen Vergleichs ist aufzuzeigen, dass sich die Klassifikation der Indikatoren durch den GFATM von der Methode der Kategorisierung, die im Rahmen der Datenerhebung verwendet wurde, unterscheidet und folglich die beiden Ansätze und die daraus resultierenden Ergebnisse nicht direkt miteinander vergleichbar sind.

Es soll verglichen werden, inwieweit der GFATM die selben Indikatoren unter *Level 1-People trained* und *Level 2-Service Points supported* fasst, die im Rahmen der Erhebung der Kategorie CB zugeordnet wurden, und inwieweit Indikatoren, die dem *Level 3-People reached* zugeordnet werden, auf die Kategorie IBP entfallen sind. Der Vergleich der Einordnung der Indikatoren anhand der unterschiedlichen Kategorisierungen stellt sich wie folgt dar:

³⁵² Innerhalb des Monitoring und Evaluationssystems des GFATM werden die Indikatoren in den Grant Performance Reports jeweils einer von vier Ebenen zugeordnet: *Level 0-Process/Activity Indicator*; *Level 1-People trained*; *Level 2-Service Points supported* und *Level 3-People reached*.

Indikatoren in der Kategorie CB und Level 1-People trained sowie Level 2-Service Points supported

Abbildung 7: Verteilung der Indikatoren auf die Kategorien Überschneidung, CB-1 und Level 1 & 2 über die Förderrunden 1 bis 6



Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 5: Anzahl der Indikatoren in den Kategorien Überschneidung, CB-1 und Level 1 & 2

Runde	Überschneidung	CB-1	Level 1 & 2
1	23	2	5
2	62	3	12
3	23	1	10
4	44	4	11
5	16	1	2
6	47	25	14

Quelle: eigene Darstellung.

Die Zahlen sind wie folgt zu verstehen: Der Wert der Kategorie Überschneidung zusammen mit dem der Kategorie CB-1³⁵³ stellt die Anzahl der Indikatoren dar, die bei der durchgeführten Kategorisierung auf die Kategorie CB entfallen sind. Der Wert der Kategorie Überschneidung zusammen mit dem Wert der Kategorie Level 1 & 2 stellt die Anzahl der Indikatoren dar, die im System des GFATM *Level 1-People trained* und *Level 2-Service points supported*³⁵⁴ zugerechnet werden. Am Beispiel von Runde 1 sind bei der durchgeführten Datenerhebung demnach 25 Indikatoren auf die Kategorie CB-1 entfallen, wohingegen 28 Indikatoren im System des GFATM den Levels *1-People trained* und *2-Service Points supported* zuge-

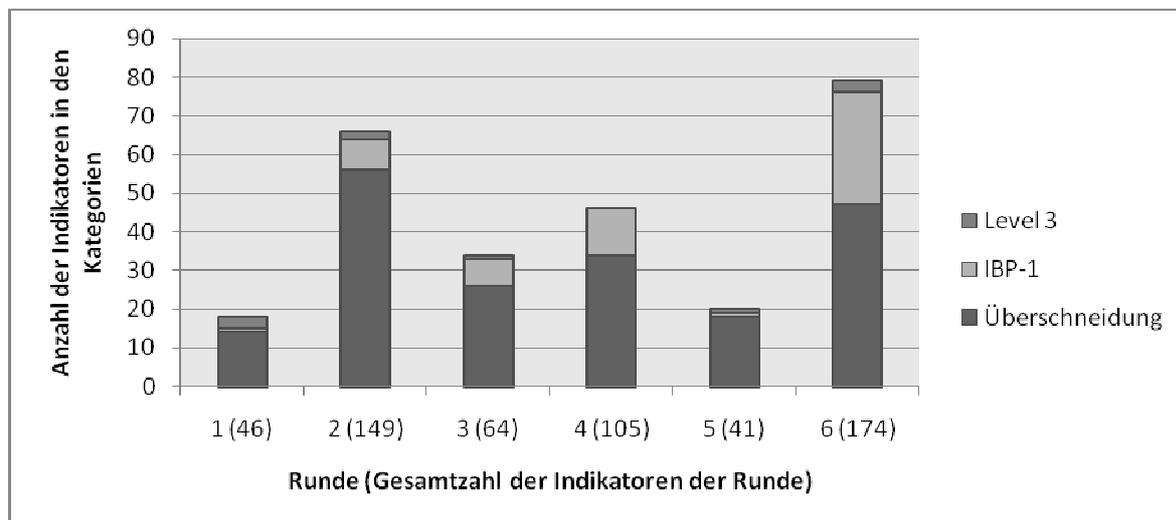
³⁵³ Die Kategorie CB-1 wird aus Verständnisgründen eingeführt, da sich die Zahlen hierfür von denen der im Rahmen der Datenerhebung verwendeten Kategorie CB unterscheiden.

³⁵⁴ Die im Wesentlichen durch ihren Charakter der Kategorie CB entsprechen und deshalb mit dieser verglichen werden.

ordnet werden; die Differenz in der Einteilung beträgt damit drei Indikatoren. Die Grafiken zeigen, dass die Zahl der Indikatoren, die im Rahmen der durch den GFATM durchgeführten Einteilung *Level 1-People trained* und *Level 2-Service points supported* zugeordnet werden, mit Ausnahme von Runde 6, höher ist als die der Indikatoren, die bei der durchgeführten Datenerhebung auf die Kategorie CB entfallen sind, wenn auch manchmal nur minimal.³⁵⁵ Die sechste Runde stellt die einzige Runde dar, in der die Anzahl der Indikatoren in der Kategorie CB die der von *Level 1-People trained* und *Level 2-Service points supported* übersteigt. In keiner der sechs Runden ist die Anzahl der Indikatoren, die auf die Kategorie CB und die Ebenen *1-People trained* und *2-Service points supported* entfallen, deckungsgleich.

Indikatoren in der Kategorie IBP und Level 3-People reached

Abbildung 8: Verteilung der Indikatoren auf die Kategorien Überschneidung, IBP-1 und Level 3 über die Förderrunden 1 bis 6



Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 6: Anzahl der Indikatoren in den Kategorien Überschneidung, IBP-1 und Level 3

Runde	Überschneidung	IBP-1	Level 3
1	14	1	3
2	56	8	2
3	26	7	1
4	34	12	0
5	18	1	1
6	47	29	3

Quelle: eigene Darstellung.

³⁵⁵ In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass gemessen an der Gesamtzahl der Indikatoren je Runde die Unterschiede in der Kategorisierung manchmal nur minimal sind und folglich von einer gewissen Vergleichbarkeit der Einteilungen gesprochen werden könnte. Ziel dieses Abgleichs ist allerdings nicht die Bewertung von Unterschieden. Es soll lediglich dargestellt werden, dass der Einteilung in Ebenen durch den GFATM und der im Rahmen der Datenerhebung durchgeführten Kategorisierung von Indikatoren unterschiedliche Herangehensweisen zu Grunde liegen und in der Folge keine direkte Vergleichbarkeit von Ergebnissen möglich ist.

Die Zahlen sind genauso wie bei den vorangegangenen Darstellungen zu verstehen: Der Wert in der Kategorie Überschneidung zusammen mit dem der Kategorie IBP-1³⁵⁶ stellt die Anzahl der Indikatoren dar, die im Rahmen der durchgeführten Kategorisierung auf die Kategorie IBP entfallen sind. Der Wert der Kategorie Überschneidung zusammen mit dem Wert der Kategorie Level 3 stellt die Anzahl der Indikatoren dar, die im System des GFATM *Level 3-People reached* zugerechnet werden.³⁵⁷ Es ist deutlich zu erkennen, dass die Verteilung in diesem Zusammenhang entgegengesetzt zu der Verteilung ist, die sich bei dem Abgleich der Werte für die Kategorien CB, Überschneidung und Level 1 & 2 ergeben hat. Die Anzahl der Indikatoren, die im Zuge der durchgeführten Datenerhebung der Kategorie IBP zugeordnet wurden, ist über die sechs Runden bis auf die erste und fünfte Runde durchgängig höher als die, die im Rahmen der durch den GFATM durchgeführten Einteilung auf *Level 3-People reached* entfällt. In der ersten Runde ist die Anzahl der Indikatoren, die durch den GFATM *Level 3-People reached* zugeordnet werden, höher als die, die bei der Datenerhebung auf die Kategorie IBP entfallen sind. Anders als bei dem Vergleich der Kategorie CB mit *Level 1-People trained* und *Level 2-Service points supported* existiert mit der fünften Förderrunde eine Runde, in der die Anzahl der Indikatoren, die der Kategorie IBP und *Level 3-People reached* zuzurechnen sind, übereinstimmt. Die Verteilung veranschaulicht, dass die Einteilung der Indikatoren in die Kategorien des verwendeten Kategorienschemas und in Ebenen stark voneinander abweichen und keine direkte Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Kategorisierungen und der hervorgebrachten Werte besteht. Die Werte der sechsten Runde unterstreichen dies explizit.

Fazit: die verwendeten Methoden der Kategorisierung sind nicht miteinander vergleichbar

Die Darstellungen zeigen, dass die im Monitoring und Evaluationssystem des GFATM verwendete Methode der Einteilung der Indikatoren in unterschiedliche Ebenen nicht mit der Methode der Kategorisierung, welche der durchgeführten Datenerhebung zugrunde liegt, vergleichbar ist. Folglich können die Werte, die der GFATM für Capacity Building angibt, nicht mit den Ergebnissen, die die Datenerhebung hervorgebracht hat, verglichen werden. Weiterhin ist hervorzuheben, dass die Angaben über den Anteil von Capacity Building einzelner Förderprogramme im Rahmen dieser Arbeit auf der Grundlage einer Auswertung von Indika-

³⁵⁶ Die Kategorie IBP-1 wird aus Verständnisgründen eingeführt, da sich die Zahlen hierfür von denen der im Rahmen der Datenerhebung verwendeten Kategorie IBP unterscheiden.

³⁵⁷ Die Werte für diese beiden Kategorien werden aufgrund des gleichen Charakters der Indikatoren in der Kategorie IBP, welche sich letztlich auf die durch die Maßnahmen erreichten Menschen bezieht, und *Level 3-People reached* miteinander verglichen.

toren eines Förderprogramms basieren und allein deswegen schon komplett andere Zahlen und Werte zum Ergebnis haben. Um Vergleichbarkeit zu garantieren, wären genaue Geldbeträge, die den einzelnen Indikatoren zugeordnet werden können, notwendig gewesen; damit hätten genauere Ergebnisse, die in der Folge mit den Angaben des GFATM vergleichbar gewesen wären, hervorgebracht werden können.

4. Schluss

Abschließend sollen die Ergebnisse der Analyse zusammenfassend dargestellt und der Rückbezug von der Fallstudie zu Global Governance hergestellt sowie die Bedeutung der Ergebnisse für den Einsatz von unterschiedlichen Governance-Arrangements im Bereich von Global Public Health erläutert werden. In diesem Zusammenhang soll die Frage diskutiert werden, inwiefern der GFATM als ein Akteur im Bereich von Global Health Governance das Potential zur Erfüllung der drei Funktionen von Public Health besitzt, um eine effektive Implementierung von Problemlösungsstrategien auf der lokalen Ebene und damit einhergehend Problembearbeitung im Bereich von Global Public Health zu leisten. Darauf aufbauend werden Probleme und offene Fragen, die sich im Verlauf der Arbeit ergeben haben, dargestellt; in diesem Kontext wird ebenso eine Bewertung der Datenlage stattfinden. Abschließend soll auf dieser Grundlage die Notwendigkeit von weitergehenden Forschungsprojekten im untersuchten Bereich aufgezeigt werden.

4.1 ***Zusammenfassung und Rückbezug: die Ko-Regulierung als eine „sinnvolle“ Governance-Form für den Bereich von Global Public Health?***

Theoretische Relevanz der Ergebnisse

Es stellt sich an dieser Stelle die Frage nach der theoretischen Relevanz der Ergebnisse. Zunächst einmal ist festzustellen, dass die eingangs formulierte Hypothese³⁵⁸ durch die einzelnen Teilbedingungen, die von den dargestellten theoretischen Ansätzen abgeleitet werden konnten, bekräftigt und in ihren Annahmen legitimiert wurde. Die in die Arbeit eingeflossenen Theorien haben sich damit als die für das Thema relevanten bestätigt. Der dargelegte For-

³⁵⁸ Welche davon ausgeht, dass die Förderziele einer PPP innerhalb der Förderstrategie derartig konkretisiert werden müssen, dass in der Folge innerhalb von Förderprogrammen der Einsatz von Instrumenten und Maßnahmen des Capacity Building als Bedingung für eine effektive Durchführung von Problembearbeitungsstrategien durch lokale Implementierungsstrukturen vorgesehen ist, um die effektive Bearbeitung der Ursachen transnationaler Probleme auf der lokalen Ebene zu ermöglichen.

schaftsstand in Bezug auf Global Governance, Global Public Health, Public-Private Partnerships, Effektivitätskonzepte, die Ergebnisse der Implementationsforschung und Capacity Building hat sich als angemessene Grundlage für die darauf aufbauende Untersuchung mit dem Ziel der Beantwortung der Forschungsfrage anhand der Fallstudie des GFATM erwiesen.

Rückbezug: die Form der Ko-Regulierung als eine „sinnvolle“ Form von Governance?

Basierend auf den empirischen Ergebnissen in Abhängigkeit der theoretischen Annahmen der Arbeit soll der Rückbezug zur Governance-Leistung und Problemlösungsfähigkeit des untersuchten Governance-Arrangements, einer PPP ko-regulierenden Charakters, hergestellt werden. Im Verlauf der Arbeit wurde einer deduktiven Vorgehensweise entsprechend vom Allgemeinen ins Spezielle geführt: von Global Governance über Global Health Governance und Global Health Partnerships als Akteure in diesem Bereich in Form von PPP über die unterschiedlichen Ausprägungen von PPP mit dem Zweck, als spezielles Governance-Arrangement Problembearbeitung im Hinblick auf spezifische Governance-Probleme zu leisten, und schließlich hin zur näheren Betrachtung einer PPP ko-regulierenden Charakters im Bereich von Global Public Health, dem GFATM.

Abschließend soll nun im Gegensatz dazu induktiv vom Speziellen ins Allgemeine geführt werden, um die eingangs aufgeworfene Frage nach der Governance-Leistung bzw. der Problemlösungsfähigkeit des Kooperationszusammenschlusses beantworten zu können. Die notwendige Bedingung hierfür stellt, wie gezeigt wurde, eine Kapazitätenbereitstellung mit dem Ziel des Aufbaus einer lokalen Implementierungsstruktur zur effektiven Programmimplementation im Sinne von Capacity Building dar, womit eine effektive Problembearbeitung und entsprechend die Problemlösungsfähigkeit einer Form von Governance einhergeht. Von der Antwort auf die Frage nach der Problemlösungsfähigkeit des GFATM hängt im Weiteren ab, inwiefern die Form der Ko-Regulierung als spezielle Form von PPP und von Governance im Bereich von Global Public Health und Global Governance als ein „sinnvolles“ Governance-Arrangement betrachtet werden kann.

Legitimationsgrundlagen des GFATM: Transparenz und Problemlösungsfähigkeit

In seiner Selbstdarstellung vertritt der GFATM neben dem Anspruch auf ein hohes Maß an Transparenz den Anspruch, durch seinen integrierten Förderansatz – welcher durch die Förderung der Elemente Prävention und Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der lokalen Bedürfnisse und Gegebenheiten geprägt ist – in effektiver Art und Weise durch die Bereitstellung zusätzlicher Fördermittel im Kampf gegen HIV/AIDS, TB und Malaria Prob-

lombearbeitung im Hinblick auf die Bekämpfung der drei Infektionskrankheiten zu leisten. Diese Ansprüche stellen die Legitimationsgrundlage des GFATM dar. Die Untersuchung der PPP GFATM orientierte sich weitestgehend an diesen Ansprüchen. Folglich wurde anhand der öffentlich zugänglichen Informationen untersucht, inwieweit entsprechend der lokalen Bedürfnisse ein Auf- und Ausbau der lokalen Implementierungsstruktur stattfindet, um durch die vergebenen Fördermittel eine effektive Problembearbeitung auf lokaler Ebene zu gewährleisten.

Überprüfung des selbst formulierten Anspruchs auf ein hohes Maß an Transparenz

Die zum Zweck der Beantwortung der Forschungsfrage durchgeführte Datenerhebung stützte sich auf die durch den GFATM auf dessen Homepage öffentlich zur Verfügung gestellten Dokumente und Daten. Gemäß seines Anspruchs, ein hohes Maß an Transparenz aufzuweisen, sollte auf der Grundlage der dort bereitgestellten Informationen eine Beantwortung der Frage, ob die sehr allgemein formulierten Förderziele des GFATM so in eine Förderstrategie umgesetzt sind und in der Folge (durch den gezielten Einsatz von Instrumenten und Maßnahmen zur Bearbeitung der Ursachen transnationaler Probleme im Rahmen des Förderansatzes) die Performanz der lokalen Implementierungsstruktur derart beeinflusst wird, dass diese im Ergebnis die Anforderungen der komplexen Performanz erfüllen, möglich sein.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde im Rahmen der durchgeführten empirischen Studie ein Kategorienschema erstellt, um im Zuge der Datenerhebung die Indikatoren aus den untersuchten Grant Performance Reports den unterschiedlichen Kategorien zuzuordnen (je nach dem Bereich, den die konkrete Maßnahme abdeckt). Auf der Grundlage des Anteils der Indikatoren, der in die Kategorie CB eingeordnet werden konnte – diese Indikatoren beschreiben Maßnahmen des Capacity Building bzw. ursachenadäquate Policy-Instrumente – wurden schließlich die Forschungsergebnisse formuliert. Anhand der Ergebnisse konnten jedoch lediglich Aussagen über den Anteil der Indikatoren eines Förderprogramms bzw. einer Förderrunde, der Maßnahmen des Capacity Building beschreibt, getroffen werden. Konkrete Aussagen konnten weder über ein verstärktes oder rückläufiges Engagement des GFATM im Bereich von Capacity Building über den Verlauf der sechs Förderrunden hinweg noch über den Anteil der Fördermittel, der einer Kapazitätenbereitstellung im Sinne von Capacity Building zukommt, gemacht werden. Auf der Grundlage der bei der Datenerhebung verwendeten Dokumente und Daten konnten keine Ergebnisse hervorgebracht werden, die präzise Aussagen zur Beantwortung der Forschungsfrage zulassen. Der selbst formulierte Anspruch des GFATM auf ein hohes Maß an Transparenz kann durch die durchgeführte Untersuchung nur

eingeschränkt bestätigt werden. Zwar wird eine Vielzahl von Informationen und Dokumenten durch den GFATM für die Öffentlichkeit bereitgestellt, allerdings sind die Bedingungen für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht gegeben.

Aussagekraft der empirischen Ergebnisse im Hinblick auf die Problemlösungsfähigkeit

Infolgedessen stellt sich nun die Frage, inwieweit die Problemlösungsfähigkeit, die im Kontext der Arbeit in Abhängigkeit eines Auf- und Ausbaus einer effektiven Implementierungsstruktur gesetzt wurde, als Legitimationsgrundlage des GFATM neben der nur eingeschränkt vorhandenen Transparenz bestätigt werden kann.

Der GFATM stellt ein Finanzierungsinstrument in Form einer Ko-Regulierung im Bereich von Global Public Health dar, welche auf transnationaler Ebene private und öffentliche Akteure zu gleichen und legitimen Partnern bei der Ausübung von Governance erhebt. Als PPP ko-regulierenden Charakters ist der GFATM gegenüber rein zwischenstaatlichen Arrangements theoretisch in der Lage die Input- sowie Output-Legitimität transnationalen Regierens zu erhöhen: durch die Einbeziehung zivilgesellschaftlicher Akteure kann PPP eine verstärkte Agenda-Setting-Funktion, Gemeinwohlorientierung und Graswurzelverankerung nachgesagt werden, was eine erhöhte Akzeptanz in der Gesellschaft mit sich bringt und die Problemlösungsfähigkeit sowie Input-Legitimität der PPP positiv beeinflusst. Darüber hinaus verfügen PPP durch die Einbeziehung nichtstaatlicher Akteure über zusätzliche Ressourcen materieller und immaterieller Natur, welche positiv die Problemlösungsfähigkeit bzw. Output-Legitimität dieser Form von Governance beeinflussen können. Mit dem Typus der Ko-Regulierung gehen folglich Annahmen über eine erhöhte Input- und Output-Legitimität des GFATM einher.

Im Kontext der Arbeit erfolgte die Betrachtung der PPP ko-regulierenden Charakters unter der Prämisse des GFATM als Akteur im Bereich von Global Public Health. Zur Bewertung der Governance-Leistung des GFATM im Sinne von Problemlösungsfähigkeit müssen dieser Aspekt und die Bedingungen, die sich hieraus ergeben, in die Schlussbetrachtung einfließen. Wie zu Beginn der Arbeit dargestellt, sollten neue Formen transnationalen Regierens im Bereich von GHG, um als leistungsfähig und legitim zu gelten, das Potential besitzen, auf effektive und nachhaltige Art und Weise ein Informations- und Kapazitätsdefizit – im Bereich von Global Public Health stellen diese Defizite die Schwachstellen dar, die weitestgehend das Ausmaß des Problems transnationaler Infektionskrankheiten bedingen – ausgleichen zu können. Bei der Beurteilung der Problemlösungsfähigkeit des GFATM als Akteur im Bereich von Global Public Health muss dieser folglich die drei Funktionen von Public Health –

Situationsbeschreibung, Strategieentwicklung und Kapazitätenbereitstellung, um Implementierung zu gewährleisten – erfüllen können.

Durch das Auftreten als Finanzierungsfonds ohne Personal vor Ort und das Förderprinzip der nationalen Eigentümerschaft überlässt der GFATM die Aufgabe der *Situationsbeschreibung* der zentralen Institution im Empfängerland, dem CCM, der für die Antragsformulierung zuständig ist. So soll garantiert werden, dass die Grundbedürfnisse auf der nationalen Ebene ausschlaggebend für den Antragsinhalt sind. Es wird davon ausgegangen, dass so die Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustands präziser ist und Gesundheitsprobleme, Dringlichkeiten sowie Prioritäten durch die nationale Institution des CCM besser beurteilt und identifiziert werden können. Die identifizierten lokalen und nationalen Probleme im Gesundheitsbereich sollen wegweisend für die *Strategieentwicklung*, die Formulierung von konkreten Maßnahmen zur Bearbeitung der Ursachen dieser Probleme auf der lokalen Ebene, sein. Die Förderstrategie des GFATM, die den Rahmen für die Ausgestaltung programmspezifischer Förderansätze darstellt, wird im Bereich von Global Public Health unter dem Einfluss des Förderkontextes, welcher die Förderprinzipien des GFATM beeinflusst, und der lokalen Kontextfaktoren, welche den programmspezifischen Förderansatz beeinflussen, entwickelt, um gezielte und effektive Problembearbeitung zuzulassen. Die Förderstrategie sollte zum Ziel haben, dass alle Bevölkerungsgruppen zu angemessener und kosteneffektiver Gesundheitsversorgung Zugang haben. Wenn es die lokalen Kontextfaktoren und die Problembearbeitungsfähigkeit der Implementierungsstruktur erfordern, muss eine entsprechende *Kapazitätenbereitstellung, um eine effiziente und effektive Implementierung durch nationale und lokale Durchführungsinstanzen zu gewährleisten*, im Rahmen der Förderstrategie vorgesehen sein. Zur Bewertung der Problemlösungsfähigkeit des institutionellen Arrangements wurde demnach überprüft, inwieweit durch den GFATM im Rahmen seines Förderansatzes eine Kapazitätenbereitstellung zum Aufbau einer effektiven Implementierungsstruktur im Sinne von Capacity Building gefördert und unterstützt wird: einerseits theoretisch anhand der Darstellung der im Kontext seines Förderansatzes zulässigen und geförderten Maßnahmen, welche in den Richtlinien zur Antragsstellung für die einzelnen Runden aufgeführt sind, andererseits praktisch anhand der Untersuchung der Förderprogramme für die Region Südasien über den Verlauf der Förderunden 1 bis 6.

Die qualitative Untersuchung der Richtlinien für die Antragsstellung der einzelnen Runden ergab, dass – unter der Voraussetzung, dass zwischen der konkreten Maßnahme, welche den Auf- und Ausbau der Implementierungsstruktur zum Ziel hat, und der Bekämpfung einer oder aller drei Krankheiten ein konkreter Zusammenhang hergestellt werden kann – im Rah-

men des integrierten Förderansatzes des GFATM Maßnahmen des Capacity Building zulässig sind und durch den Förderansatz des GFATM unterstützt und finanziert werden. Der GFATM stellt damit einen Akteur im Bereich von Global Public Health dar, der theoretisch die drei Funktionen von Public Health und damit die Voraussetzungen für eine effektive Problembearbeitung erfüllen kann.

Die quantitative Untersuchung mittels der Auswertung von 49 Förderprogrammen nach Indikatoren ergab, dass empirisch im Rahmen der Programmstruktur der untersuchten Programme Maßnahmen des Capacity Building und somit der Einsatz von Policy-Instrumenten zur Ursachenbearbeitung nachgewiesen werden können. Entsprechend kann unter Heranziehung der öffentlich zugänglichen Dokumente die eingangs im Kontext der Darlegung der theoretischen Grundlagen aufgestellte *Bedingung Nr. 4*³⁵⁹ als durch die Förderstrategie des GFATM erfüllt betrachtet werden.

Jedoch variiert der Anteil der Indikatoren im Bereich von Capacity Building je nach Förderprogramm stark: gemessen an der Gesamtzahl der Indikatoren eines Förderprogramms reicht dieser von 14,29 bis zu 70 Prozent. Die empirische Untersuchung der Governance-Leistung des GFATM ergab, dass aufgrund der Datenlage keine genauen Aussagen diesbezüglich zu treffen sind.

Dem GFATM kann damit – durch die theoretische Erfüllung der Funktionen von Public Health, die Einbeziehung von unterschiedlichen Akteuren in den Entscheidungsfindungs- und Durchführungsprozess, seine Rolle als einer der Hauptgeldgeber im Bereich von Global Public Health, seine Förderprinzipien und seiner daraus resultierenden institutionellen Struktur und Förderstrategie – als Akteur ko-regulierenden Charakters gegenüber anderen Formen von Governance das Potential für eine erhöhte Problemlösungsfähigkeit zugesprochen werden. Jedoch kann basierend auf der vorhandenen Datenlage diese erhöhte Problemlösungsfähigkeit empirisch nicht bestätigt werden und es kann auf dieser Grundlage keine Aussage darüber getroffen werden, inwieweit die Form der Ko-Regulierung am Beispiel des GFATM als ein „sinnvolles“ Governance-Arrangement bewertet werden kann. Dieser Umstand soll im Folgenden im Zusammenhang mit anderen im Verlauf der Arbeit aufgetretenen Problemen und offenen Fragen diskutiert werden.

³⁵⁹ Bedingung Nr. 4: Capacity Building – die Etablierung einer geeigneten physischen Infrastruktur, die Bereitstellung und Ausbildung von personellen Ressourcen sowie die Vermittlung von technischem Wissen und Know-How – muss durch entsprechende Policy-Instrumente, deren Verwendung im Rahmen der Förderstrategie des GFATM vorgesehen ist, stattfinden, um effektive und nachhaltige Problembearbeitung im Bereich von Global Public Health zu leisten.

4.2 Probleme und offene Fragen

Methodische Probleme

Aus der vorhandenen Datenlage resultierten methodische Probleme bei der Datenerhebung. Bei der Einordnung der Indikatoren in das Kategorienschema kam es in manchen Fällen, aufgrund der Uneindeutigkeit von Indikatoren, zu Problemen bei der Zuordnung in die einzelnen Kategorien. Folglich sind der Zähleinheit der Indikatoren Mängel, die hinsichtlich der Durchführungs- und Auswertungsobjektivität der Studie angeführt werden können, zuzuschreiben. Die unzureichende Datenlage und die damit einhergehende mangelnde Aussagekraft der Daten wirkte sich in der Folge negativ auf die Aussagekraft der Ergebnisse der Studie aus.

Bewertung der Datenlage

Eine Beantwortung der Forschungsfrage ist anhand der Datenlage nur insofern möglich, dass einerseits eine Aussage über den Umfang der theoretisch zulässigen und geförderten Maßnahmen im Bereich von Capacity Building auf der Grundlage der Auswertung der Richtlinien zur Antragsstellung für die einzelnen Runden und andererseits über das nachweisbare Vorkommen von Indikatoren im Bereich von Capacity Building innerhalb der untersuchten Programme formulierbar ist. Der Stellenwert von Maßnahmen des Capacity Building innerhalb einzelner Programme konnte jedoch unter Heranziehung der durch den GFATM öffentlich zur Verfügung gestellten Daten empirisch nicht untersucht werden. Anhand der Auswertung von Indikatoren und der erzielten Ergebnisse konnte keine konkrete Aussage über den Umfang von Capacity Building im Rahmen der Förderprogramme bzw. -runden und folglich über die Governance-Leistung bzw. Problemlösungsfähigkeit des GFATM getroffen werden. Für die Analyse waren keine genaueren Daten als die in den Grant Performance Reports aufgeführten Indikatoren zugänglich. Basierend auf der Auswertung der Indikatoren kann aufgrund der Vielzahl von diskutierten potentiell intervenierenden Variablen diesbezüglich kein klares Ergebnis formuliert werden. Eine Beurteilung, inwieweit Maßnahmen des Capacity Building im Vergleich zu Maßnahmen anderen Charakters in angemessener Weise gefördert werden, und eine Bewertung der Partnerschaft hinsichtlich eines verstärkten oder rückläufigen Engagement im Bereich von Capacity Building sind nicht möglich. Dazu wären genauere Daten in Form von konkreten Geldbeträgen, die den einzelnen Maßnahmen bzw. Indikatoren zugeordnet werden können, notwendig gewesen. Folglich kann kritisch hinterfragt werden, inwieweit Anteile von Indikatoren überhaupt eine sinnvolle Aussagegrundlage darstellen. Als

generelles Problem bei der Durchführung der Datenerhebung hat sich damit die Qualität der Datenlage erwiesen.

4.3 Schlussbetrachtung und Ausblick

Schlussbetrachtung: Was heißt das konkret für die Politik?

Abschließend soll ein Policy-Bezug hergestellt und dabei erläutert werden, was die Ergebnisse konkret für die Politik, die ausgeübt wird, bedeuten. Die Studie hat gezeigt, dass die Form der Ko-Regulierung theoretisch als ein „sinnvolles“ Governance-Arrangement zur Bearbeitung transnationaler Probleme im Bereich von Public Health bewertet werden kann. Allerdings kann diese Annahme aufgrund eines Mangels an Transparenz und der damit einhergehenden Nicht-Verfügbarkeit von notwendigen Daten am Beispiel des GFATM durch die durchgeführte Untersuchung jedoch nur ansatzweise empirisch bestätigt werden.

Für die Politik bedeutet dies, dass Problembearbeitung von transnationalen Problemen im Gesundheitsbereich durch die Governance-Form der Ko-Regulierung theoretisch möglich ist; jedoch nur unter der Prämisse, dass Capacity Building im Rahmen der Strategie des betreffenden institutionellen Arrangements vorgesehen ist und so die Bedingung für eine langfristige Problembearbeitung auf der lokalen Ebene – auf der die Ursachen und Effekte transnationaler Probleme zu verorten sind – erfüllt wird.

Die Analyse hat gezeigt, dass in Bezug auf den Grad an Transparenz Kritik an der Governance-Form PPP geübt werden sollte. Generell geht ein gewisser Grad an Intransparenz mit dieser Form von Governance einher: Aus der Vielzahl von beteiligten Akteuren resultieren eine gewisse Undurchsichtigkeit und innerorganisatorische Entscheidungswege; unterschiedliche Einflussfaktoren, Machtungleichgewichte etc. bleiben im Verborgenen und sind für die Öffentlichkeit nicht einsehbar. In der Folge entstehen Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Effektivität und Effizienz eines derartigen Governance-Arrangements. Für die Politik ergibt sich hieraus ein Entscheidungsproblem in der Wahl eines speziellen Governance-Arrangements zur Bearbeitung eines auftretenden Problems: Auf welcher Grundlage soll die Entscheidung für eine Problembearbeitung durch PPP getroffen werden, wenn aufgrund eines generellen Mangels an Transparenz empirisch keine Bewertung der Problemlösungsfähigkeit dieser Form von Governance vorgenommen werden kann? Die Forderung nach mehr Transparenz bei der Governance-Form PPP erscheint damit unumgänglich.

Ausblick: Notwendigkeit weiterführender Studien

Basierend auf den hervorgebrachten Ergebnissen ist eindeutig zu erkennen, dass Bedarf an weiterführenden Studien besteht und es kann ein klares Bild gezeichnet werden, wo weitere Forschung ansetzen sollte. Anschließender Forschungsbedarf ergibt sich eindeutig aufgrund eines Mangels an Transparenz und der schlechten Qualität der Datenlage. Hierbei sollte zwischen zwei Ebenen unterschieden werden: Zum einen muss der Umfang der zur Verfügung gestellten Daten auf der Ebene des GFATM und zum anderen auf der Ebene der Empfängerländer zunehmen, um in der Folge die Bedingungen für eine differenzierte Betrachtung des Förderansatzes und der Verwendung der Gelder – mit dem Ziel Schwachstellen identifizieren und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen zu können – herzustellen.

Forschungsbedarf auf der Ebene des GFATM

Wie die Untersuchung gezeigt hat, besteht weiterer Forschungsbedarf, um die Forschungsfrage in angemessener Art und Weise beantworten und damit die nachhaltige Problemlösungsfähigkeit des GFATM bewerten zu können. Dazu sollte der Zugang zu exakteren Daten als Indikatoren durch den GFATM ermöglicht werden, damit sowohl die Bedingung für das Erlangen von verwertbaren Ergebnissen als auch für Vergleichbarkeit und Nachprüfbarkeit von durch den GFATM gemachten Angaben als gegeben betrachtet werden kann.

Konkret heißt das, dass exakte Geldbeträge für die einzelnen Maßnahmen, die während der Laufzeit eines Programms zur Zielerreichung durchgeführt werden, durch den GFATM offen gelegt werden müssen, um Aussagen bezüglich seiner Problemlösungsfähigkeit treffen zu können. Die nachhaltige Bearbeitung transnationaler Probleme ist abhängig von einer effektiven Problembearbeitung auf der lokalen Ebene, auf der die Ursachen und Effekte transnationaler Probleme zu verorten sind. Allein auf der Grundlage von Angaben hinsichtlich der Anzahl von Menschen, die Behandlung erhalten, verteilten Moskitonetzen oder Angaben bezüglich eines Rückgangs der Zahl der Neuinfektionen und Sterbefälle (im Zusammenhang mit den drei Infektionskrankheiten) kann zwar eine Bearbeitung der Symptome der transnationalen Probleme durch den resultatorientierten Charakter des GFATM und dessen kurzfristige Problemlösungsfähigkeit bestätigt werden, allerdings sagen derartige Angaben nichts über eine nachhaltige Problembearbeitung durch den GFATM im Bereich von Global Public Health aus. Die relevanten Daten für eine genaue Untersuchung des Umfangs der Verwendung von Instrumenten zur Ursachenbearbeitung durch den GFATM sind allerdings nicht zugänglich und eine Bewertung des nachhaltigen Beitrags zur Problembearbeitung des GFATM im Bereich von Global Public Health ist damit nicht möglich.

Auf der Grundlage exakter Geldbeträge, die den einzelnen Indikatoren der Förderprogramme zuzuordnen sind, könnte eine Aussage diesbezüglich getroffen werden und des Weiteren die Frage nach der Richtigkeit der durch den GFATM gemachten Angaben zum Anteil der Fördermittel von Förderabkommen, die in HSS oder andere Bereiche fließt, gestellt und beantwortet werden. Der GFATM vertritt, wie dargestellt, offiziell die Position, dass mehr als 50 Prozent der Fördermittel der krankheitsspezifischen Förderabkommen indirekt in HSS fließen. Allerdings sind diese Angaben anhand der öffentlich zugänglichen Daten und Dokumente nicht nachprüfbar. Es muss kritisch hinterfragt werden, auf welcher Grundlage der GFATM diese Zahlen erstellt und warum, wenn wirklich ein derart hoher Anteil der Fördermittel in HSS fließt, die notwendigen Daten für eine Nachprüfung dieser Angabe nicht öffentlich zugänglich gemacht werden. Auf einer fundierten Datengrundlage wäre eine externe Evaluierung bzw. Überprüfung von durch den GFATM gemachten Angaben möglich. Weitergehende Studien könnten im Fall der Offenlegung der genauen Verwendung der Fördermittel an dieser Stelle ansetzen und die Nachprüfung entsprechender offizieller Angaben des GFATM zum Thema haben bzw. deren Genauigkeit untersuchen.

Forschungsbedarf auf der Ebene der Empfängerländer

Ebenso besteht weiterer Forschungsbedarf auf der Ebene der Empfängerländer, um eine Aussage darüber treffen zu können, ob die Fördermittel tatsächlich im angegebenen Maße in Capacity Building fließen. Dazu würden genauere Daten auf dieser Ebene benötigt werden. Im Rahmen anschließender Studien wäre es durchaus interessant zu untersuchen, wie die Fördermittel für einzelne Maßnahmen tatsächlich durch die Förderempfänger verwendet werden. Kritisch müsste hierbei nachgeprüft werden, ob die Fördergelder wirklich in dem Umfang den entsprechenden Maßnahmen zugute kommen wie angegeben wird. Konkret ist in diesem Zusammenhang interessant, inwieweit unter dem Druck schnelle Resultate erzielen zu müssen Fördergelder wirklich in der vorgesehenen Höhe für Maßnahmen des Capacity Building mit dem Ziel der Ursachenbearbeitung ausgegeben werden oder ob nicht für den Bereich von Capacity Building vorgesehene Fördermittel anderweitig verwendet und die betreffenden Gelder für die Bearbeitung der Symptome des transnationalen Problems, d.h. auf Maßnahmen resultatorientierten Charakters, umverteilt werden. Die Daten, die für eine genauere Untersuchung eines Förderprogramms oder eines Förderlandes benötigt werden würden, sind jedoch mit der Notwendigkeit verbunden, vor Ort Nachforschungen über die genaue Verwendung der Fördermittel durch den jeweiligen PR anzustellen und selbst in einem solchen Fall ist es fraglich, ob der Zugang zu allen benötigten Daten möglich ist.

Weitere Forschungsprojekte könnten somit zum Ziel haben durch Forschung vor Ort präzise Ergebnisse über die konkrete Verwendung von Fördermitteln auf der nationalen bzw. lokalen Ebene sowie über den Anteil der Fördermittel, der Maßnahmen des Capacity Building zugute kommt und damit an der Bearbeitung der Ursachen des Problems transnationaler Infektionskrankheiten ansetzt, zu erzielen. Bei einer Betrachtung von Angaben, die diesbezüglich durch den GFATM gemacht werden, existiert immer ein gewisser Grad an Unsicherheit, der nicht ausgeschlossen werden kann, da der GFATM selbst nicht das Potential besitzt genau nachprüfen zu können, wie die Fördermittel einer derart großen Anzahl von durch ihn finanzierten Förderprogrammen im Detail verwendet werden.

Fazit: Forschungsbedarf auf der transnationalen, nationalen und lokalen Ebene wird am Beispiel des GFATM deutlich

Abschließend ist festzuhalten, dass die durchgeführte Studie deutlich macht, dass in großem Maße weiterer Forschungsbedarf im untersuchten Bereich besteht: einerseits auf transnationaler Ebene in Bezug auf den Bereich von Global Public Health, PPP als institutionelles Arrangement zur Bearbeitung von spezifischen Governance-Problemen sowie speziell zur untersuchten Form der Ko-Regulierung; andererseits auf nationaler und lokaler Ebene bei den einzelnen Institutionen des GFATM wie z.B. den Institutionen der CCM oder der PR bezüglich ihrer Rolle als Implementierungseinheit von Maßnahmen bzw. Empfänger der Fördermittel. Zudem muss angeführt werden, dass das bei der Darlegung des Forschungsstandes beschriebene Problem, dass PPP ein äußerst dynamisches Feld darstellen, und das daraus resultierende Problem von schnell veralteten Studien sich bei dieser Untersuchung des GFATM bemerkbar gemacht hat: Während des Untersuchungszeitraums erfolgte eine Umstellung der Homepage des GFATM, eine Vielzahl von auf der Homepage zugänglichen und im Rahmen der Arbeit verwendeten Dokumenten war teilweise nicht mehr verfügbar und Neuauflagen von durch den GFATM herausgegebenen Publikationen sind während des Untersuchungszeitraums erschienen.³⁶⁰ Es kann folglich nicht ausgeschlossen werden, dass mit dem Beenden der Arbeit schon neuere Entwicklungen, die jedoch nicht mehr in die Analyse einfließen konnten, in Bezug auf das Thema erkennbar sind.

³⁶⁰ In diesem Kontext ist insbesondere das in der Arbeit herangezogene Monitoring and Evaluation Toolkit zu nennen, das 2006 in der 2. Auflage herausgegeben wurde. Im Februar 2009 erschien eine Neuauflage, deren Inhalt jedoch nicht mehr in die Analyse einfließen konnte.

Infolge der Ergebnisse und Erkenntnisse der durchgeführten Studie und der aufgezeigten Notwendigkeit von weitergehender Forschung in diesem Bereich ist hervorzuheben, dass weiterführende Studien zunächst zum Ziel haben sollten, eine genauere Datenlage in Bezug auf die Verwendung der Fördermittel des GFATM – sei es durch Kooperation mit dem Stellen des GFATM in Genf oder den nationalen Institutionen vor Ort, den PR oder den nationalen Gesundheitsministerien – herzustellen. Basierend auf einer genaueren Datengrundlage kann an diese Studie anschließende Forschung versuchen, neuere Entwicklungen in weiteren Analysen aufzugreifen und Antworten auf die aufgezeigten Fragen, die weitergehenden Forschungsbedarf bestätigen, zu liefern, um so einen Beitrag im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit leisten zu können.

Literaturverzeichnis

I. Wissenschaftliche Literatur:

- Andonova, Liliana B. (2006): Globalization, Agency, and Institutional Innovation: The Rise of Public-Private Partnerships in Global Governance. Goldfarb Center for Public Affairs and Civic Engagement, Working Paper 2006-004. Waterville, ME.
- Archer, Clive (2001): International Organizations. 3. Aufl. London/New York: Routledge.
- Barnett, Tony/Whiteside, Alan (2002): AIDS in the Twenty-First Century. Disease and Globalization. Houndmills, NY: Palgrave Macmillan.
- Bartsch, Sonja (2007): The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, in: Hein, Wolfgang/Bartsch, Sonja/Kohlmorgen, Lars (Hrsg.): Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS. Houndmills, NY: Palgrave Macmillan. S. 146-171.
- Behnke, Joachim/Baur, Nina/Behnke, Nathalie (2006): Empirische Methoden der Politikwissenschaft. Paderborn: UTB 2695, Verlag Ferdinand Schöningh.
- Beisheim, Marianne/Liese, Andrea/Ulbert, Cornelia (2007a): Governance durch Public Private Partnerships in schwachen Staaten – Beispiele aus den Bereichen Wasserversorgung, Ernährung und Gesundheit, in: Beisheim, Marianne/Schuppert, Gunnar Folke (Hrsg.): Staatszerfall und Governance. Baden-Baden: Nomos. S. 326-345.
- Beisheim, Marianne/Liese, Andrea/Ulbert, Cornelia (2007b): Erfolgsbedingungen transnationaler Partnerschaften: Hypothesen und erste Ergebnisse, in: Risse, Thomas/Lehmkuhl, Ursula (Hrsg.): Regieren ohne Staat? Governance in Räumen begrenzter Staatlichkeit. Baden-Baden: Nomos. S. 247-271.
- Beisheim, Marianne/Liese, Andrea/Ulbert, Cornelia (2008): Transnationale öffentlich-private Partnerschaften – Bestimmungsfaktoren für die Effektivität ihrer Governance-Leistungen, in: Schuppert, Gunnar Folke/Zürn, Michael (Hrsg.): Governance in einer sich wandelnden Welt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 452-474.
- Benner, Thorsten/Obser, Andreas/Reinicke, Wolfgang H./Witte, Jan Martin (2001): Global Public Policy: Chancen und Herausforderungen vernetzten Regierens, in: Zeitschrift für Politik 48(4). S. 359-374.
- Benz, Arthur (2004): Einleitung: Governance – Modebegriff oder nützliches sozialwissenschaftliches Konzept?, in: Benz, Arthur (Hrsg.): Governance. Regieren in komplexen Regelsystemen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 11-28.
- Börzel, Tanja A. (2002): Non-State Actors and the Provision of Common Goods: Compliance with International Institutions, in: Héritier, Adrienne (Hrsg.): Common Goods. Reinventing European and International Governance. Lanham, Md.: Rowman & Littlefield Publishers. S. 159-182.
- Börzel, Tanja A. (2007): Regieren ohne den Schatten der Hierarchie: Ein modernisierungstheoretischer Fehlschluss?, in: Risse, Thomas/Lehmkuhl, Ursula (Hrsg.): Regieren ohne Staat? Governance in Räumen begrenzter Staatlichkeit. Baden-Baden: Nomos. S. 41-63.
- Börzel, Tanja A. (2008): Der "Schatten der Hierarchie" – Ein Governance-Paradox?, in: Schuppert, Gunnar Folke/Zürn, Michael (Hrsg.): Governance in einer sich wandelnden Welt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 118-131.
- Börzel, Tanja A./Risse, Thomas (2005): Public-Private Partnerships: Effective and Legitimate Tools of Transnational Governance?, in: Grande, Edgar/Pauly, Louis W. (Hrsg.): Complex Sovereignty: Reconstituting Political Authority in the Twenty-first Century. Toronto/Buffalo/London: University of Toronto Press. S. 195-216.

- Brühl, Tanja/Liese, Andrea (2004): Grenzen der Partnerschaft. Zur Beteiligung privater Akteure an internationaler Steuerung, in: Albert, Mathias/Moltmann, Bernhard/Schoch, Bruno (Hrsg.): Die Entgrenzung der Politik. Internationale Beziehungen und Friedensforschung. Frankfurt: Campus. S. 162-190.
- Brühl, Tanja/Feldt, Heidi/Hamm, Brigitte/Hummel, Hartwig/Martens, Jens (Hrsg.) (2004): Unternehmen in der Weltpolitik. Politiknetzwerke, Unternehmensregeln und die Zukunft des Multilateralismus. Bonn: Stiftung Entwicklung und Frieden.
- Bull, Benedicte/McNeill, Desmond (2007): Development Issues in Global Governance. Public-Private Partnerships and Market Multilateralism. London/New York: Routledge.
- Buse, Kent/Harmer, Andrew M. (2007): Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: practice and potential, in: Social Science & Medicine 64. S. 259-271.
- Buse, Kent/Walt, Gill (2002): Globalisation and Multilateral Public-Private Health Partnerships: Issues for Health Policy, in: Lee, Kelley/Buse, Kent/Fustukian, Suzanne (Hrsg.): Health Policy in a Globalizing World. Cambridge: Cambridge University Press. S. 41-62.
- Chayes, Abraham/Chayes, Antonia Handler (1993): On compliance, in: International Organization 47(2). S. 175-205.
- Chen, Lincoln C./Evans, Timothy G./Cash, Richard A. (1999): Health as a Global Public Good, in: Kaul, Inge/Grunberg, Isabelle/Stern, Marc A. (Hrsg.): Global Public Goods. International Cooperation in the 21st century. New York/Oxford: Oxford University Press. S. 284-304.
- Child, John (1972): Organizational Structure, Environment and Performance: The Role of Strategic Choice, in: Sociology 6(1) S. 1-22.
- Child, John (1973): Predicting and Understanding Organization Structure, in: Administrative Science Quarterly 18(2). S. 168-185.
- Diekmann, Andreas (2004): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 11. Aufl. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Dingwerth, Klaus (2003): Globale Politiknetzwerke und ihre demokratische Legitimation, in: Zeitschrift für Internationale Beziehungen 10(1). S. 69-111.
- Dingwerth, Klaus (2004): Effektivität und Legitimität globaler Politiknetzwerke, in: Brühl, Tanja/Feldt, Heidi/Hamm, Brigitte/Hummel, Hartwig/Martens, Jens (Hrsg.): Unternehmen in der Weltpolitik. Politiknetzwerke, Unternehmensregeln und die Zukunft des Multilateralismus. Bonn: Stiftung Entwicklung und Frieden. S. 74-93.
- Dose, Nicolai (2008): Governance als problemorientierte Steuerung. Steuerung angesichts alter Probleme und neuer Herausforderungen, in: Schuppert, Gunnar Folke/Zürn, Michael (Hrsg.): Governance in einer sich wandelnden Welt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 77-94.
- Easton, David (1965): A Systems Analysis of Political Life. New York: Wiley.
- Forman, Shepard/Segaar, Derk (2006): New Coalitions for Global Governance: The Changing Dynamics of Multilateralism, in: Global Governance 12(2). S. 205-225.
- Giddens, Anthony (1999): Der dritte Weg. Die Erneuerung der sozialen Demokratie. Frankfurt: Suhrkamp.
- Grin, John (2006): Reflexive modernisation as a governance issue, or: designing and shaping *re*-structuration, in: Voß, Jan-Peter/Kemp, René/Bauknecht, Dierk (Hrsg.): Reflexive Governance for Sustainable Development. Cheltenham/Northampton: Edward Elgar. S. 57-80.
- Grote, Jürgen R./Gbikpi, Bernard (Hrsg.) (2002): Participatory Governance. Political and Societal Implications. Opladen: Leske & Budrich.
- Haas, Peter M./Keohane, Robert O./Levy, Marc A. (Hrsg.) (1993): Institutions for the Earth:

- Sources of Effective International Environmental Protection. Cambridge, MA: MIT Press.
- Hale, Thomas N./Mauzerall, Denise L. (2004): Thinking Globally and Acting Locally: Can the Johannesburg Partnerships Coordinate Action on Sustainable Development?, in: *The Journal of Environment & Development* 13. S. 220- 239.
- Harris, Richard L./Seid, Melinda J. (2004): Globalization and Health in the New Millennium, in: Harris, Richard L./Seid, Melinda J. (Hrsg.): *Globalization and Health*. Leiden: Brill. S. 1-46.
- Hasenclever, Andreas/Mayer, Peter/Rittberger, Volker (1997): *Theories of International Regimes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hein, Wolfgang (2003): Global Health Governance and National Health Politics in Developing Countries. Conflicts and Cooperation at the Interfaces, in: Hein, Wolfgang/Kohlmorgen, Lars (Hrsg.): *Globalisation, Global Health Governance and National Health Politics in Developing Countries. An Exploration into the Dynamics of Interfaces*. Hamburg: Deutsches Übersee-Institut. S. 33-61.
- Hein, Wolfgang/Bartsch, Sonja/Kohlmorgen, Lars (2007): Introduction: Globalization, HIV/AIDS and the Rise of Global Health Governance, in: Hein, Wolfgang/Bartsch, Sonja/Kohlmorgen, Lars (Hrsg.): *Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS*. Houndmills, NY: Palgrave Macmillan. S. 1-37.
- Héritier, Adrienne (2002): Introduction, in: Héritier, Adrienne (Hrsg.): *Common Goods. Re-inventing European and International Governance*. Lanham, Md.: Rowman & Littlefield Publishers. S. 1-12.
- Hill, Michael (1997): Implementation Theory, in: *Policy and Politics* 25(4). S. 375-385.
- Holland, Walter W./Fitzsimons, Beverley (1991): Public health – its critical requirements, in: Holland, Walter W./Detels, Roger/Knox, George (Hrsg.): *Oxford Textbook of Public Health, Vol. 3: Applications in Public Health*. New York: Oxford University Press. S. 605-611.
- Huckel, Carmen/Rieth, Lothar/Zimmer, Melanie (2007): Die Effektivität von Public-Private Partnerships, in: Hasenclever, Andreas/Wolf, Klaus Dieter/Zürn, Michael (Hrsg.): *Macht und Ohnmacht internationaler Institutionen*. Frankfurt/New York: Campus Verlag. S. 115-144.
- Kaul, Inge (2006): Exploring the Policy Space between Markets and States. Global Public-Private Partnerships, in: Kaul, Inge/Conceição, Pedro (Hrsg.): *The New Public Finance. Responding to Global Challenges*. Published for The United Nations Development Programme. New York/Oxford: Oxford University Press. S. 219-268.
- Kaul, Inge/Grunberg, Isabelle/Stern, Marc A. (1999a): Defining Global Public Goods, in: Kaul, Inge/Grunberg, Isabelle/Stern, Marc A. (Hrsg.): *Global Public Goods. International Cooperation in the 21st Century*. Published for The United Nations Development Programme. New York/Oxford: Oxford University Press. S. 2-19.
- Kaul, Inge/Grunberg, Isabelle/Stern, Marc A. (1999b): Global Public Goods: Concepts, Policies and Strategies, in: Kaul, Inge/Grunberg, Isabelle/Stern, Marc A. (Hrsg.): *Global Public Goods. International Cooperation in the 21st Century*. Published for The United Nations Development Programme. New York/Oxford: Oxford University Press. S. 450-507.
- Kaul, Inge/Mendoza, Ronald U. (2003): Advancing the Concept of Public Goods, in: Kaul, Inge/Conceição, Pedro/Le Goulven, Katell/Mendoza, Ronald U. (Hrsg.): *Providing Global Public Goods. Managing Globalization*. Published for The United Nations Development Programme. New York/Oxford: Oxford University Press. S. 78-111.
- Kaul, Inge/Conceição, Pedro/Le Goulven, Katell/Mendoza, Ronald U. (2003): How to Improve the Provision of Global Public Goods, in: Kaul, Inge/Conceição, Pedro/Le Goul-

- ven, Katell/Mendoza, Ronald U. (Hrsg.): *Providing Global Public Goods. Managing Globalization*. Published for The United Nations Development Programme. New York/Oxford: Oxford University Press. S. 21-58.
- Keohane, Robert O. (1996): *Analyzing the Effectiveness of International Environmental Institutions*, in: Keohane, Robert O./Levy, Marc A. (Hrsg.): *Institutions for Environmental Aid. Pitfalls and Promise*. Cambridge, MA/London: MIT Press. S. 3-27.
- Keohane, Robert O./Haas, Peter M./Levy, Marc A. (1993): *The Effectiveness of International Environmental Institutions*, in: Haas, Peter M./Keohane, Robert O./Levy, Marc A. (Hrsg.): *Institutions for the Earth*. Cambridge, MA: MIT Press. S. 3-24.
- Keohane, Robert O./Levy, Marc A. (Hrsg.) (1996): *Institutions for Environmental Aid. Pitfalls and Promise*. Cambridge, MA/London: MIT Press.
- Kickbusch, Ilona/Quick, Jonathan (1998): *Partnerships for health in the 21st century*, in: *World Health Statistics Quarterly* 51. S. 68-74.
- Knill, Christoph (2003): *Europäische Umweltpolitik. Steuerungsprobleme und Regulierungsmuster im Mehrebenensystem*. Opladen: Leske & Budrich.
- Kohlmorgen, Lars/Hein, Wolfgang (2003): *Introduction*, in: Hein, Wolfgang/Kohlmorgen, Lars (Hrsg.): *Globalisation, Global Health Governance and National Health Politics in Developing Countries. An Exploration into the Dynamics of Interfaces*. Hamburg, Deutsches Übersee-Institut. S. 15-29.
- Kolip, Petra (2002): *Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland: Ausgangspunkte, Definitionen und Prinzipien*, in: Kolip, Petra (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 7-22.
- Kooiman, Jan (1993): *Governance and Governability: Using Complexity, Dynamics and Diversity*, in: Kooiman, Jan (Hrsg.): *Modern Governance. New Government-Society Interactions*. London: Sage. S. 35-50.
- Kouwenhoven, Vincent (1993): *Public-Private Partnership: A Model for the Management of Public-Private Cooperation*, in: Kooiman, Jan (Hrsg.): *Modern Governance. New Government-Society Interactions*. London: Sage. S. 119-130.
- Lee, Kelley (1999): *Globalization, Communicable Disease and Equity: A Look Back and Forth*, in: *Development* 42. S. 35-39.
- Lee, Kelley (2003): *Globalization and Health. An Introduction*. Basingstoke.
- Lee, Kelley/Fustukian, Suzanne/Buse, Kent (2002): *An introduction to global health policy*, in: Lee, Kelley/Buse, Kent/Fustukian, Suzanne (Hrsg.): *Health Policy in a Globalizing World*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 3-17.
- Levy, Marc A./Keohane, Robert O./Haas, Peter M. (1993): *Improving the Effectiveness of International Environmental Regimes*, in: Haas, Peter M./Keohane, Robert O./Levy, Marc A. (Hrsg.): *Institutions for the Earth*. Cambridge, MA: MIT Press. S. 398-426.
- Levy, Marc A./Young, Oran R./Zürn, Michael (1995): *The Study of International Regimes*, in: *European Journal of International Relations* 1(3). S. 267-330.
- Lindner, Stephen H. (2000): *Coming to Terms With the Public-Private Partnership*, in: Vaillancourt Rosenau, Pauline (Hrsg.): *Public-Private Policy Partnerships*. Cambridge, MA: MIT Press. S. 19-35.
- Lindner, Stephen H./Vaillancourt Rosenau, Pauline (2000): *Mapping the Terrain of the Public-Private Policy Partnership*, in: Vaillancourt Rosenau, Pauline (Hrsg.): *Public-Private Policy Partnerships*. Cambridge, MA: MIT Press. S. 1-18.
- Lu, Chungli/Michaud, Catherine M./Khan, Kashif/Murray, Christopher J.L. (2006): *Absorptive capacity and disbursements by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Analysis of Grant Implementation*, in: *Lancet* 368: 9534. S. 483-488.

- Mayntz, Renate/Derlien, H.-U./Bohne, E./Hesse, B./Hucke, J./Müller, A. (1978): Vollzugsprobleme der Umweltpolitik. Empirische Untersuchung der Implementation von Gesetzen im Bereich der Luftreinhaltung und des Gewässerschutzes. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mayntz, Renate (Hrsg.) (1980a): Implementation politischer Programme. Königstein/Ts.: Athenäum.
- Mayntz, Renate (1980b): Die Entwicklung des analytischen Paradigmas der Implementationsforschung, in: Mayntz, Renate (Hrsg.): Implementation politischer Programme. Königstein/Ts.: Athenäum. S. 1-17.
- Mayntz, Renate (1980c): Die Implementation politischer Programme: Theoretische Überlegungen zu einem neuen Forschungsgebiet, in: Mayntz, Renate (Hrsg.): Implementation politischer Programme. Königstein/Ts.: Athenäum. S. 236-249.
- Mayntz, Renate (2002): Common Goods and Governance, in: Héritier, Adrienne (Hrsg.): Common Goods. Reinventing European and International Governance. Lanham, Md.: Rowman & Littlefield Publishers. S. 15-27.
- Mayntz, Renate (2008): Von der Steuerungstheorie zu Global Governance, in: Schuppert, Gunnar Folke/Zürn, Michael (Hrsg.): Governance in einer sich wandelnden Welt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 43-60.
- McQuaid, Ronald W. (2000): The Theory of Partnership: Why have Partnerships?, in: Osborne, Stephen P. (Hrsg.): Public-Private Partnerships. Theory and Practice in International Perspective. London/New York: Routledge. S. 9-35.
- Miles, Edward L./Underdal, Arild/Andresen, Steinar/Wettestad, Jørgen/Skjærseth, Jon Birger/Carlin, Elaine M. (2002a): Environmental Regime Effectiveness. Confronting Theory with Evidence. Cambridge, MA: MIT Press.
- Miles, Edward L./Underdal, Arild/Andresen, Steinar/Carlin, Elaine Jørgen/Skjærseth, Jon Birger/Wettestad, Jørgen (2002b): Epilogue, in: Miles, Edward L./Underdal, Arild/Andresen, Steinar/Wettestad, Jørgen/Skjærseth, Jon Birger/Carlin, Elaine M.: Environmental Regime Effectiveness. Confronting Theory with Evidence. Cambridge, MA: MIT Press. S. 467-474.
- Mitchell-Weaver, Clyde/Manning, Brenda (1990): Public-private partnerships in Third World development. The 20th Norma Wilkinson Memorial Lecture. Geographical Paper. Reading: Reading University.
- Opit, Lou (1991): The measurement of health service outcomes, in: Holland, Walter W./Detels, Roger/Knox, George (Hrsg.): Oxford Textbook of Public Health, Vol. 3: Applications in Public Health. New York: Oxford University Press. S. 159-172.
- Oppen, Maria/Sack, Detlef (2008): Governance und Performanz. Motive, Formen und Effekte lokaler Public Private Partnerships, in: Schuppert, Gunnar Folke/Zürn, Michael (Hrsg.): Governance in einer sich wandelnden Welt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 259-281.
- Osborne, David/Gaebler, Ted (1992): Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector. New York: Addison-Wesley.
- Peterson, Susan (2002): Epidemic Disease and National Security, in: Security Studies 12(2). S. 43-81.
- Porter, John/Lee, Kelley/Ogden, Jessica (2002): The globalization of DOTS: tuberculosis as a global emergency, in: Lee, Kelley/Buse, Kent/Fustukian, Suzanne (Hrsg.): Health Policy in a Globalizing World. Cambridge: Cambridge University Press. S. 181-194.
- Raustiala, Kal/Victor, David G. (1998): Conclusions, in: Victor, David G./Raustiala, Kal/Skolnikoff, Eugene B. (Hrsg.): The Implementation and Effectiveness of International Environmental Commitments: Theory and Practice. Cambridge, MA: MIT Press. S. 657-708.

- Reich, Michael R. (2002): Introduction: Public-Private Partnerships for Public Health, in: Reich, Michael R. (Hrsg.): Public-Private Partnerships for Public Health. Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies. S. 1-16.
- Reinicke, Wolfgang H. (1998): Global public policy: governing without government? Washington, D.C.: Brookings Inst. Press.
- Reinicke, Wolfgang H. (1999): The Other World Wide Web: Global Public Policy Networks, in: Foreign Policy, Winter 1999-2000. S. 44-57.
- Reinicke, Wolfgang H./Deng, Francis (2000): Critical Choices. The United Nations, Networks, and the Future of Global Governance. Ottawa: International Development Research Centre.
- Risse, Thomas (2008): Regieren in "Räumen begrenzter Staatlichkeit": Zur Reisefähigkeit des Governance-Konzeptes, in: Schuppert, Gunnar Folke/Zürn, Michael (Hrsg.): Governance in einer sich wandelnden Welt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 149-170.
- Risse, Thomas/Lehmkuhl, Ursula (2007a): Regieren ohne Staat? Governance in Räumen begrenzter Staatlichkeit, in: Risse, Thomas/Lehmkuhl, Ursula (Hrsg.): Regieren ohne Staat? Governance in Räumen begrenzter Staatlichkeit. Baden-Baden: Nomos. S. 13-37.
- Risse, Thomas/Lehmkuhl, Ursula (2007b): Governance in Räumen begrenzter Staatlichkeit: Anmerkungen zu konzeptionellen Problemen der gegenwärtigen Governance-Diskussion, in: Beisheim, Marianne/Schuppert, Gunnar Folke (Hrsg.): Staatszerfall und Governance. Baden-Baden: Nomos. S. 144-159.
- Rittberger, Volker (2008): Weltregieren: Vom "exklusiven" Exekutiv-Multilateralismus zu inklusiver Institutionalisierung. Vortrag auf der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Friedens- und Konfliktforschung, Leipzig, 01.03.2008.
- Sachs, Jeffrey/Malaney, Pia (2002): The economic and social burdens of Malaria, in: Nature 415. S. 680-685.
- Scharpf, Fritz W. (1999): Governing in Europe: Effective and Democratic? Oxford: Oxford University Press.
- Schäferhoff, Marco/Campe, Sabine/Kaan, Christopher (2007): Transnational Public-Private Partnerships in International Relations. Making Sense of Concepts, Research Frameworks and Results. SFB-Governance Working Paper Series, No. 6, DFG Research Center (SFB) 700, Berlin, August 2007.
- Sridhar, Devi (2009): Global Health – Who can lead?: Dire Disease, in: The World Today 65(2). S. 25-26.
- Sridhar, Devi/Batniji, Rajaie (2008): Misfinancing Global Health: a case for transparency in disbursements and decision making, in: Lancet 2008: 9644. S. 1185-1191.
- Thomas, Caroline/Weber, Martin (2004): The Politics of Global Governance: Whatever Happened to "Health for All by the Year 2000"?, in: Global Governance 10(2). S. 187-205.
- Underdal, Arild (2002): One Question, Two Answers, in: Miles, Edward L./Underdal, Arild/Andresen, Steinar/Wettstad, Jørgen/Skjærseth, Jon Birger/Carlin, Elaine M.: Environmental Regime Effectiveness. Confronting Theory with Evidence. Cambridge, MA: MIT Press. S. 3-45.
- Vaillancourt Rosenau, Pauline (Hrsg.) (2000a): Public-Private Policy Partnerships. Cambridge, MA: MIT Press.
- Vaillancourt Rosenau, Pauline (2000b): The Strengths and Weaknesses of Public-Private Policy Partnerships, in: Vaillancourt Roseanau, Pauline (Hrsg.): Public-Private Policy Partnerships. Cambridge, MA: MIT Press. S. 217-241.
- Väyrynen, Raimo (Hrsg.) (1999): Globalization and Governance. Lanham, Md.: Rowman & Littlefield Publishers.

- Victor, David G./Raustiala, Kal/Skolnikoff, Eugene B. (Hrsg.) (1998): *The Implementation and Effectiveness of International Environmental Commitments: Theory and Practice*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Wettestad, Jørgen (2001): *Designing effective environmental regimes: The conditional keys*, in: *Global Governance* 7(1). S. 317-341.
- Widdus, Roy (2001): *Public-Private Partnerships for Health: Their Main Targets, Their Diversity, and Their Future Directions*, in: *Bulletin of the WHO* 79(8). S. 713-720.
- Windhoff-Héritier, Adrienne (1987): *Policy-Analyse. Eine Einführung*. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Wulf, Andreas (2004): *Wer gewinnt beim win-win-Spiel? Zu Risiken und Nebenwirkungen globaler Partnerschaften im Gesundheitssektor*, in: Brühl, Tanja/Feldt, Heidi/Hamm, Brigitte/Hummel, Hartwig/Martens, Jens (Hrsg.): *Unternehmen in der Weltpolitik. Politiknetzwerke, Unternehmensregeln und die Zukunft des Multilateralismus*. Bonn: Stiftung Entwicklung und Frieden. S. 122-142.
- Young, Oran R. (1992): *The Effectiveness of International Institutions: Hard Cases and Critical Variables*, in: Rosenau, James N./Czempiel, Ernst-Otto (Hrsg.): *Governance without Government: Order and Change in World Politics*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 161-194.
- Young, Oran R. (1994): *International Governance. Protecting the environment in a stateless society*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Young, Oran R. (1999): *Regime Effectiveness: Taking Stock*, in: Young, Oran R. (Hrsg.): *The Effectiveness of International Environmental Regimes. Causal Connections and Behavioral Mechanisms*. Cambridge, MA: MIT Press. S. 249-287.
- Young, Oran R. (2001): *Inferences and Indices: Evaluating the Effectiveness of International Environmental Regimes*, in: *Global Environmental Politics* 1(1). S. 99-121.
- Young, Oran R. (2002): *The Institutional Dimensions of Environmental Change. Fit, Interplay, and Scale*. Cambridge, MA.: MIT Press.
- Young, Oran R./Levy, Marc A (1999): *The Effectiveness of International Environmental Regimes*, in: Young, Oran R. (Hrsg.): *The Effectiveness of International Environmental Regimes. Causal Connections and Behavioral Mechanisms*. Cambridge, MA: MIT Press. S. 1-32.
- Zacher, Mark W./ Keefe, Tania J. (2008): *The Politics of Global Health Governance*, Houndmills, NY: Palgrave Macmillan.
- Zürn, Michael (1997): *»Positives Regieren« jenseits des Nationalstaates. Zur Implementation internationaler Umweltregime*, in: *Zeitschrift für Internationale Beziehungen* 4(1). S. 41-68.
- Zürn, Michael (1998): *Regieren jenseits des Nationalstaates*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Zürn, Michael (2004): *Global Governance and Legitimacy Problems*, in: *Government and Opposition* 39(2). S. 250-287.
- Zürn, Michael (2008): *Governance in einer sich wandelnden Welt – eine Zwischenbilanz*, in: Schuppert, Gunnar Folke/Zürn, Michael (Hrsg.): *Governance in einer sich wandelnden Welt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 553-580.

II. Internetquellen:

- Bennett, Sara/Fairbank, Alan (2003): The System-Wide Effects of The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: A Conceptual Framework. Technical Report No. 031. Bethesda, MD: The Partners for Health Reform*plus* Project, Abt Associates Inc. Online unter: <http://www.abtassociates.com/reports/4-Tech031-10-2003.pdf> [Stand: Oktober 2003; letzter Zugriff: 18.02.2009].
- Brinkerhoff, Derick W. (2007): Capacity Development in Fragile States. Washington/Maastricht: Research Triangle Institute/European Centre for Development Policy Management. Online unter: http://www.dgroups.org/groups/SoOL/docs/CB-Fragile_States.Brinkerhoff-ECDPM_0507.doc?ois=no [Stand: Mai 2007; letzter Zugriff: 31.10.2008].
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2007): Geberzusagen von 9,7 Milliarden US-Dollar für Globalen Fonds, Presse: Aktuelle Meldungen. Online unter: http://www.bmz.de/de/presse/aktuelleMeldungen/2007/september/20070927_gfatm_abschluss/index.html [Stand: 27.09.2007; letzter Zugriff: 18.02.2009].
- Caines, Karen (2005): Key evidence from major studies of selected Global Health Partnerships, Background paper for the High Level Forum on the Health MDGs Working Group on Global Health Initiatives and Partnerships: 25-26 April 2005, London. Online unter: <http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/GHPBackgroundPaperFinal.pdf> [Stand: April 2005; letzter Zugriff: 10.10.2008].
- Dodgson, Richard/Lee, Kelley/Drager, Nick (2002): Global Health Governance. A Conceptual Review. Discussion Paper No.1. Geneva: World Health Organization and London School of Hygiene & Tropical Medicine. Online unter: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/a85727_eng.pdf [Stand: Februar 2002; letzter Zugriff: 11.10.2008].
- GFATM (2002): The Framework Document of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Genf: GFATM. Online unter: http://www.theglobalfund.org/documents/TGF_Framework.pdf [Stand: Januar 2002; Letzter Zugriff: 24.03.2009].
- GFATM (2003): Guidelines for Performance-Based Funding. Genf: GFATM. Online unter: http://www.theglobalfund.org/documents/7_pp_guidelines_performancebasedfunding_4_en.pdf [Stand: 01.07.2003; letzter Zugriff: 17.02.2009].
- GFATM (2005): Report of the Technical Review Panel and the Secretariat on Round Five Proposals (GF/B11/6). Genf: GFATM. Online unter: http://www.theglobalfund.org/documents/board/11/Round_5_TRP_Report.pdf [Stand: 28.-30.09.2005; letzter Zugriff: 26.02.2009].
- GFATM (2006a): Report of the Technical Review Panel and the Secretariat on Round Six Proposals (GF/B14/10). Genf: GFATM. Online unter: http://www.theglobalfund.org/documents/board/14/GF-BM-14_10_TRPReportRound6.pdf [Stand: 31.10.-01.11.2006; letzter Zugriff: 26.02.2009].
- GFATM (2006b): Guidelines for Proposals. Sixth Call for Proposals. Genf: GFATM. Online unter: http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/6/Guidelines%20for%20Proposals_Round%206_En.pdf [Stand: 05.05.2006; letzter Zugriff: 20.03.2009].
- GFATM (2007a): By-Laws (in der geänderten Fassung vom 12.11.2007). Genf: GFATM. Online unter: http://www.theglobalfund.org/documents/TGF_Bylaws_en.pdf [Stand: 12.11.2007; letzter Zugriff: 24.03.2009].
- GFATM (2007b): Partners in Impact. Results Report 2007. Genf: GFATM. Online unter:

- http://www.theglobalfund.org/documents/publications/progressreports/ProgressReport2007_en.pdf [Letzter Zugriff: 01.02.2009].
- GFATM (2007c): Strategic Approach to Health Systems Strengthening. Decision Point GF/B16/DP10. Genf: GFATM. Online unter: http://www.who.int/healthsystems/gf_board_decision07_hss.pdf [Stand: 12.-13.11.2007; letzter Zugriff: 01.02.2009].
- GFATM (2007d): A Strategy for the Global Fund: Accelerating the Effort to Save Lives. Genf: GFATM. Online unter: http://www.theglobalfund.org/documents/publications/other/Strategy/Strategy_Document_HI.pdf [Letzter Zugriff: 02.02.2009].
- GFATM (2008a): The Global Fund Opens Its Eighth Funding Round. Pressemitteilung vom 03.03.2008. Homepage des GFATM. Online unter: http://www.theglobalfund.org/en/pressreleases/?pr=pr_080303 [Stand: 03.03.2008; letzter Zugriff: 10.03.2009].
- GFATM (2008b): Monthly Progress Update. Genf: GFATM [Stand: 24. April 2008; letzter Zugriff: 07.11.2008. Seit der Homepage-Umstellung des GFATM im Dezember 2008 nicht mehr zugänglich, Dokument findet sich im Anhang 4].
- GFATM (2008c): Fact Sheet: The Global Fund's approach to health systems strengthening. Global Fund Fact Sheet Series, 5 of 6. Genf: GFATM. Online unter: http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FactSheet_5_HSS_en.pdf [Stand: 15.09.2008; letzter Zugriff: 23.03.2009].
- GFATM (2009a): History of the GFATM. Homepage des GFATM. Online unter: <http://www.theglobalfund.org/en/history/?lang=en> [Letzter Zugriff: 24.03.2009].
- GFATM (2009b): Our results. Homepage des GFATM. Online unter: <http://www.theglobalfund.org/en/results/?lang=en> [Letzter Zugriff: 24.03.2009].
- GFATM (2009c): How the Global Fund works. Homepage des GFATM. Online unter: <http://www.theglobalfund.org/en/how/?lang=en> [Letzter Zugriff: 24.03.2009].
- GFATM (2009d): Funding Decisions. Homepage des GFATM. Online unter: <http://www.theglobalfund.org/en/fundingdecisions/?lang=en> [Letzter Zugriff: 24.03.2009].
- GFATM (2009e): Core Structures. Homepage des GFATM. Online unter: <http://www.theglobalfund.org/en/structures/?lang=en> [Letzter Zugriff: 24.03.2009].
- GFATM (2009f): Product Red. Homepage des GFATM. Online unter: <http://www.theglobalfund.org/en/privatesector/red/> [Letzter Zugriff: 25.03.2009].
- GFATM (2009g): Pledges & Contributions. Homepage des GFATM. Online unter: <http://www.theglobalfund.org/en/pledges/> [Letzter Zugriff: 22.03.2009].
- GFATM/WHO/The World Bank/UNICEF/UNAIDS/USAID/US Department of State/OGAC/CDC/MEASURE Evaluation (2006): Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. 2. Aufl. Genf: GFATM. Online unter: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Facts_and_Figures_03_me_toolkit_GF_2006.pdf [Stand: Januar 2006; letzter Zugriff: 24.03.2009].
- Global Health Reporting.org (2008): Tuberculosis. Lung Health Conference: Global Fund Programs Contribute to Health Systems Strengthening, Official Says. Online unter: http://www.globalhealthreporting.org/article_printable.asp?DR_ID=55069 [Stand: 18.10.2008; letzter Zugriff: 10.01.2009].
- Hein, Wolfgang (2004): Finanzierungsantrag eines Forschungsprojektes zum Thema *Global Health Governance*: Institutioneller Wandel und die Schnittstellen zwischen globaler und lokaler Politik in der armutsorientierten Bekämpfung von Krankheiten, innerhalb des Förderungsschwerpunktes Globale Strukturen und deren Steuerung. Volkswagen-Stiftung. Online unter: [148](http://www.giga-</p>
</div>
<div data-bbox=)

- hamburg.de/content/fsp3/ghg/pdf/Antrag%20GHG.pdf [Stand: 2003 (geplanter Projektbeginn Januar 2004); letzter Zugriff: 01.12.2008].
- Lele, Uma/Sarna, Naveen/Govindaraj, Ramesh/Konstantopoulos, Yianni (2004): Global Health Programs, Millennium Development Goals, and the World Bank's Role. Addressing Challenges of Globalization: An Independent Evaluation of the World Bank's Approach to Global Programs, Case Study. Washington, DC: World Bank, World Bank Operations Evaluation Department. Online unter: [http://lnweb90.worldbank.org/oed/oeddoclib.nsf/a7a8a58cc87a6e2885256f1900755ae2/7f80f1cf544bdf5185256f5e007992a6/\\$FILE/gppp_hnp_wp.pdf](http://lnweb90.worldbank.org/oed/oeddoclib.nsf/a7a8a58cc87a6e2885256f1900755ae2/7f80f1cf544bdf5185256f5e007992a6/$FILE/gppp_hnp_wp.pdf) [Letzter Zugriff: 05.01.2009].
- Lele, Uma/Ridker, Ronald/Upadhyay, Jagdish (2005): Health System Capacities in Developing Countries and Global Health Initiatives on Communicable Diseases, Background paper prepared for the International Task Force on Global Public Goods. Online unter: http://www.umalele.org/publications/health_system_capacities.pdf [Stand: 22.04.2005; letzter Zugriff: 04.11.2008].
- Lusthaus, Charles/Anderson, Gary, Murphy, Elaine (1995): Institutional Assessment – A Framework for Strengthening Organizational Capacity for IDRC's Research Partners. Ottawa: IDRC. Online unter: http://www.idrc.ca/en/ev-9371-201-1-DO_TOPIC.html [Letzter Zugriff: 03.11.2008].
- Matachi, Atsushi (2006): Capacity Building Framework. UNESCO-International Institute for Capacity Building in Africa. Addis Abeba: United Nations Economic Commission for Africa. Online unter: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001511/151179eo.pdf> [Letzter Zugriff: 02.11.2008].
- Morgan, Peter (2006): The Concept of Capacity (Draft Version). Maastricht: European Centre for Development Policy Management. Online unter: [http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web/Content/Download.nsf/0/EF596EFCBB8A417DC1257178004AEB5B/\\$FILE/Morgan%20-%20Capacity%20-%20What%20is%20it%2010052006.pdf](http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web/Content/Download.nsf/0/EF596EFCBB8A417DC1257178004AEB5B/$FILE/Morgan%20-%20Capacity%20-%20What%20is%20it%2010052006.pdf) [Stand: Mai 2006; letzter Zugriff: 15.10.2008].
- Radelet, Steven (2004): The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Progress, Potential, and Challenges for the Future. Center for Global Development. Online unter: <http://www.cgdev.org/doc/commentary/GFATM%20full%20report.pdf> [Stand: Juni 2004; letzter Zugriff: 21.09.2008].
- Radelet, Steven/Caines, Karen (2005): The Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria: Performance and Vision. Report prepared for the UK Department for International Development. Center for Global Development. Online unter: <http://www.cgdev.org/doc/commentary/GlobalFundDFID.pdf> [Stand: 17.02.2005; letzter Zugriff: 22.09.2008].
- Risse, Thomas (2007): Regieren in Räumen begrenzter Staatlichkeit: Zur Reisefähigkeit des Governance-Konzeptes. SFB-Governance Working Paper Series No. 5, DFG Research Center (SFB) 700, Berlin. Online unter: http://www.sfb-governance.de/publikationen/sfbgov_wp/wp5/wp5.pdf [Stand: April 2007; letzter Zugriff: 01.10.2008].
- Risse, Thomas/Lehmkuhl, Ursula (2006): Governance in Räumen begrenzter Staatlichkeit: Das Forschungsprogramm des SFB 700. SFB-Governance Working Paper Series No. 1, DFG Research Center (SFB) 700, Berlin. Online unter: http://www.sfb-governance.de/publikationen/sfbgov_wp/wp1/sfbgov_wp1.pdf [Stand: Dezember 2006; letzter Zugriff: 01.10.2008].
- Süddeutsche Zeitung online (2007): Milliarden-Kollekte gegen Infektionskrankheiten. Online unter: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/934/419698/text/> [Stand: 27.09.2007; letzter Zugriff: 04.01.2009].

- UNAIDS (2008): 2008 Report on the global AIDS epidemic. UNAIDS/WHO: Genf. Online unter: <http://viewer.zmags.com/publication/ad3eab7c#/ad3eab7c/1> [Letzter Zugriff: 29.09.2008].
- UNDP (1999): Human Development Report 1999: Globalization with a Human Face. New York: Oxford University Press. Online unter: <http://hdr.undp.org/reports/global/1999/en/default.cfm> [Letzter Zugriff: 10.10.2008].
- Walford, Veronica (2005): Sustainability: Dimensions, Issues and Indicators (Chapter 4), in: GFATM: Measuring the Systems Effects of the Global Fund with a focus on additionality, partnerships and sustainability, Resource Document. Genf: GFATM. S. 45-61. Online unter: http://www.theglobalfund.org/documents/me/MSE_en.pdf [Stand: Mai 2005; letzter Zugriff: 16.01.2009].
- Walt, Gill (2000): Globalization and Health. Paper presented at the Medact Meeting, May 13, 2000. Online unter: <http://phmovement.org/pubs/issuepapers/walt.html> [Letzter Zugriff: 10.10.2008].
- WHO (1994): TB. A global emergency. WHO Report on the TB epidemic (WHO/TB/94.177). Genf: WHO. Online unter: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_TB_94.177.pdf [Letzter Zugriff: 19.11.2008].
- WHO (1999): Removing Obstacles to Healthy Development. Report on Infectious Diseases. Genf: WHO. Online unter: <http://www.who.int/infectious-disease-report/index-rpt99.html> [Letzter Zugriff: 13.10.2008].
- WHO (2000): The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Genf: WHO. Online unter: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf [Letzter Zugriff: 20.11.2008].
- WHO (2002): Scaling up the Response to Infectious Diseases. A Way out of Poverty. Report on Infectious Diseases 2002. Genf: WHO. Online unter: <http://www.who.int/infectious-disease-report/2002/> [Letzter Zugriff: 13.10.2008].
- WHO (2005): Life science research: opportunities and risks for public health. Mapping the issues. Genf: WHO. Online unter: http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_CDS_CSR_LYO_2005.20.pdf [Letzter Zugriff: 12.02.2009].
- WHO (2007a): Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Genf: WHO. Online unter: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_EverybodyBusinessHSS.pdf [Letzter Zugriff: 12.12.2008].
- WHO (2007b): The Global Fund Strategic Approach to Health Systems Strengthening. Report from WHO to The Global Fund Secretariat (WHO/HSS/2007.1). Genf: WHO. Online unter: http://www.who.int/healthsystems/GF_strategic_approach_%20HS.pdf [Stand: September 2007; letzter Zugriff: 19.03.2009].
- WHO (2008a): Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2008. Genf: WHO. Online unter: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/pdf/fullreport.pdf [Letzter Zugriff: 09.12.2008].
- WHO (2008b): World Malaria Report 2008. Genf: WHO. Online unter: <http://malaria.who.int/wmr2008/malaria2008.pdf> [Letzter Zugriff: 08.12.2008].
- WHO (2009): Pursue high-quality DOTS expansion and enhancement. Homepage der WHO. Online unter: <http://www.who.int/tb/dots/en/> [Letzter Zugriff: 24.03.2009].

Anhang

Abkürzungverzeichnis

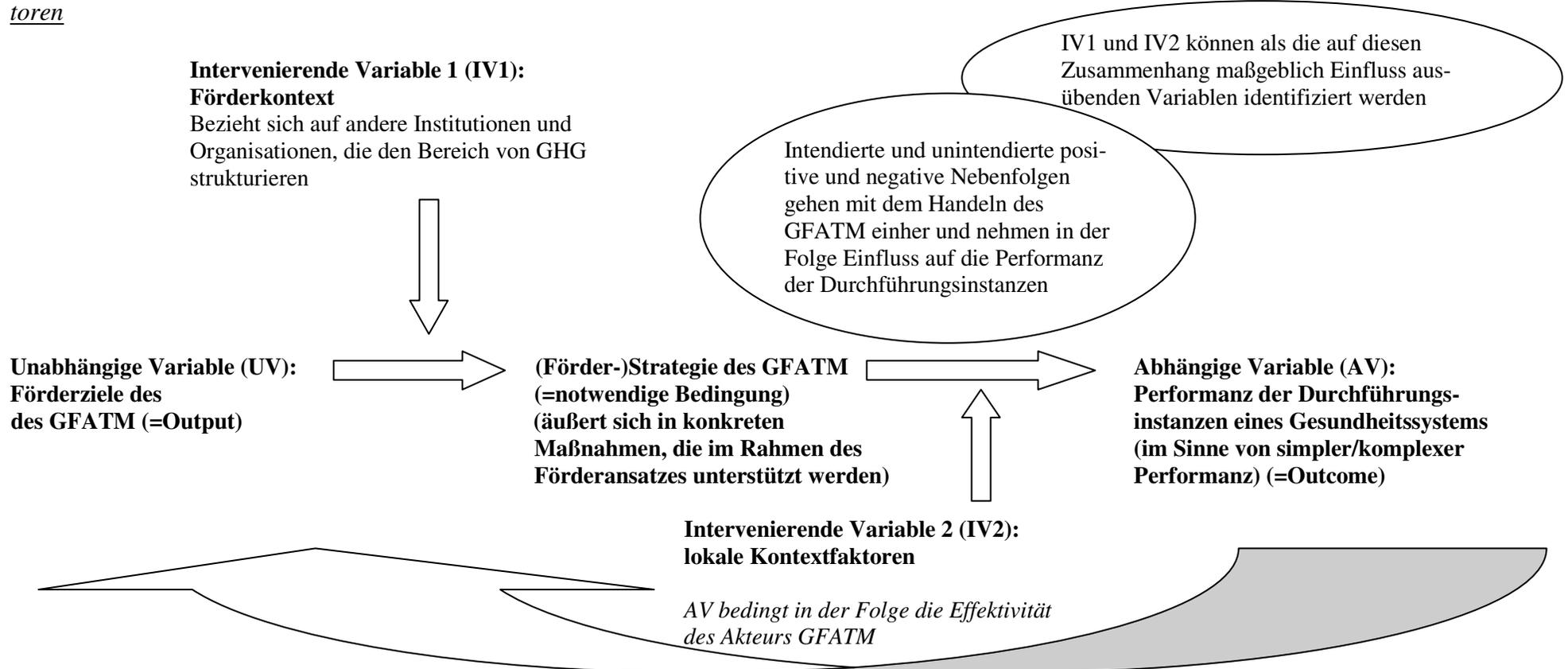
#	Nummer/Number
%	Prozent/Percentage
0	Level 0 – Process/Activity Indicator
1	Level 1 – People Trained
2	Level 2 – Service Point Supported
3	Level 3 – People Reached
ABC	Abstinence, Be faithful and utilize Condoms
ACS	Advocacy, Communication & Social Mobilization
ACSM	Advocacy, Communication & Social Mobilisation
ACT	Artemisinin Combination Therapy
AFB	Acid-Fast Bacilli
AFG	Afghanistan
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ART&M	Anti-Retroviral Treatment & Monitoring
ARV	Anti-Retroviral (combination) Therapy
AV	Abhängige Variable
BAN	Bangladesh/Bangladesch
BCC	Behavioural Change Communication
BHC	Basic Health Center
BHU	Basic Health Unit
BPHS	Basic Packet of Health Services
BRAC	Bangladesh Rural Advancement Committee
BS&UP	Blood Safety & Universal Precautions
BSS	Behavioral Surveillance Survey
BTN	Bhutan
C&PD	Coordination & Partnership Development
C&S	Care and Support
C&T	Counselling and Testing
CAA	Children Affected by HIV/AIDS
CBO	Community Based Organization
CCC	Community Care Centers
CCSC	Comprehensive Care and Support Services
CD4	Cluster of Differentiation 4
CLHA	Children Living with HIV/AIDS
CO	Community Outreach
CTBC	Community TB Care
DOTS	Directly Observed Treatment Strategy
DST	Drug Susceptibility Testing
DTCO	District TB Control Officer
DTO	District TB Officer
EQA	External Quality Assurance
GFATM	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GFMU	Global Fund Management Unit
GHG	Global Health Governance
GOB	Government of Bangladesh
GP	General Practitioner
HIV	Human Immunodeficiency Virus/Humanes Immundefizienz-Virus
HR	Human Resources

HSS	Health System(s) Strengthening
ICTC	Integrated Counselling and Testing Center
IDA	India/Indien
IDU	Intravenous Drug User
IEC	Information, Education and Communication
IHU	International Health Unit
IIC	Identification of Infectious Cases
ILL	Intermediate Level Laboratory
IMA	Indian Medical Association
IRS	Indoor Residual Spraying
IRN	Iran
IS	Information System
ITN	Insecticide Treated Net
IV1	Intervenierende Variable 1
IV2	Intervenierende Variable 2
IVS	Interactive Video Session
Kat.	Kategorie
Lev.	Level/Ebene
LFA	Local Fund Agent
LLIN	Long Lasting Insecticide Treated Nets
LLITN	Long Lasting Insecticide Treated Nets
M&E	Monitoring and Evaluation
MDR	Multi-Drug Resistant
MDV	Maldives/Malediven
MLT	Medical Laboratory Technologist
MM	Mass Media
MMC	Malaria Mobile Clinic
MMT	Methadone Maintenance Treatment
MO	Medical Officer
MO-DTC	Medical Officer – District Technical Coordinator/Diagnosis and Testing Center/ District Tuberculosis Control
MoH	Ministry of Health
N, C, PP	National, community, public-private
NACP	National AIDS Control Program
NATAB	National Anti-Tuberculosis Association of Bangladesh
NCASC	National Center for AIDS and STD Control
NCT	National Capital Territory
NEP	Nepal
NGO	Non-Governmental Organization
NMLCP	National Malaria and Leishmaniasis Control Program
No.	Number/Nummer
NTB	National TB Control Program
NTP	National TB Control Program
NTP	National Tuberculosis Program
OI	Opportunistic Infection
OR	Operations Research
P&SM	Procurement & Supply Management
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEAMT	Prompt Effective Anti-Malarial Treatment
Pf	P falciparum
PHC	Primary Health Care

PKS	Pakistan
PLC	Positive Living Center
PLHA	People Living with HIV/AIDS
PLWHA	People Living With HIV/AIDS
PMTCT	Prophylaxis to reduce Mother to Child Transmission
PP	Private Practitioner
PPM	Public-Private Mix
PPP	Public-Private Partnership
PSM	Procurement and Supply Management
QA	Quality Assurance
QAC	Quality Assurance Center
RBC	Red Blood Count
RDT	Rapid Diagnostic Test
RHC	Rural Health Committees
RNTCP	Revised National Tuberculosis Control Program
SCC	Strengthening of Civil Society
SDA	Service Delivery Area
SE	Supportive Environment
SRL	Sri Lanka
STD	Sexually Transmitted Disease
STI	Sexually Transmitted Infection
STLS	Senior Tuberculosis Laboratory Supervisor
STS	Senior Treatment Supervisor
TB	Tuberculosis/Tuberkulose
TD&QTC	Timely Detection & Quality Treatment of Cases
TGF	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
TU	Tuberculosis Unit
UV	Unabhängige Variable
VC	Vector Control
VCCT	Voluntary and Confidential Counselling and Testing
VCT	Voluntary Counselling and Testing
VCTC	Voluntary Counselling and Testing Center
WHO	World Health Organization
YE&P	Youth Education & Prevention
YFHS	Youth Friendly Health Services

Anhang 1: Bezugssystem der Analyse

Beziehung zwischen der unabhängigen Variable (Förderziele), der notwendigen Bedingung (Förderstrategie) und der abhängigen Variable (Performanz der Durchführungsinstanzen eines Gesundheitssystems) unter dem Einfluss der intervenierenden Variablen Förderkontext und lokale Kontextfaktoren



Die Forschungsfrage, die sich aufgrund des Interesses an der notwendigen Bedingung (in Form der Förderstrategie) für Prozess- bzw. Outcome-Effektivität (abhängig von der komplexen Performanz der Durchführungsinstanzen) ergibt, lautet wie folgt:

Werden die sehr allgemein formulierten Förderziele des GFATM so in eine Förderstrategie umgesetzt und in der Folge (durch den gezielten Einsatz von Instrumenten und Maßnahmen zur Ursachenbearbeitung transnationaler Probleme im Rahmen des Förderansatzes) die Performanz der lokalen Implementierungsstrukturen derart beeinflusst, dass diese im Ergebnis die Anforderungen der komplexen Performanz erfüllen?

Quelle: eigene Darstellung.

Anhang 2: Operationalisierung der Variablen simple Performanz, komplexe Performanz, Prozessmanagement, Capacity Building und Förderstrategie

Tabelle 1: Operationalisierung der Variablen simple Performanz

	Ziele (Vgl. Young (1994), (2002))	Maßnahmen	Indikatoren
Simple Performanz	1.) Nachhaltigkeit	Transfer von Wissen/Know-How (um Nachhaltigkeit durch Selbstständigkeit zu garantieren)	Kapazitätenbereitstellung im Bereich der intellektuellen Ressourcen
	2.) Effizienz	Ausbildung und Einstellung von personellen Ressourcen (um die effiziente Funktionsweise von Institutionen zu garantieren)	Kapazitätenbereitstellung im Bereich der personellen Ressourcen
	3.) Gleichberechtigung	Aufbau von Durchführungsinstanzen auf der lokalen Ebene (um gleichen Zugang aller zu den Institutionen des Gesundheitssystems zu garantieren)	Kapazitätenbereitstellung im Bereich der physischen und technischen Ressourcen
	4.) Stabilität	Gesicherte Finanzierung	Finanzielle Nachhaltigkeit
	<u>Folge der Zielerreichung:</u> <i>Effektivität der Institutionen durch Problembearbeitung (Betrachtung des direkten Handlungsbereichs der Institution, dadurch kurze Kausalketten)</i>	<u>Ergebnis:</u> <i>Problembearbeitung und -lösung durch Verbesserung der Problemstruktur (=Impact)</i>	<i>Durch das Erreichen der Indikatoren und die nachweisbare Verbesserung der Problemstruktur wird die Variable simple Performanz messbar</i>

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 2: Operationalisierung der Variablen komplexe Performanz

	Ziele (Vgl. Young (1994), (2002))	Maßnahmen	Indikatoren
Komplexe Performanz	1.) Nachhaltigkeit	Transfer von Wissen/Know-How (um Nachhaltigkeit durch Selbstständigkeit zu garantieren)	Kapazitätenbereitstellung im Bereich der intellektuellen Ressourcen
	2.) Effizienz	Ausbildung und Einstellung von personellen Ressourcen (um die effiziente Funktionsweise von Institutionen zu garantieren)	Kapazitätenbereitstellung im Bereich der personellen Ressourcen
	3.) Gleichberechtigung	Aufbau von Durchführungsinstanzen auf der lokalen Ebene (um gleichen Zugang aller zu den Institutionen des Gesundheitssystems zu garantieren)	Kapazitätenbereitstellung im Bereich der physischen und technischen Ressourcen

	4.) Stabilität	Gesicherte Finanzierung	Finanzielle Nachhaltigkeit
	<p><u>Weitergehende Effektivitätsanforderung der komplexen Performanz:</u> <i>Umgang mit und Ausgleich von nicht-intendierten (positiven und negativen) Nebeneffekten (welche entweder direkt oder indirekt mit dem Handeln der Institution einhergehen oder auf den unmittelbaren Handlungsbereich einer Institution Einfluss nehmen ohne direkt darin aufzutreten; dadurch längere Kausalketten)</i></p>	<p><u>Ergebnis:</u> <i>Langfristige Problembearbeitung und -lösung durch den Umgang mit und das Ausgleichen von unintendierten Nebeneffekten</i></p>	<p><i>Variable der komplexen Performanz aufgrund der längeren Kausalketten und auftretenden Nebeneffekte äußerst schwierig zu operationalisieren und zu messen</i> <u>Folge:</u> <i>keine eindeutigen Indikatoren für die Variable komplexe Performanz bestimmbar!</i></p> <p><u>Vermutung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aufbau einer horizontal angelegten, funktionsfähigen Implementierungsstruktur ist die Bedingung für den Umgang mit unintendierten Nebenfolgen</i> • <i>Durch „Graswurzelverankerung“ besitzen entsprechende Durchführungsinstanzen das Potential und Wissen, um vor Ort sowohl effektive, dem Kontext angemessene Problemlösung voranzutreiben und gezielt auf eventuell auftretende Nebenfolgen negativer Natur zu reagieren</i> • <i>Erfüllung der Anforderungen der komplexen Performanz</i>

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 3: Operationalisierung der Variablen Prozessmanagement

	Ziele (Vgl. Beisheim et al. (2007b), (2008))	Maßnahmen	Indikatoren
Prozessmanagement	1.) Umsetzung der Förderziele im Rahmen des Förderansatzes	Starke Formalisierung, konkrete Operationalisierung von Zielsetzungen	Konkretisierung von Förderzielen innerhalb der Förderprinzipien und -strategie
	2.) Inklusivität, Fairness und Transparenz	Prozesse partizipativ, fair und transparent gestalten	Zusammensetzung der Institutionen, interne und externe Transparenz
	3.) Effizienz und Effektivität	Evaluierungsmechanismen zur Erfolgskontrolle innerhalb der PPP und der Programmstruktur der geförderten Programme	Integrierter Evaluierungsmechanismus
	4.) Lern- und Anpassungsfähigkeit	Reformprozesse	Weiterentwicklung der Förderprinzipien, institutionellen Struktur und Förderstrategie

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 4: Operationalisierung der Variablen Capacity Building

	Ziele (Vgl. Caines (2005); Lusthaus et al. (1995); Lele et al. (2005))	Maßnahmen	Indikatoren
Capacity Building	1.) Nachhaltigkeit	Kapazitätentransfer im Bereich der intellektuellen Ressourcen	Wissensvermittlung, Transfer von Know-How (durch Ausbildung, Schulung, Bewusstseinsbildung)
	2.) Effizienz des Gesundheitssystems	Kapazitätenbereitstellung und -ausbildung im Bereich der personellen Ressourcen	Verfügbarkeit von personellen Ressourcen
	3.) Zugang aller zum Gesundheitssystem garantieren	Kapazitätenbereitstellung im Bereich der physischen und technischen Ressourcen	Infrastrukturaufbau auf der nationalen bzw. lokalen Ebene
	<i>Notwendige Bedingung für Capacity Building:</i> <i>Finanzielle Nachhaltigkeit (die langfristige Finanzierung von Programmen bzw. Maßnahmen muss gesichert sein, um nachhaltige Ergebnisse erzielen zu können)</i>		

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 5: Operationalisierung der Variablen Förderstrategie

	Ziele (Vgl. Levy et al. (1995); Child (1972))	Maßnahmen	Indikatoren
Förderstrategie	1.) Konkrete Umsetzung der Förderziele	Konkrete Operationalisierung von Zielsetzungen	Zulässige Maßnahmen und Instrumente im Rahmen der Förderstrategie (welche ein Erreichen der Förderziele bedingen)
	2.) Problembearbeitung	Kapazitätenbereitstellung zur effektiven Programmimplementation auf der lokalen Ebene	Verwendung ursachenadäquater Instrumente/Maßnahmen des Capacity Building
	3.) Effektiver Umgang mit exogenen Faktoren (lokale Kontextbedingungen) durch die Strategie	Umfassende Förderstrategie als Antwort auf etwaige Kontextfaktoren	Programmstruktur entspricht den Kontextbedingungen
	4.) Angemessenheit	Weiterentwicklung der Förderstrategie	Lern- und Anpassungsfähigkeit/Reformprozesse

Quelle: eigene Darstellung.

Anhang 3: Zusammenstellung der durch den GFATM in den Richtlinien zur Antragsstellung (Guidelines for Proposals) der Förderrunden 1 bis 6 aufgeführten zulässigen und geförderten Maßnahmen

1. Aufgeführte Maßnahmen in den Richtlinien zur Antragsstellung von Runde 1

In den Richtlinien zur Antragsstellung für Runde 1 finden sich noch keine Bestimmungen zu den Maßnahmen, die durch den GFATM gefördert werden bzw. keine Konkretisierung und Auflistung dieser.

2. Aufgeführte Maßnahmen in den Richtlinien zur Antragsstellung von Runde 2

Die folgende Auflistung von zulässigen und geförderten Maßnahmen findet sich in den Richtlinien zur Antragsstellung für Runde 2:

„Resources from the Global Fund may be used to support activities which include the following:

- Prevention, treatment, care and support of those directly affected;
- Increased access to health services; recruitment and training of personnel and community health workers;
- Behaviour change and outreach; and community-based programmes, including care for the sick and orphans;
- Provision of critical health products (including drugs) to prevent and treat the three diseases, and for the strengthening of comprehensive commodity management systems at country level; and
- Operational research in the context of programme implementation: Basic research will not be covered by the Global Fund grants.”

3. Aufgeführte Maßnahmen in den Richtlinien zur Antragsstellung von Runde 3

In den Richtlinien zur Antragsstellung von Runde 3 werden, ähnlich wie in Runde 2, folgende Maßnahmen angegeben:

„Resources from the Global Fund may be used to support activities for the prevention and treatment of the three diseases, and the care and support of those directly affected. Such activities may include:

- Availability of Health Services; recruitment and deployment of health personnel and community health workers;
- Capacity building: recruitment, training and supervision of personnel and community workers;
- Behaviour change and outreach; and community-based programmes, including care for the sick and orphans;
- Provision of critical health products (including drugs); to prevent and treat the three diseases, and to strengthen comprehensive commodity management systems at country level; and
- Operational research; includes epidemiological surveillance and behavioural research in the context of programme implementation. However, basic research will not be covered by the Global Fund grants.”

4. Aufgeführte Maßnahmen in den Richtlinien zur Antragsstellung von Runde 4

Die Auflistung der innerhalb des Förderansatzes des GFATM zulässigen Maßnahmen in Runde 4 weist einen weitaus umfassenderen Charakter als in den vorangegangenen Runden auf:

„Resources from the Global Fund may be used to support activities for the prevention, care and treatment of people and communities affected by the three diseases, as well as to develop the capacity to respond. While scaling up proven and effective interventions to attain coverage in a country or region is the typical use of Global Fund financing, new and innovative activities are also considered for financing. Such activities may include, but are not limited to:

- Behavior change interventions, such as peer education and mass media outreach;
- Provision of prevention tools, such as the “ABC” program (including abstinence, faithfulness, and utilization of condoms) to populations at risk (such as sex workers, men who have sex with men, and injecting drug users) and safe injection supplies to prevent medical transmission;
- Community-based programs aimed at alleviating the impact of the diseases, including programs directed at orphans and vulnerable children, and adolescents;
- Home and palliative care programs;
- Provision of critical health products (such as drugs and laboratory tests), to prevent, diagnose, and treat the three diseases, including the introduction of previously unavailable treatments (such as antiretroviral therapy for HIV infection, treatment for multi-drug resistant tuberculosis, or artemisinin-containing combination therapy for malaria);
- Workplace programs to prevent, care for, and/or treat employees;
- Co-investment schemes to expand private sector programs to surrounding communities;
- Activities implemented by people living with HIV/AIDS, tuberculosis, and/or malaria, such as support groups, treatment literacy programs, and risk reduction programs;
- Human resources, such as the recruitment, training, supervision, and incentives for personnel, community workers, and people living with HIV/AIDS, tuberculosis, and/or malaria;
- Capacity building at all levels, including technical assistance and the strengthening of procurement and supply management systems and of monitoring and evaluation systems;
- Operational research, including epidemiological surveillance, behavioral research, and service delivery/human resources capacity needs assessments in the context of program implementation.

Basic science research and clinical research aimed at demonstrating the safety and efficacy of new drugs and vaccines are not eligible for Global Fund grants.”

5. Aufgeführte Maßnahmen in den Richtlinien zur Antragsstellung von Runde 5

Der Umfang von genannten Maßnahmen nimmt in Runde 5 abermals zu. Folgende werden in den Richtlinien zur Antragsstellung für Runde 5 aufgeführt:

„Resources from the Global Fund may be used to support activities for the prevention, care and treatment of people and communities affected by the three diseases, as well as to develop the capacity to respond. While scaling up proven and effective interventions to attain coverage in a country or region is the typical use of Global Fund financing, new and innovative activities are also considered for financing. Such activities may include, but are not limited to, the following:

- Behavior change interventions, such as peer education and mass media outreach;
- Provision of prevention services and tools, such as the “ABC” model (including abstinence and/or delayed sexual debut; partner reduction and/or faithfulness; and utilization of condoms), interventions targeting populations at high risk (such as sex workers, men who have sex with men, and injecting drug users), and safe injection supplies to prevent medical transmission;
- Community-based programs aimed at alleviating the impact of the diseases, including programs directed at orphans and vulnerable children, and adolescents;
- Home and palliative care programs;
- Provision of critical health products (such as drugs and laboratory tests) to prevent, diagnose, and treat the three diseases, including the introduction of previously unavailable treatments (such as antiretroviral therapy for HIV infection, treatment for multi-drug resistant tuberculosis, or artemisinin-containing combination therapy for malaria);
- Workplace programs to prevent, care for, and/or treat employees;
- Co-investment schemes to expand private sector programs to surrounding communities; and
- Activities implemented by people living with HIV, tuberculosis, and/or malaria, such as support groups, treatment literacy programs, and risk-reduction programs.

Furthermore resources from the Global Fund can be used to support systems development that is directly linked to the fight against any or all of the three diseases, including:

- National monitoring and evaluation systems;
- Human resources;
- Health infrastructure development;
- Procurement and supply management systems; and
- Operational research.

Basic science research and clinical research aimed at demonstrating the safety and efficacy of new drugs and vaccines is not eligible for Global Fund financing.”

6. Aufgeführte Maßnahmen in den Richtlinien zur Antragsstellung von Runde 6

In den Richtlinien zur Antragsstellung der sechsten Runde ist ebenso eine weiter gehende Konkretisierung von innerhalb der Förderstrategie des GFATM zulässigen und geförderten Maßnahmen erkennbar:

„Resources from the Global Fund may be used to support activities for the prevention, treatment, care and support of people and communities living with and/or affected by the three diseases. Activities to be funded may scale up proven and effective interventions to attain greater coverage in a country or region and/or may be new and innovative activities, including activities that impact the supportive environment. Activities to be funded may include, but are not limited to, the following:

- Behavior change interventions, such as peer education and community outreach;
- Provision of prevention services and tools, such as the ABC model (including abstinence and/or delayed sexual debut; partner reduction and/or faithfulness; and consistent condom use), interventions targeting populations at high risk (such as commercial sex workers, men who have sex with men, and injecting drug users), and safe injection supplies to prevent medical transmission;
- Community-based programs aimed at alleviating the impact of the diseases, including programs directed at orphans and vulnerable children, and adolescents;

- Home and palliative care programs;
- Provision of critical health products (such as drugs and laboratory tests) to prevent, diagnose, and treat the three diseases, including the introduction of previously unavailable treatments (such as antiretroviral therapy for HIV infection, pediatric antiretroviral treatment, treatment for multi-drug resistant tuberculosis, or artemisinin-containing combination therapy for malaria);
- Workplace programs for prevention, and to care for and/or treat employees, including policy development in regard to such programs;
- Co-investment schemes to expand private sector programs to surrounding communities; and
- Activities implemented by people living with and/or affected by HIV/AIDS, tuberculosis and/or malaria, such as support groups, treatment literacy programs, and risk-reduction programs.

Resources from the Global Fund can be used to support strengthening of health systems linked to reducing the impact and spread of any or all of the three diseases.

Basic science research and clinical research aimed at demonstrating the safety and efficacy of new drugs and vaccines is not eligible for Global Fund financing.”

Des Weiteren finden sich in den Richtlinien von Runde 6 folgende Bestimmungen zu HSS:

„Activities to strengthen health systems:

The Global Fund recognizes that the effective scale up and sustainability of HIV/AIDS, tuberculosis and malaria programs, and the successful initiation and implementation of additional interventions may rely on health systems strengthening activities. Applicants are therefore encouraged to include funding in respect of such activities integrated within the specific disease component(s).

This is different from Round 5 where applications for health systems strengthening activities could be made either within the disease component, or through a separate Health Systems Strengthening component. There is no separate HSS component in Round 6.

The January 2006 revised M&E Toolkit includes new a “Chapter X” dedicated to Health Systems Strengthening. Table 15 within that chapter includes selected indicators and applicants are encouraged to refer to this chapter before completing the Proposal Form.

Proposals may include health system strengthening activities provided that these activities are linked to reducing the impact and spread of any or all of the three diseases. In addition to describing this linkage, applicants should explain why the proposed activities are necessary.

In order to demonstrate the link, the proposed health systems interventions should be related to disease specific goals and impact indicators. Specific activities that can be funded will depend on individual circumstances and on linkages that can be demonstrated. However, activities to strengthen health systems may include, but are not limited to the following:

- Health workforce mobilization, training and management capacity development;
- Local management and planning capacity in general, including financial management;
- Health infrastructure renovation and enhancement, equipment, and strengthening maintenance capacity;
- Laboratory capacity;
- Health information systems, inclusive of monitoring and evaluation;
- Supply chain management, especially drug procurement, distribution, and quality assurance;

- Innovative health financing strategies to respond to financial access barriers;
- High level management and planning capacity;
- Engagement of community and non state providers;
- Quality of care management; and
- Operations research.

Health system strengthening activities are not limited to health sector-related activities and may also target other sectors including education, the workplace and social services, provided that these activities are directly related to reducing the spread and impact of HIV/AIDS, tuberculosis and/or malaria. Proposals should also, when appropriate, seek to establish mechanisms for civil society and other stakeholders in the health system to have a voice in developing policies to strengthen health systems, and to take part in activities to this effect.”

Anhang 4: Monthly Progress Update – 24 April 2008



Monthly Progress Update – 24 April 2008

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria was created in January 2002 to attract, manage and disburse large amounts of additional financing to support locally-driven strategies to combat the three pandemics. AIDS, tuberculosis and malaria – which are both preventable and treatable – kill more than six million people every year.

The Global Fund was founded on some important principles that guide all of its operations, from governance to grant-making:

- Operate as a **financial instrument**, not an implementing entity;
- Make available and leverage **additional financial resources**;
- Support programs that reflect **national ownership**;
- Operate in a balanced manner in terms of **different regions, diseases and interventions**;
- Pursue an integrated and balanced approach to **prevention and treatment**;
- Evaluate proposals through **independent review processes**;
- Operate **transparently and accountably**, employing a simplified, rapid and innovative grant-making process.

Grant progress to date

The Global Fund has approved a total of **US\$ 10.8 billion** to **more than 550 grants** in **136 countries**, including the latest grants to receive approval for Phase 2 funding (years three to five of the grant lifespan). Of the US\$ 10.8 billion approved, **US\$ 5.5 billion** has been disbursed to public and private recipients in 136 countries; and **87 percent** of approved grants have signed grant agreements.

The Global Fund awards grants through proposal rounds. There have been seven proposal rounds, with Board approval of accepted proposals given in April 2002, January 2003, October 2003, June 2004, September/December 2005, November 2006 and November 2007. Round 8 was launched 1 March 2008 and the Board will vote to approve funding in November 2008.

The distribution of the grant portfolio, based on approved grant amounts for Rounds 1 through 7, is as follows:

<i>By region</i>		<i>By disease</i>		<i>By country income</i>	
57%	Sub-Saharan Africa	61%	HIV/AIDS	67%	Low income
13%	East Asia & Pacific	25%	Malaria	24%	Lower-middle income
8%	Latin America & Caribbean	14%	Tuberculosis	8%	Upper-middle income
8%	Eastern Europe & Central Asia	<0.5%	Health Systems Strengthening		
15%	South Asia, Middle East & North Africa				

The grant portfolio can also be broken down by type of expenditure and by type of implementing entity, as shown below. (This analysis is based on the two-year budget amounts originally submitted in the grant proposals for Rounds 2 through 7.)

<i>By type of expenditure</i>		<i>By implementing entity</i>	
45%	Commodities, products & drugs	60%	Government
11%	Human resources	17%	Nongovernmental & community-based organizations, faith-based organizations and private sector
10%	Administration	11%	Multilaterals
9%	Infrastructure & equipment	12%	Not yet signed
3%	Monitoring & evaluation		
10%	Other		

Quelle: Homepage des GFATM.

Results

The Global Fund requires grant recipients to report results on a regular basis, and these reports are verified by independent consultants known as Local Fund Agents (LFAs). This enables the Global Fund to ensure that funds are reaching those for whom they are intended and are being spent efficiently. This system of performance-based funding also allows the Global Fund to react quickly should problems arise.

Results to date include: in Kosovo, over 300 health care professionals have qualified in core competencies for DOTS, the internationally-recognized standard for TB treatment, more than two and a half times the expected number; Malawi trained over 8,000 people in the distribution of insecticide-treated bed nets (ITNs), vastly exceeding program targets; and in Belize, over 4,000 people have received voluntary counseling and testing for HIV/AIDS.

In addition to country-specific results, the Global Fund tracks high-level results, as shown below:

Intervention	Results Dec 2006	Results Dec 2007	Increase Over One Year
HIV: People on ARV treatment	770,000	1,400,000	88%
TB: Cases treated under DOTS	2,000,000	3,300,000	65%
Malaria: Insecticide-treated nets distributed	18,000,000	46,000,000	155%

Resource mobilization

The Global Fund has a five-year history of raising significant resources from public and private donors. To date, a total of **US\$ 19.6 billion** has been pledged and/or contributed through 2010¹ to the Global Fund. Current figures are as follows:

In US\$ millions, as of 14 April 2008

	Contributions to date		Contributions for 2007		Pledges for 2008		Total pledges through 2010 ¹	
United States	2,540	25%	531	21%	840	26%	4,073	21%
Europe	5,745	56%	1,483	59%	1,889	59%	12,770	65%
Japan and others	1,473	14%	319	13%	385	12%	2,015	10%
Private sector / other	566	5%	185	7%	112	3%	755	4%
Total	10,324	100%	2,518	100%	3,226	100%	19,613	100%

Totals may appear not to add because of rounding

¹ Or for a later period or period to be confirmed

Projection of need in 2008

Programmatic needs in 2008 include grant renewals from Rounds 1 through 5, Round 7 appeals, and Round 8. Based on these assumptions, the need is projected as follows:

Renewals of Rounds 1 through 5	US\$ 1.6 billion
Round 8 (plus Round 7 appeals)	US\$ 2.3 billion
Total	US\$ 3.9 billion

Detailed information on each grant, including current disbursement volume, is available at www.theglobalfund.org. Visitors to the website can download approved grant proposals, signed grant agreements, periodic disbursement requests, progress updates and grant performance reports on the Global Fund's portfolio. The online database shows the full record of disbursements by date for all grants.

¹ Or for an unconfirmed period

Chemin de Blandonnet 8 1214 Vernier GE Switzerland +41 22 791 1700 (-1701 to fax) www.theglobalfund.org

Quelle: Homepage des GFATM.

Anhang 5: Top Ten Indicators for routine Global Fund reporting

	Top Ten Indicators for routine Global Fund reporting	Disease
1	Number of people with advanced HIV infection currently receiving anti-retroviral combination therapy (ARV)	<i>HIV</i>
2	Number of a. new smear positive TB cases detected , b. new smear positive TB cases that successfully complete treatment and c. TB cases enrolled to begin second line treatment for multi-drug-resistant TB	<i>TB</i>
3	Number of ITNs (including retreatment kits for existing nets) distributed to people at risk (or, where appropriate, number of houses receiving indoor residual spraying according to national policy)	<i>Malaria</i>
4	Number of people with uncomplicated or severe malaria receiving anti-malarial treatment as per national guidelines (specify ACT/non-ACT)	<i>Malaria</i>
5	Number of people counseled and tested for HIV including provision of test results	<i>HIV</i>
6	Number of HIV-positive pregnant women receiving a complete course of anti-retroviral prophylaxis to reduce mother to child transmission (PMTCT)	<i>HIV</i>
7	Number of condoms distributed to people	<i>HIV</i>
8	Number of people benefiting from community-based programs (specify, a. Prevention b. Orphan support c. Care and support)	<i>HIV/TB/Malaria</i>
9	Number of cases treated for infections associated with HIV (specify, a. Preventive therapy for TB/HIV, b. STIs with counseling)	<i>HIV/TB</i>
10	Number of service deliverers trained according to documented guidelines (specify a. Health services b. Peer and community programs)	<i>HIV/TB/Malaria</i>

Quelle: GFATM et al. (2006).

Anhang 6: Auflistung aller erhobenen Indikatoren mit zugehöriger Zielsetzung, SDA, Ebene und Einordnung in das verwendete Kategorienschema

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
AFG-202-G01-I-00	Integrated	2	The Ministry of Public Health of the Islamic Republic of Afghanistan

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	SE: HSS	To build partnerships, identify implementing partners & develop detailed strategic & implementation plans for HIV/AIDS, TB & Malaria	No. of target diseases (AIDS, malaria, TB) with revised national policy & multi-year strategic plan	GOV	2
1,2	SE: HSS	To build partnerships, identify implementing partners & develop detailed strategic & implementation plans for HIV/AIDS, TB & Malaria	No. of networks/partnerships involved in workshop held to identify funding gaps, potential donors & implementing partners	P/N	2
2,1	SE: HSS	To build the management capacity of the MoH to plan, supervise, monitor & evaluate HIV/AIDS, TB, & malaria programs	No. of pilot VCT centre operational & adequately staffed with trained personnel	CB	2
2,2	SE: HSS	To build the management capacity of the MoH to plan, supervise, monitor & evaluate HIV/AIDS, TB, & malaria programs	No. of sub-national offices with at least 4 staff trained in accounting & financial administration	CB	2
2,3	SE: HSS	To build the management capacity of the MoH to plan, supervise, monitor & evaluate HIV/AIDS, TB, & malaria programs	No. of service providers who have received integrated training on HIV/AIDS, TB & malaria at sub-national training centre or at one of the seven selected provincial facilities	CB	1
2,4	SE: HSS	To build the management capacity of the MoH to plan, supervise, monitor & evaluate HIV/AIDS, TB, & malaria programs	No. of service providers who have received standard training in HIV/AIDS & STI at sub-national training centre or at one of the seven selected provincial facilities	CB	1
2,5	SE: HSS	To build the management capacity of the MoH to plan, supervise, monitor & evaluate HIV/AIDS, TB, & malaria programs	No. of service providers who have received standard training in DOTS at sub-national training centre	CB	1
2,6	SE: HSS	To build the management capacity of the MoH to plan, supervise, monitor & evaluate HIV/AIDS, TB, & malaria programs	No. of service providers who have received standard training in malaria treatment at sub-national training centre	CB	2
2,7	SE: HSS	To build the management capacity of the MoH to plan, supervise, monitor & evaluate HIV/AIDS, TB, & malaria programs	No. of GFMU & selected MoH staff who have received standard training in M&E by IHU	CB	1
2,8	SE: HSS	To build the management capacity of the MoH to plan, supervise, monitor & evaluate HIV/AIDS, TB, & malaria programs	No. of Global Fund sub-national offices with at least one (trained) trainer for each of the following topics: HIV/AIDS & STIs	CB	2
2,9	SE: HSS	To build the management capacity of the MoH to plan, supervise, monitor & evaluate HIV/AIDS, TB, & malaria programs	Establishment of GFMU in Q1: All key GFMU staff scheduled to be hired in Q1 are hired (as per the work plan) & GFMU operational	PM	2
2,10	SE: HSS	To build the management capacity of the MoH to plan, supervise, monitor & evaluate HIV/AIDS, TB, & malaria programs	UNICEF non-health procurement ordered & paid for	BGV	0
2,11	SE: HSS	To build the management capacity of the MoH to plan, supervise, monitor & evaluate HIV/AIDS, TB, & malaria programs	Financial policies & procedures manual for Global Fund program completed	PM	0
2,12	SE: HSS	To build the management capacity of the MoH to plan, supervise, monitor & evaluate HIV/AIDS, TB, & malaria programs	No. of workshops held to develop training plans for HIV/AIDS & STIs, TB & malaria	CB	0
2,13	SE: HSS	To build the management capacity of the MoH to plan, supervise, monitor & evaluate HIV/AIDS, TB, & malaria programs	Testing & counselling protocols for pilot VCCT centre developed	PM	0
3,1	SE: HSS	To strengthen laboratory functions & quality control to improve the diagnosis of TB & malaria & to screen blood supply for HIV & other blood-borne diseases	# of laboratories with a technician who has received standard training in lab diagnosis of TB & Malaria & that have received a microscope if they didn't have one already	CB	1
3,2	SE: HSS	To strengthen laboratory functions & quality control to improve the diagnosis of TB & malaria & to screen blood supply for HIV & other blood-borne diseases	# of laboratories with a technician who has received standard training in blood screening for HIV	CB	1
4,1	SE: HSS	To carry out operational research & situational analysis in order to build an evidence base for future review & revision of policies, strategies, & programs & for advocacy	Sign sub-recipient Grant Agreement between Ministry of Health & sub-recipients to undertake two operational research activities. (1) TB prevalence survey, & (2) HIV sero-prevalence survey amongst TB patients	INF	0

4.2	SE: HSS	To carry out operational research & situational analysis in order to build an evidence base for future review & revision of policies, strategies, & programs & for advocacy	HIV sero-prevalence survey amongst TB patients completed	INF	0
4.3	SE: HSS	To carry out operational research & situational analysis in order to build an evidence base for future review & revision of policies, strategies, & programs & for advocacy	TB prevalence survey amongst TB patients completed	INF	0
4.4	SE: HSS	To carry out operational research & situational analysis in order to build an evidence base for future review & revision of policies, strategies, & programs & for advocacy	Pilot study of private sector ITN sales in urban centres completed	INF	0
4.5	SE: HSS	To carry out operational research & situational analysis in order to build an evidence base for future review & revision of policies, strategies, & programs & for advocacy	Pilot study of ACT malaria protocols completed	INF	1

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
AFG-405-G02-T	TB	4	The Ministry of Public Health of the Islamic Republic of Afghanistan

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	SE: HSS	Make DOTS Available to 90% of districts covered by BPHS in Afghanistan. BPHS will cover 313 districts. It is assumed that there is one comprehensive Health Centre in each district. The target of DOTS availability is 90% of 313 districts which is 282 districts.	# & % of public laboratories enabled to perform sputum tests (numerator = total # labs with at least one trained lab technician & at least one microscope for TB microscopy; denominator = total # of laboratory existing)	CB	2
1.2	SE: HSS	Make DOTS Available to 90% of districts covered by BPHS in Afghanistan. BPHS will cover 313 districts. It is assumed that there is one comprehensive Health Centre in each district. The target of DOTS availability is 90% of 313 districts which is 282 districts.	# of laboratory technicians trained on TB microscopy	CB	1
1.3	SE: HSS	Make DOTS Available to 90% of districts covered by BPHS in Afghanistan. BPHS will cover 313 districts. It is assumed that there is one comprehensive Health Centre in each district. The target of DOTS availability is 90% of 313 districts which is 282 districts.	No. of Health Workers trained on DOTS case management	CB	1
1.4	SE: HSS	Make DOTS Available to 90% of districts covered by BPHS in Afghanistan. BPHS will cover 313 districts. It is assumed that there is one comprehensive Health Centre in each district. The target of DOTS availability is 90% of 313 districts which is 282 districts.	No. & percentage of districts with at least one DOTS diagnostic & treatment centre. (Comprehensive Health Centre)	CB	2
2.2	Treatment: TD&QTC	Ensure quality DOTS & prevent MDR TB	No. of new smear positive cases detected under DOTS. (Case detection rate under DOTS)	IBP	3
2.3	Treatment: TD&QTC	Ensure quality DOTS & prevent MDR TB	No. of all new TB patients registered under DOTS	IBP	3
2.4	Treatment: TD&QTC	Ensure quality DOTS & prevent MDR TB	No. & % new sputum positive TB patients successfully treated through DOTS	IBP	3
3.1	SE C&PD (N, C, PP)	Improve access to TB early diagnosis & effective treatment	Training community Health workers for community-based DOTS at the district level	CB	1
3.2	Prevention: BCC - CO	Improve access to TB early diagnosis & effective treatment	No. of community events conducted in BPHS Districts Implementing DOTS	IBP	2
3.3	Prevention: BCC - CO	Improve access to TB early diagnosis & effective treatment	No. of people reached with BCC community outreach activities on TB	IBP	3
3.4	Prevention: BCC - CO	Improve access to TB early diagnosis & effective treatment	No. of Health Education materials distributed (flip charts, wall charts, posters, calendars, T- shirts, caps, etc)	IBP	2

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
AFG-506-G03-M	Malaria	5	The Ministry of Public Health of the Islamic Republic of Afghanistan

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	Treatment: PEAMT	To fill the gaps in & improve the coverage & quality diagnosis & prompt treatment services in 14 target provinces	No. & % of Quality Assurance Centers (QACs) upgraded & operational	CB	2

1,2	Treatment: PEAMT	To fill the gaps in & improve the coverage & quality diagnosis & prompt treatment services in 14 target provinces	No. of people with uncomplicated or severe malaria receiving antimalaria treatment (ACT)	IBP	3
1,3	Treatment: PEAMT	To fill the gaps in & improve the coverage & quality diagnosis & prompt treatment services in 14 target provinces	No. of microscopy units with trained microscopists established at Basic Health Centers (BHCs) in pilot area to facilitate ACT treatment	CB	2
1,4	Treatment: PEAMT	To fill the gaps in & improve the coverage & quality diagnosis & prompt treatment services in 14 target provinces	No. of health workers trained in malaria case management, diagnosis & prevention.	CB	1
2,1	Prevention: ITNs	To scale-up & improve coverage & quality of ITN implementation through existing & new channels in the 14 target provinces	No. of people trained in ITN implementation & retreatment	CB	1
2,2	Prevention: ITNs	To scale-up & improve coverage & quality of ITN implementation through existing & new channels in the 14 target provinces	No. of LLITNs distributed to people	IBP	3
2,3	Prevention: ITNs	To scale-up & improve coverage & quality of ITN implementation through existing & new channels in the 14 target provinces	No. of bednets re-treated	IBP	3
3,1	Prevention: BCC - MM	To scale-up behaviour change communication through the COMBI strategy	No. of malaria radio/TB programs, newspaper articles, posters, leaflets, etc. produced	IBP	0
4,1	Other: IS&OR	To enhance epidemic detection & response capabilities in the 14 target provinces	No. of people trained in epidemic response & preparedness	CB	1
5,1	Other: IS&OR	To Strengthen & Build the Capacity of the PR (NMLCP & GFMU) at all relevant levels to Lead Evidence Based Curative & Preventive malaria control interventions Nationwide	No. of people trained in malaria M&E, statistics & data management	CB	1
5,2	Other: Infrastructure	To Strengthen & Build the Capacity of the PR (NMLCP & GFMU) at all relevant levels to Lead Evidence Based Curative & Preventive malaria control interventions Nationwide	No. of malaria departments made functional	CB	2
5,3	Other: P&SM	To Strengthen & Build the Capacity of the PR (NMLCP & GFMU) at all relevant levels to Lead Evidence Based Curative & Preventive malaria control interventions Nationwide	No. & percentage of sites reporting no stock-out of drugs, laboratory equipment & medical supplies	CB	2
6,1	Other: IS&OR	To scale-up operational research to facilitate evidence based programming of malaria control activities.	No. & percentage of malaria operational research studies conducted, reported & disseminated	INF	3

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
BAN-202-G01-H-00	HIV/AIDS	2	The Economic Relations Division, Ministry of Finance, The Government of the People's Republic of Bangladesh

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Prevention: BCC - MM	To provide HIV prevention information, skills & services to young people	No. of people trained to deliver BCC Mass Media	CB	1
1,2	Prevention: BCC - MM	To provide HIV prevention information, skills & services to young people	HIV/AIDS radio/television programmes/ newspapers produced & distributed	IBP	2
1,3	Prevention: BCC - MM	To provide HIV prevention information, skills & services to young people	No. of young people reached directly with HIV prevention information through local drama shows & musical concerts at divisional & district levels. (New in Year3)	IBP	3
1,5	Prevention: YE&P	To provide HIV prevention information, skills & services to young people	No. of people trained to deliver Youth Education (Service deliverers that promote life skills education) including officials, master trainers, peer education & young people.	CB	1
1,6	Prevention: YE&P	To provide HIV prevention information, skills & services to young people	No. of health service delivery points supported for providing YFHS (STI, HIV/AIDS, Counseling, Nutrition, substance abuse, Pregnancy care & prevention) from GOB, NGO & Private sectors at district, upazilla & union levels (100 service delivery points in phase II)	CB	2
1,7	Prevention: YE&P	To provide HIV prevention information, skills & services to young people	No. of schools, colleges, madrasas, technical institutes with teachers trained in quality classroom teaching of HIV/AIDS integrated curriculum & regular supervision.	CB	1
1,9	Prevention: YE&P	To provide HIV prevention information, skills & services to young people	No. of youth organizations, clubs & institutes with capacity to deliver life skills education	CB	2
1,10	Prevention: YE&P	To provide HIV prevention information, skills & services to young people	No. of young people receiving life skill education through youth organization, clubs, etc.	IBP	3
1,11	Prevention: YE&P	To provide HIV prevention information, skills & services to young people	No. of national & divisional health officials & health care providers of Government, NGO, private health care facilities trained on youth friendly health services.	CB	1

1,16	Prevention: YE&P	To provide HIV prevention information, skills & services to young people	No. of young people (students 6-12 grades) exposed to HIV prevention education through integrated national text curriculum in school, colleges, madrasas etc.	IBP	3
1,14	SE: SCC	To provide HIV prevention information, skills & services to young people	No. of service deliverers trained. Policy makers, officials, religious & community leaders & parents sensitized.	CB	1
1,15	SE: SCC	To provide HIV prevention information, skills & services to young people	No. of key ministries & outreach NGOs integrated HIV/AIDS prevention information into their existing programme	GOV	0
2,1	SE: M&E & OR	To collect data necessary for policies & programmes for the prevention of HIV/AIDS among young people	Baseline survey, audience impact assessment, annual reviews, operational researches, end term evaluation conducted	INF	0

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
BAN-304-G02-T	TB	3	BRAC (Bangladesh Rural Advancement Committee)

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	SE: P&SM & CB	To strengthen NTP management	No. of health facilities involved in DOTS with sufficient drug & laboratory supply	CB	2
2,2	SE: C&PD (N, C, PP)	To intensify effective NTP partnership & collaboration	No. of people reached with DOTS information through NATAB district committee/DOTS Committee meetings	IBP	3
3,1	TB: IIC	To expand the diagnostic & treatment services	No. of all estimated new smear positive TB cases detected & treated under DOTS (cumulative)	IBP	3
3,2	TB: IIC	To expand the diagnostic & treatment services	No. of all estimated new smear positive TB cases detected & treated under DOTS (non-cumulative, new indicator for Phase 2)	IBP	3
3,3	Treatment: TD&QTC	To expand the diagnostic & treatment services	No. of Community-based DOTS providers trained	CB	1
3,4	TB: TD&QTC	To expand the diagnostic & treatment services	No. & % of smear positive TB cases registered under DOTS successfully treated (cumulative from Phase 1)	IBP	3
3,5	TB: TD&QTC	To expand the diagnostic & treatment services	No. & % of smear positive TB cases registered under DOTS successfully treated (non cumulative, new indicator for Phase 2)	IBP	3
4,1	SE: Laboratory	To plan & implement quality assurance of microscopy	No. of EQA laboratories established & functional	CB	2
5,1	Prevention: BCC - MM	To adjust existing BCC strategy	No. of BCC materials/TV & Radio Spots prepared & broadcast	IBP	2
5,2	Prevention: BCC - CO	To adjust existing BCC strategy	No. of posters, stickers & other communications materials developed & distributed	IBP	2
5,4	Prevention: BCC - CO	To adjust existing BCC strategy	No. of people reached through TB club meetings	IBP	3
6,2	Other: IS&OR	To strengthen M&E	No. of treatment facilities submitting accurate, timely & complete records	INF	2

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
BAN-304-G03-T	TB	3	The Economic Relations Division, Ministry of Finance, The Government of the People's Republic of Bangladesh

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	SE: P&SM & CB	To strengthen NTP Management	No. of Health Facilities involved in DOTS with sufficient drug & laboratory supply	CB	2
1,2	SE: HR	To strengthen NTP Management	No. of health managers trained	CB	1
2,1	SE: C&PD (N, C, PP)	To intensify effective NTP partnership & collaboration	No. of networks and partnerships involved	P/N	2
2,2	SE: C&PD (N, C, PP)	To intensify effective NTP partnership & collaboration	No. of people reached (representatives from partners attending workshops at central level)	P/N	3
3,1	TB: IIC	To expand diagnostic & treatment services	Number of new smear-positive TB cases detected (Cumulative from phase 1)	IBP	3
3,2	TB: IIC	To expand diagnostic & treatment services	Number of new smear-positive TB cases detected under DOTS (non cumulative)	IBP	3

3,3	SE: HR	To expand diagnostic & treatment services	No of medical officers, health related staff (Medical Technologist, Paramedic, Field level staff) trained in DOTS implementation	CB	1
3,4	SE: Diagnosis	To expand diagnostic & treatment services	No. of Health Facilities where tuberculosis diagnostic and treatment facilities are available	CB	2
3,5	TB: TD&QTC	To expand diagnostic & treatment services	No. of smear positive TB cases registered under DOTS successfully treated (cumulative from Phase 1)	IBP	3
3,6	TB: TD&QTC	To expand diagnostic & treatment services	No. of smear positive TB cases registered under DOTS successfully treated (non cumulative)	IBP	3
4,1	SE: Laboratory	To plan & implement Quality Assurance Microscopy	No. of EQA laboratories established and functional	CB	2
4,2	SE: HR	To plan & implement Quality Assurance Microscopy	No. of Medical Technologist Lab trained in EQA procedures	CB	1
5,1	IS&OR	To strengthen M&E	No. of Health facilities with fully functional recording and reporting system	CB	2
5,2	IS&OR	To strengthen M&E	No. of treatment facilities submitting accurate, timely and complete records	INF	0
5,3	IS&OR	To strengthen M&E	Number of supervision visits to health facilities	INF	0

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
BAN-506-G04-T	TB	5	BRAC (Bangladesh Rural Advancement Committee)

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Treatment: TD&QTC	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of all new smear-positive TB cases detected* (cumulative)	IBP	3
1,2	Treatment: TD&QTC	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. & % of new smear positive TB cases registered under DOTS successfully treated*	IBP	3
1,3	Treatment: TD&QTC	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of smear-negative patients properly diagnosed at chest clinics and hospitals	IBP	3
1,4	Treatment: TD&QTC	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of NGO health managers, medical doctors, health workers, health volunteers trained and oriented in DOTS implementation.	CB	1
1,5	Treatment: TD&QTC	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of additional laboratory established	CB	2
1,6	TB: PPM	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of PPs (pharmacists/ village doctors) & NGO health staff trained on PPM	P/N	1
1,7	TB: PPM	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of people (factory unit heads, administrators, workers) sensitized/oriented	IBP	3
1,8	Other	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of HIV/AIDS & reproductive health staff (NGO) sensitized on TB-HIV	CB	1
1,9	Prevention: BCC - CO	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of district and peripheral level opinion leaders & cured TB patients sensitized through social mobilization activities	IBP	3
1,10	Prevention: BCC - CO	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of social communication events (Street drama/ Folk songs/Popular theater/ Community meetings etc.) held	IBP	3
1,11	Prevention: BCC - CO	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of all new smear-positive TB cases detected* (Non-cumulative for each quarter)	IBP	3

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
BAN-506-G05-T	TB	5	The Economic Relations Division, Ministry of Finance, The Government of the People's Republic of Bangladesh

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Treatment: TD&QTC	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of all new smear-positive TB cases detected* (cumulative)	IBP	3

1,2	Treatment: TD&QTC	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of all new smear-positive TB cases detected* (non-cumulative for each quarter)	IBP	3
1,3	Treatment: TD&QTC	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. & % of new smear positive TB cases registered under DOTS successfully *	IBP	3
1,4	Treatment: TD&QTC	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of smear-negative patients properly diagnosed at chest clinics and hospitals	IBP	3
1,5	SE: HR	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of health managers trained to develop capacity	CB	1
1,6	TB: PPM	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of PPs, pharmacists trained	CB	1
1,7	TB: PPM	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of people (factory owners, trade union leaders) sensitized through advocacy workshop	IBP	3
1,8	TB/HIV collaborative activities: Prevention of TB diseases in PLWHA	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of HIV staff (counselors) trained in TB screening and referral	CB	1
1,9	TB/HIV collaborative activities: Prevention of HIV in TB patients	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of TB patients referred for HIV testing	IBP	3
1,10	Prevention: BCC - CO	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of policy makers sensitized through advocacy workshop	GOV	1
1,11	Prevention: BCC - CO	To increase case-detection & maintain high cure rate	Hire Central/Divisional Training & ACS Coordinator	CB	1
1,12	Prevention: BCC - CO	To increase case-detection & maintain high cure rate	No. of advocacy materials produced & distributed (Flip Charts, Flash Charts, Bill Board, Cinema Slides, Leaflets, Pamphlets, TV, Radio Spots, Street Dramas, Folk Songs etc.)	IBP	3
2,1	P&SM	To strengthen major critical components of the service delivery system	Preparation of Guidelines for strengthening procurement & supplies & distribution	PM	0
2,2	IS&OR	To strengthen major critical components of the service delivery system	No. of districts with computerized data collection system	CB	0
2,3	IS&OR	To strengthen major critical components of the service delivery system	No. of staff trained & retrained on data entry & data management at central, divisional & district level	CB	1
3,1	SE: Monitoring Drug Resistance	To address the issue of drug-resistant tuberculosis	Conduct Drug Resistance Survey	INF	0
3,2	TB: MDR-TB	To address the issue of drug-resistant tuberculosis	No. of MDR TB patients enrolled in DOTS-plus and receiving DST	IBP	3

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
BAN-607-G06-M	Malaria	6	BRAC (Bangladesh Rural Advancement Committee)

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Diagnosis using RDT & Laboratory	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2012	No. of new microscopic centres established & functional	CB	2
1,2	Diagnosis using RDT & Laboratory	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2013	No. of New Laboratory Technicians trained	CB	1
1,3	Diagnosis using RDT & Laboratory	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2014	Total No. of malaria cases examined by RDT & /or Microscopy	IBP	0
1,4	Diagnosis using RDT & Laboratory	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2015	No. of clinical malaria cases with positive diagnosis examined by RDTs &/ or Microscopy	IBP	0
1,5	Treatment: PEAMT	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2016	No. of P falciparum cases receiving anti-malarial treatment	IBP	3
1,6	Treatment: PEAMT	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2017	No. of community based service providers (NGO) providing malaria diagnosis & treatment	CB	2
1,7	Treatment: PEAMT	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2018	No. of people receiving diagnosis & malaria treatment through community service providers	IBP	3

2.1	Prevention: ITNs	To promote use of ITN/LLINs in 80% of the households in 13 high endemic districts & selective IRS for containment of outbreaks by 2012	No. of LLINs distributed	IBP	3
2.2	Prevention: ITNs	To promote use of ITN/LLINs in 80% of the households in 13 high endemic districts & selective IRS for containment of outbreaks by 2013	No. of ITNs treated/retreated	IBP	0
2.3	Prevention: BCC - MM	To promote use of ITN/LLINs in 80% of the households in 13 high endemic districts & selective IRS for containment of outbreaks by 2014	No. of NGO partners health staff/volunteers trained on BCC	CB	1
3.1	HSS: P&SM	To strengthen programme management capacity & coordination & partnership in malaria control	No. of health facilities with no reported stock outs lasting >1 week of nationally recommended anti-malarial drugs at any time during past 3 months	CB	2
3.2	HSS: IS&OR	To strengthen programme management capacity & coordination & partnership in malaria control	No. of health facilities reporting timely, completely & accurately	INF	2
3.3	SE: Other-Specify	To strengthen programme management capacity & coordination & partnership in malaria control	No. of people attended advocacy meeting/ workshops	IBP	0

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
BAN-607-G07-M	Malaria	6	The Economic Relations Division, Ministry of Finance, The Government of the People's Republic of Bangladesh

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	Diagnosis using RDT & Laboratory	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2012	No. of existing Laboratory Technicians re-trained from the government health facilities	CB	1
1.2	Diagnosis using RDT & Laboratory	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2013	No. of rapid diagnostic test (RDT) procured & supplied to health facilities	BGV	2
1.3	Diagnosis using RDT & Laboratory	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2014	Total No. of cases examined by RDT & /or Microscopy	IBP	0
1.4	Diagnosis using RDT & Laboratory	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2015	No. of clinical malaria cases with positive diagnosis examined by RDTs & or Microscopy	IBP	3
1.5	Treatment: PEAMT	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2016	No. of P falciparum cases receiving anti-malarial treatment	IBP	3
1.6	Treatment: PEAMT	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2017	No. of health facilities with no reported stock outs lasting >1 week of nationally recommended anti-malarial drugs at any time during the past 3 months	CB	2
1.7	Treatment: PEAMT	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2018	No. of health staff trained on diagnosis & treatment	CB	3
1.8	Treatment: PEAMT	To provide quality diagnosis & effective treatment to 80% of the malaria cases in 13 high endemic districts by 2019	No. of doctors/nurses trained on management of severe malaria	CB	0
2.1	Prevention: ITNs	To promote use of ITN/LLINs in 80% of the households in 13 high endemic districts & selective IRS for containment of outbreaks by 2012	No. of LLINs procured & supplied to NGO partners	BGV	2
2.2	Prevention: ITNs	To promote use of ITN/LLINs in 80% of the households in 13 high endemic districts & selective IRS for containment of outbreaks by 2013	No. of ITNs treated/retreated	IBP	0
2.3	Prevention: VC (other than ITNs)	To promote use of ITN/LLINs in 80% of the households in 13 high endemic districts & selective IRS for containment of outbreaks by 2014	No. of Rapid Response Team members trained	CB	1
3.1	HSS: IS&OR	To strengthen programme management capacity & coordination & partnership in malaria control	No. of health facilities reporting timely, completely & accurately	INF	2
3.2	SE: C&PD (N, C, PP)	To strengthen programme management capacity & coordination & partnership in malaria control	No. of managers trained on partnership & programme management	CB	1

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
BAN-607-G08-H	HIV/AIDS	6	The Economic Relations Division, Ministry of Finance, The Government of the People's Republic of Bangladesh

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	Prevention: BCC – MM	To increase coverage, quality, & comprehensiveness of interventions for vulnerable populations at highest risk of HIV in Bangladesh	No. of young people reached through BCC & essential harm reduction information	IBP	3
1.2	Prevention: BCC – CO	To increase coverage, quality, & comprehensiveness of interventions for vulnerable populations at highest risk of HIV in Bangladesh	No. of sex workers & drug users trained on counseling & referral for HIV/AIDS & STI services	CB	1
1.3	Prevention: BCC – CO	To increase coverage, quality, & comprehensiveness of interventions for vulnerable populations at highest risk of HIV in Bangladesh	No. & % of IDUs reached by essential harm reduction services (these include peer education, detoxification support, needle exchange, abscess management services)	IBP	3
1.4	Prevention: BCC – CO	To increase coverage, quality, & comprehensiveness of interventions for vulnerable populations at highest risk of HIV in Bangladesh	No. & % of sex workers (both street & brothel based) reached by community outreach services including peer education, condom & lubricant distribution, STI services & supplementary income generation activities	IBP	3
1.6	Prevention: STI diagnosis & treatment	To increase coverage, quality, & comprehensiveness of interventions for vulnerable populations at highest risk of HIV in Bangladesh	No. of STI cases diagnosed & treated among IDUs & sex workers at service delivery points such as drop in centers & YFHS clinics.	IBP	3
1.7	Prevention: Condom Distribution	To increase coverage, quality, & comprehensiveness of interventions for vulnerable populations at highest risk of HIV in Bangladesh	No. of condoms distributed among IDUs & sex workers	IBP	3
2.1	Prevention: BCC – CO	To increase coverage & quality of HIV prevention interventions for young people in Bangladesh through building on previous TGF grant activities	No. of service deliverers trained (including gatekeepers for young people, master trainers of YFHS, pharmacists, traditional healers, community workers, school teachers & NGO staff involved in outreach to communities & parents)	CB	1
2.2	Prevention: BCC – CO	To increase coverage & quality of HIV prevention interventions for young people in Bangladesh through building on previous TGF grant activities	No. of Young People (vulnerable to drug use & sex work) reached through peer education, YFHS, youth clubs & workplace education in garment industry	IBP	0
2.3	Prevention: BCC – CO	To increase coverage & quality of HIV prevention interventions for young people in Bangladesh through building on previous TGF grant activities	% of young people aged 15–24 who both correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV & who reject major misconceptions about HIV transmission	IBP	3
2.4	Prevention: BCC – CO	To increase coverage & quality of HIV prevention interventions for young people in Bangladesh through building on previous TGF grant activities	No. of policy makers, community leaders & officials from national institutions attending advocacy workshops on mainstreaming life skills education, YFHS & workplace programmes	GOV	1
3.1	SE: SCC & Institutional CB	To build capacity of government & NGO partners at national & district levels to scale up standardized, high-quality interventions, to monitor & improve coverage & quality	No. of service deliverers from government & NGO partners including networks of PLWHAs, trained on programme management, counseling & service delivery	CB	1
3.2	IS&OR	To build capacity of government & NGO partners at national & district levels to scale up standardized, high-quality interventions, to monitor & improve coverage & quality	No. of OR studies completed & report disseminated to generate evidence based information for HIV/AIDS program development	INF	0

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
BTN-405-G01-M	Malaria	4	Planning Commission, Royal Government of Bhutan

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	Treatment: PEAMT	To improve access to early diagnosis & prompt treatment of malaria	% & No. of people receiving anti-malaria treatment as per the national guideline out of the total fever cases reporting to the health facility	IBP	3
1.2	Treatment: PEAMT	To improve access to early diagnosis & prompt treatment of malaria	No. of technicians & health workers of BHU trained	CB	1
1.3	Treatment: PEAMT	To improve access to early diagnosis & prompt treatment of malaria	No. & % of uncomplicated Pf malaria cases treated with ACT at health facilities (Denominator uncomplicated Pf)*	IBP	3
1.4	Treatment: PEAMT	To improve access to early diagnosis & prompt treatment of malaria	No. of sentinel sites established & functional for monitoring antimalaria drug resistance	CB	2
1.5	Treatment: PEAMT	To improve access to early diagnosis & prompt treatment of malaria	No. of health centers strengthened through improved microscopy services.	CB	2

1.6	Prevention: BCC - MM	To improve access to early diagnosis & prompt treatment of malaria	No. of leaflets/posters/calenders developed & distributed	IBP	2
1.7	Prevention: BCC - MM	To improve access to early diagnosis & prompt treatment of malaria	No. of people reached with BCC activities	IBP	3
1.8	Prevention: BCC - MM	To improve access to early diagnosis & prompt treatment of malaria	No. of fever cases tested for malaria using RDTs/microscopy	IBP	0
2.1	Prevention: ITNs	To reduce transmission to risk by application of preventive measures (ITN & IRS) in relevant high risk areas	No. of target population covered with Indoor Residual Spraying	IBP	3
2.2	Prevention: ITNs	To reduce transmission to risk by application of preventive measures (ITN & IRS) in relevant high risk areas	No. of LLIN distributed	IBP	3
2.3	Prevention: VC (other than ITNs)	To reduce transmission to risk by application of preventive measures (ITN & IRS) in relevant high risk areas	No. of houses in areas at risk of malaria transmission that were sprayed with insecticide	IBP	0
2.4	Prevention: BCC - CO	To reduce transmission to risk by application of preventive measures (ITN & IRS) in relevant high risk areas	No. of BCC community outreach session conducted to raise awareness about malaria prevention & treatment	IBP	0
3.1	SE: HSS	To strengthen Human Resource development	No. of health staff & volunteers trained in microscopy & disease management of outbreak response	CB	1
3.2	HSS: HR	To strengthen Human Resource development	No. of laboratory & health staff trained in Malaria Microscopy	CB	0

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
BTN-405-G02-T	TB	4	Planning Commission, Royal Government of Bhutan

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	Prevention: BCC - MM	To intensify advocacy & awareness activities for TB prevention & increasing case detection rate	No. of radio/TV programs about TB disease, its transmission, diagnosis & treatment (with associated newspaper article) broadcast	IBP	2
1.2	Prevention: BCC - MM	To intensify advocacy & awareness activities for TB prevention & increasing case detection rate	No. of DOTS committee members, community influencers & non formal instructors trained on DOTS promotion	CB	1
2.4	Treatment: TD&QTC	To increase cure rate among detected cases	No. of new smear positive TB cases detected among the new smear positive TB cases estimated to occur countrywide	IBP	3
2.5	Treatment: TD&QTC	To increase cure rate among detected cases	No. of new smear positive TB cases that successfully complete their treatment (treatment completed plus cured) among the new smear positive TB cases registered on treatment in the previous year	IBP	3
2.6	Treatment: TD&QTC	To increase cure rate among detected cases	No. of people trained on DOTS	CB	1
3.2	SE: HSS	To improve the quality of tuberculosis diagnosis & monitor & contain MDR TB	No. of health facilities equipped with new equipment	CB	2
3.3	SE: HSS	To improve the quality of tuberculosis diagnosis & monitor & contain MDR TB	No. of laboratory technicians trained on sputum microscopy, quality assurance & drug sensitivity	CB	1
3.4	SE: HSS	To improve the quality of tuberculosis diagnosis & monitor & contain MDR TB	No. of laboratories for which slide re-checking results are available for a specified time period among all laboratories with TB microscopy facilities	CB	0
4.3	HSS: IS&OR	To improve the M&E of the program	No. of TB related surveys conducted	INF	0
4.4	HSS: IS&OR	To improve the M&E of the program	No. of health facilities (TB microscopy centers) submitting timely reports according to national guidelines	INF	0

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
BTN-607-G04-T	TB	6	The Department of Aid & Debt Management of the Ministry of Finance of the Royal Government of Bhutan

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	High-risk groups	To detect at least 80% of the estimated new smear positive cases	No. of new smear positive TB cases detected among the new smear positive TB cases estimated to occur countrywide each year	IBP	0
1,2	High-risk groups	To detect at least 80% of the estimated new smear positive cases	No. of new smear positive TB cases that successfully complete their treatment (treatment completed plus cured) among the new smear positive TB cases registered on treatment in the previous year	IBP	0
1,3	High-risk groups	To detect at least 80% of the estimated new smear positive cases	No. of prison staff (as well as BHU & Hospital staff with which they collaborate) trained in TB control & referral	CB	0
1,4	High-risk groups	To detect at least 80% of the estimated new smear positive cases	No. of Monastery DOTS providers trained	CB	0
1,5	High-risk groups	To detect at least 80% of the estimated new smear positive cases	No. of migrants (expatriate workers) screened for TB at the three border entry points (using X-rays)	IBP	0
1,6	MDR-TB	To detect at least 80% of the estimated new smear positive cases	No. of people enrolled on MDR-TB treatment (2nd line drugs)	IBP	0
1,7	MDR-TB	To detect at least 80% of the estimated new smear positive cases	No. of existing MDR-TB wards upgraded	CB	0
1,8	ACSM	To detect at least 80% of the estimated new smear positive cases	No. of radio/TV programmes about TB disease, its transmission, diagnosis & treatment broadcast	IBP	0
2,1	Improving Diagnosis	To cure at least 90% of the diagnosed new smear positive cases	No. of regional referral hospitals upgraded with culture facilities	CB	0
2,2	Improving Diagnosis	To cure at least 90% of the diagnosed new smear positive cases	No. of laboratory technicians from supranational reference laboratory trained - for DST MDR	CB	0
2,3	SE: HSS	To cure at least 90% of the diagnosed new smear positive cases	No. of teachers from Royal institute of Health Sciences trained on implementing pre-service training module for medical students	CB	0
2,4	M&E	To cure at least 90% of the diagnosed new smear positive cases	No. of health facilities (BHUs & hospitals) submitting timely reports according to national guidelines	INF	0
2,5	M&E	To cure at least 90% of the diagnosed new smear positive cases	No. of reporting units (BHUs & hospitals) with electronic TB registers	CB	0
2,6	M&E	To cure at least 90% of the diagnosed new smear positive cases	No. of district data entry operators & statisticians trained on Electronic TB registers	CB	0

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
IDA-102-G01-T-00	TB	1	The Department of Economic Affairs of the Government of India

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Prevention: IIC	To provide DOTS to a population of 56 million people in Chattisgarh, Jharkhand & Uttaranchal & achieve at least a 70% detection & 85% successful treatment amongst new smear positive pulmonary TB cases.	No. & percentage of new smear positive cases detected among the total estimated No. of new smear positive TB cases per year in the areas covered under DOTS.	IBP	3
1,2	Prevention: IIC	To provide DOTS to a population of 56 million people in Chattisgarh, Jharkhand & Uttaranchal & achieve at least a 70% detection & 85% successful treatment amongst new smear positive pulmonary TB cases.	No. of microscopy centers established & supported	CB	2
1,3	Prevention: IIC	To provide DOTS to a population of 56 million people in Chattisgarh, Jharkhand & Uttaranchal & achieve at least a 70% detection & 85% successful treatment amongst new smear positive pulmonary TB cases.	No. of District TB Officers, Medical Officer-TB Control, Senior Treatment Supervisors, Senior TB Lab Supervisor, lab technicians trained in RNTCP.	CB	1
1,4	Treatment: TD&QTC	To provide DOTS to a population of 56 million people in Chattisgarh, Jharkhand & Uttaranchal & achieve at least a 70% detection & 85% successful treatment amongst new smear positive pulmonary TB cases.	% of new smear-positive TB-cases registered under DOTS who are successfully treated (Data will be collected annually, hence can be reported only in yr. 2.)	IBP	3
1,5	Treatment: TD&QTC	To provide DOTS to a population of 56 million people in Chattisgarh, Jharkhand & Uttaranchal & achieve at least a 70% detection & 85% successful treatment amongst new smear positive pulmonary TB cases.	Total No. of patients put on treatment under the Revised National Tuberculosis Control Program (RNTCP)	IBP	3

1,6	Treatment: TD&QTC	To provide DOTS to a population of 56 million people in Chattisgarh, Jharkhand & Uttaranchal & achieve at least a 70% detection & 85% successful treatment amongst new smear positive pulmonary TB cases.	No. of health facilities (Tuberculosis Unit stocking drugs & providing supervision for DOT services to a population of 250,000 to 500,000) established & supported	CB	2
1,7	SE: C&PD (N, C, PP)	To provide DOTS to a population of 56 million people in Chattisgarh, Jharkhand & Uttaranchal & achieve at least a 70% detection & 85% successful treatment amongst new smear positive pulmonary TB cases.	No. of NGOs & private health providers involved in Revised National Tuberculosis Control Program (RNTCP).	P/N	2
2,1	SE: CB	To develop a model to establish a sustainable partnership for TB control between private & public sector through advocacy & training so as to improve treatment outcomes, reduce patients costs & delays in treatment	No. of private practitioners trained through workshop/seminars	CB	1
2,2	SE: HSS	To develop a model to establish a sustainable partnership for TB control between private & public sector through advocacy & training so as to improve treatment outcomes, reduce patients costs & delays in treatment	No. of Laboratory technicians trained (Private sector & NGO)	CB	1
2,3	SE: C&PD (N, C, PP)	To develop a model to establish a sustainable partnership for TB control between private & public sector through advocacy & training so as to improve treatment outcomes, reduce patients costs & delays in treatment	No. of Private Practitioners participating in the RNTCP as DOTS centers	P/N	2

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
IDA-202-G02-H-00	HIV/AIDS	2	The Department of Economic Affairs of the Government of India

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,2	PMCT	To scale up prevention & care interventions among women of child bearing age & for their families through a package of primary prevention, family planning, voluntary counselling & confidential testing (VCT), ARV prophylaxis & counselling on infant feeding	No. Of health facilities offering minimum package of PMTCT (including HIV prevention services, VCT, ARV prophylaxis to pregnant mothers, STI treatment, condom distribution, linkages for treatment of OIs)	CB	2
1,4	PMCT	To scale up prevention & care interventions among women of child bearing age & for their families through a package of primary prevention, family planning, voluntary counselling & confidential testing (VCT), ARV prophylaxis & counselling on infant feeding	% of HIV infected women & their babies receiving a complete course of ARV prophylaxis to reduce the risk of MTCT	IBP	3
1,6	VCT	To scale up prevention & care interventions among women of child bearing age & for their families through a package of primary prevention, family planning, voluntary counselling & confidential testing (VCT), ARV prophylaxis & counselling on infant feeding	No. of pregnant women receiving HIV Counselling & Testing	IBP	3
2,4	Treatment: ART&M	To implement a comprehensive HIV/AIDS care package including ARV treatment of HIV infected infants & partners in six states with high HIV prevalence	No. of HIV positive children receiving comprehensive pediatric ART centres established	IBP	3
2,5	Treatment: ART&M	To implement a comprehensive HIV/AIDS care package including ARV treatment of HIV infected infants & partners in six states with high HIV prevalence	No. of pediatric ART centres providing comprehensive package of care to children living with HIV including the provision of pediatric ART & laboratories strengthened with CD4 count & PCR testing facility	CB	2
3,4	C&PD	To enhance access to ARV therapy through public private partnerships in 4 metropolitan cities	No. of NGOs (linked to the health facilities providing ARTs) involved in providing quality HIV/AIDS C&S services to PLWHA	P/N	2
3,6	C&PD	To enhance access to ARV therapy through public private partnerships in 4 metropolitan cities	No. of PLWHA receiving ARVs from private sector being monitored at project sites through subsidised CD4 count machines	IBP	3
3,7	SE: C&PD (N, C, PP)	To enhance access to ARV therapy through public private partnerships in 4 metropolitan cities	No. of PLWHA receiving ART through a graduated cost recovery scheme at 4 NGO project sites including CD4 monitoring	IBP	3

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
IDA-202-G03-T-00	TB	2	The Department of Economic Affairs of the Government of India

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Prevention: IIC	To expand RNTCP to the uncovered population of 110 million in 56 districts of the states of Bihar & Uttar Pradesh & to achieve at least 85% successful outcome of treatment amongst the registered new smear positive pulmonary cases & detect at least 70% of such estimated cases.	No. of new smear positive cases detected & put on treatment among the total estimated No. of new smear positive TB cases per year in the areas covered under DOTS	IBP	3

1,2	Prevention: IIC	To expand RNTCP to the uncovered population of 110 million in 56 districts of the states of Bihar & Uttar Pradesh & to achieve at least 85% successful outcome of treatment amongst the registered new smear positive pulmonary cases & detect at least 70% of such estimated cases.	No. of microscopy centers established & supported	CB	2
1,3	Prevention: IIC	To expand RNTCP to the uncovered population of 110 million in 56 districts of the states of Bihar & Uttar Pradesh & to achieve at least 85% successful outcome of treatment amongst the registered new smear positive pulmonary cases & detect at least 70% of such estimated cases.	No. of District TB Officers, Medical Officer-TB Control, Senior Treatment Supervisors, Senior TB Lab Supervisor, lab technicians trained in RNTCP	CB	1
1,4	Treatment: TD&QTC	To expand RNTCP to the uncovered population of 110 million in 56 districts of the states of Bihar & Uttar Pradesh & to achieve at least 85% successful outcome of treatment amongst the registered new smear positive pulmonary cases & detect at least 70% of such estimated cases.	Total No. of patients put on DOTS (in 42 & 56 districts in the first & second half of the year respectively)	IBP	3
1,5	Treatment: TD&QTC	To expand RNTCP to the uncovered population of 110 million in 56 districts of the states of Bihar & Uttar Pradesh & to achieve at least 85% successful outcome of treatment amongst the registered new smear positive pulmonary cases & detect at least 70% of such estimated cases.	Percentage of new smear-positive TB cases registered under DOTS who are successfully treated (cases which were registered in the corresponding quarter of the previous year)*	IBP	3
1,6	Treatment: TD&QTC	To expand RNTCP to the uncovered population of 110 million in 56 districts of the states of Bihar & Uttar Pradesh & to achieve at least 85% successful outcome of treatment amongst the registered new smear positive pulmonary cases & detect at least 70% of such estimated cases.	No. of health facilities (TU-Tuberculosis Unit stocking drugs & providing supervision for DOT services to a population of 250,000 to 500,000) established & supported.	CB	2
1,7	Treatment: TD&QTC	To expand RNTCP to the uncovered population of 110 million in 56 districts of the states of Bihar & Uttar Pradesh & to achieve at least 85% successful outcome of treatment amongst the registered new smear positive pulmonary cases & detect at least 70% of such estimated cases.	No. of NGOs & private health providers involved in Revised National Tuberculosis Control Program (RNTCP).	P/N	2
2,1	SE: C&PD (N, C, PP)	To establish model 'urban TB control projects' in 4 major cities of India by improving the quality & reach of RNTCP to special groups like slum dwellers & migrants, through more patient-friendly treatment observation, involvement of private & NGO sectors & IEC	No. of private practitioners trained through workshops/seminars	CB	1
2,3	SE: C&PD (N, C, PP)	To establish model 'urban TB control projects' in 4 major cities of India by improving the quality & reach of RNTCP to special groups like slum dwellers & migrants, through more patient-friendly treatment observation, involvement of private & NGO sectors & IEC	No. of private health facilities participating in the RNTCP as DOT Centres in the four cities.	P/N	2
2,4	Prevention: BCC - CO	To establish model 'urban TB control projects' in 4 major cities of India by improving the quality & reach of RNTCP to special groups like slum dwellers & migrants, through more patient-friendly treatment observation, involvement of private & NGO sectors & IEC	No. of people reached through community meetings	IBP	3
2,5	Treatment: TD&QTC	To establish model 'urban TB control projects' in 4 major cities of India by improving the quality & reach of RNTCP to special groups like slum dwellers & migrants, through more patient-friendly treatment observation, involvement of private & NGO sectors & IEC	No. of new smear positive TB cases detected & put on treatment, in entire 4 districts where the NGOs are working in selected urban slum	IBP	3
2,6	Treatment: TD&QTC	To establish model 'urban TB control projects' in 4 major cities of India by improving the quality & reach of RNTCP to special groups like slum dwellers & migrants, through more patient-friendly treatment observation, involvement of private & NGO sectors & IEC	Total No. of TB patients put on treatment under DOTS in entire 4 districts where the NGOs are working in selected urban slum	IBP	3
2,7	Treatment: TD&QTC	To establish model 'urban TB control projects' in 4 major cities of India by improving the quality & reach of RNTCP to special groups like slum dwellers & migrants, through more patient-friendly treatment observation, involvement of private & NGO sectors & IEC	No. & percentage of new smear-positive TB cases registered under DOTS who are successfully treated	IBP	3

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
IDA-304-G04-C	HIV/TB	3	The Department of Economic Affairs of the Government of India

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,2	TB/HIV Collaborative Activities: Intensified Case Finding Among PWLHA	To strengthen AIDS-TB program collaborations at all levels (national, state, district, & sub-district)	No. of sub-district health facilities offering both VCT & TB diagnosis & treatment services	CB	0
2,1	Treatment: HIV/TB Treatment	To promote early diagnosis & treatment of TB in HIV infected persons at the sub-district level	No. of health center staff trained (2MOs, 1 lab technician & 1 counselor per health center)	CB	1
2,3	Treatment: HIV/TB Treatment	To promote early diagnosis & treatment of TB in HIV infected persons at the sub-district level	No. of new cases of TB identified through TB screening in people attending VCT centers	IBP	3

2.4	Treatment: HIV/TB Treatment	To promote early diagnosis & treatment of TB in HIV infected persons at the sub-district level	No. of people attending for HIV testing & counseling who were screened for TB symptoms (and referred to RNTCP)	IBP	3
2.5	Treatment: HIV/TB Treatment	To promote early diagnosis & treatment of TB in HIV infected persons at the sub-district level	No. & % of newly diagnosed TB cases among PLWHAs receiving TB treatment (DOTS)	IBP	3
3.3	Prevention: HIV/TB Prevention	To increase the coverage of HIV prevention, treatment & care interventions	No. of TB patients receiving counseling at sub-district level	IBP	3
3.9	Prevention: HIV/TB Prevention	To increase the coverage of HIV prevention, treatment & care interventions	No. & % of diagnosed HIV positive TB patients who receive co-trimoxazole preventive therapy	IBP	3
4.1	SE: C&PD (N, C, PP)	To increase demand for prevention, C&S for HIV & TB through community mobilization & capacity building at community level.	No. of staff (NGOs, CBOs, private practitioners, women's group, PLWHA support groups, community & home based care programs) trained in providing care & support for people infected with HIV &/or TB.	CB	1
4.2	SE: C&PD (N, C, PP)	To increase demand for prevention, C&S for HIV & TB through community mobilization & capacity building at community level.	No. of networks/partnerships involved with NGOs working with RNTCP/NACP to raise awareness & mobilize communities to access sub-district level HIV/TB services	P/N	2

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
IDA-405-G05-H	HIV/AIDS	4	The Population Foundation of India

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	Treatment: ART&M	To reduce morbidity & morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 high prevalence States by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of health facilities (corporate sector) providing quality ART services	CB	2
1.2	Treatment: ART&M	To reduce morbidity & morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 high prevalence States by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of ART health facilities providing treatment counseling	CB	2
1.3	Treatment: ART&M	To reduce morbidity & morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 high prevalence States by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of PLWHAs enrolled in care & support services provided by civil society organizations	IBP	3
1.4	C&S: C&S for the Chronically Ill & Families	To reduce morbidity & morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 high prevalence States by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of Health facilities (PLCs & CCSCs) providing care & support including palliative care	CB	2
1.5	C&S: C&S for the Chronically Ill & Families	To reduce morbidity & morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 high prevalence States by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of people receiving care & support/palliative care (at PLC & CCSCs)	IBP	3
1.6	SE: SCC	To reduce morbidity & morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 high prevalence States by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of district level networks of PLWHA-civil society organizations strengthened & actively engaged in providing care & support to PLWHAs	P/N	2
1.8	SE: SCC	To reduce morbidity & morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 high prevalence States by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of counsellors, social workers, health care providers & field staff from NGO sector trained in home base & community based care	CB	1
1.7	Prevention: BCC - CO	To reduce morbidity & morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 high prevalence States by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of peer treatment educators trained	CB	1
1.9	SE: M&E & OR	To reduce morbidity & morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 high prevalence States by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of operation research studies	INF	0

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
IDA-405-G06-H	HIV/AIDS	4	The Department of Economic Affairs of the Government of India

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	Treatment: ART&M	To reduce morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 prevalence States & NCT Delhi by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of public health facilities providing ART services with adequate supply of ARVs & drugs for OI management & voluntary Counselling & Testing facilities.	CB	2

1.2	Treatment: ART&M	To reduce morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 prevalence States & NCT Delhi by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of PLHAs receiving ART in the public sector	IBP	3
1.3	Treatment: ART&M	To reduce morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 prevalence States & NCT Delhi by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of PLHAs receiving prophylaxis for OIs	IBP	3
1.4	Treatment: ART&M	To reduce morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 prevalence States & NCT Delhi by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	Percentage of patients reporting that they took 95% doses each month	IBP	3
1.5	Treatment: ART&M	To reduce morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 prevalence States & NCT Delhi by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of required staff trained at ART center level	CB	1
1.6	Treatment: ART&M	To reduce morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 prevalence States & NCT Delhi by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. & proportion of diagnostic facilities providing quality CD4 testing as per required norms	CB	2
1.7	SE: M&E & OR	To reduce morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 prevalence States & NCT Delhi by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of operation research studies completed	INF	0
1.8	Prevention: C&T	To reduce morbidity & mortality associated with HIV/AIDS & the transmission of HIV in 6 prevalence States & NCT Delhi by combining care, treatment (including ART), prevention & support.	No. of people undergone HIV Counselling & Testing	IBP	3

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
IDA-405-G07-M	Malaria	4	The Department of Economic Affairs, Ministry of Finance, Government of India

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	Treatment: PEAMT	Increasing access to rapid diagnosis & treatment in remote & inaccessible areas through community participation.	No. of uncomplicated Pf cases treated with SP-ACT	IBP	3
1.2	Treatment: PEAMT	Increasing access to rapid diagnosis & treatment in remote & inaccessible areas through community participation.	No. of cases of severe & complicated malaria treated with artemisinin injections.	IBP	3
1.4	Treatment: PEAMT	Increasing access to rapid diagnosis & treatment in remote & inaccessible areas through community participation.	No. of medical officers of the state health services & of IMA, NGOs & private organization trained in treatment of severe & complicated malaria	CB	1
1.5	Treatment: PEAMT	Increasing access to rapid diagnosis & treatment in remote & inaccessible areas through community participation.	No. of Lab. Technicians trained in malaria microscopy	CB	1
1.7	Treatment: PEAMT	Increasing access to rapid diagnosis & treatment in remote & inaccessible areas through community participation.	No. of contractual malaria technical supervisors trained in M&E of programme implementation	CB	0
2.1	Prevention: ITNs	Malaria Transmission Risk Reduction through integrated VC	No. of households supplied with at least 2 Insecticide-treated Nets (ITN)*; includes baseline	IBP	2
2.2	Prevention: ITNs	Malaria Transmission Risk Reduction through integrated VC	No. of ITNs distributed	IBP	3
2.3	Prevention: ITNs	Malaria Transmission Risk Reduction through integrated VC	No. of community-owned nets treated	IBP	3
2.4	Prevention: ITNs	Malaria Transmission Risk Reduction through integrated VC	No. of sentinel sites established for monitoring insecticide resistance	CB	2
3.2	Prevention: VC (other than ITNs)	Enhance awareness about malaria control & promote community, NGO & private sector participation	No. of service deliverers of local NGOs/CBOs identified & trained at district level.	CB	1
3.3	Prevention: VC (other than ITNs)	Enhance awareness about malaria control & promote community, NGO & private sector participation	No. of community volunteers trained in malaria control strategies	CB	1
3.4	Prevention: VC (other than ITNs)	Enhance awareness about malaria control & promote community, NGO & private sector participation	No. of awareness camps organized at village level for treating the bednets	IBP	2

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
IDA-405-G08-T	TB	4	The Department of Economic Affairs of the Government of India

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,2	Prevention: IIC	To maintain & improve sustainable Revised National TB Control Program (RNTCP), technical, managerial & organizational infrastructure in the state of Andhra Pradesh & Orissa in order to achieve & maintain more than 85% treatment success & >70% detection of new smear positive pulmonary TB cases & thus contribute to the overall national goal.	No. of new smear positive cases detected & put on treatment among the total estimated No. of new smear positive TB cases per year in the areas covered under DOTS with GFATM assistance (incl. public & private)	IBP	3
1,3	Prevention: IIC	To maintain & improve sustainable Revised National TB Control Program (RNTCP), technical, managerial & organizational infrastructure in the state of Andhra Pradesh & Orissa in order to achieve & maintain more than 85% treatment success & >70% detection of new smear positive pulmonary TB cases & thus contribute to the overall national goal.	No. of District TB Officers, Medical Office-TB Control, Senior Treatment Supervisors, Senior TB supervisor, lab technicians trained in RNTCP	CB	1
1,4	Prevention: IIC	To maintain & improve sustainable Revised National TB Control Program (RNTCP), technical, managerial & organizational infrastructure in the state of Andhra Pradesh & Orissa in order to achieve & maintain more than 85% treatment success & >70% detection of new smear positive pulmonary TB cases & thus contribute to the overall national goal.	No. of microscopy centers established & supported	CB	2
1,5	Treatment: Control of Drug Resistance	To maintain & improve sustainable Revised National TB Control Program (RNTCP), technical, managerial & organizational infrastructure in the state of Andhra Pradesh & Orissa in order to achieve & maintain more than 85% treatment success & >70% detection of new smear positive pulmonary TB cases & thus contribute to the overall national goal.	No. of state staff trained in conducting Drug Resistance Surveillance including Medical Officers & Lab Technicians	CB	1
1,7	Treatment: TD&QTC	To maintain & improve sustainable Revised National TB Control Program (RNTCP), technical, managerial & organizational infrastructure in the state of Andhra Pradesh & Orissa in order to achieve & maintain more than 85% treatment success & >70% detection of new smear positive pulmonary TB cases & thus contribute to the overall national goal.	No. of health facilities (TU-Tuberculosis Unit stocking drugs & providing supervision for DOT services) established & supported.	CB	2
1,8	Treatment: TD&QTC	To maintain & improve sustainable Revised National TB Control Program (RNTCP), technical, managerial & organizational infrastructure in the state of Andhra Pradesh & Orissa in order to achieve & maintain more than 85% treatment success & >70% detection of new smear positive pulmonary TB cases & thus contribute to the overall national goal.	Percentage of new smear-positive TB cases registered under DOTS who are successfully treated (cases which were registered in the corresponding quarter of the previous year)*	IBP	3
1,9	Treatment: TD&QTC	To maintain & improve sustainable Revised National TB Control Program (RNTCP), technical, managerial & organizational infrastructure in the state of Andhra Pradesh & Orissa in order to achieve & maintain more than 85% treatment success & >70% detection of new smear positive pulmonary TB cases & thus contribute to the overall national goal.	Total No. of patients put on treatment under the RNTCP with GFATM assistance (incl. public & private health facilities)	IBP	3
1,10	SE: HSS	To maintain & improve sustainable Revised National TB Control Program (RNTCP), technical, managerial & organizational infrastructure in the state of Andhra Pradesh & Orissa in order to achieve & maintain more than 85% treatment success & >70% detection of new smear positive pulmonary TB cases & thus contribute to the overall national goal.	No. of survey reports produced & distributed	INF	0
1,11	TB/HIV Collaborative Activities: Intensified Case Finding Among PWLHA	To maintain & improve sustainable Revised National TB Control Program (RNTCP), technical, managerial & organizational infrastructure in the state of Andhra Pradesh & Orissa in order to achieve & maintain more than 85% treatment success & >70% detection of new smear positive pulmonary TB cases & thus contribute to the overall national goal.	Total No. of TB suspects (HIV positive plus HIV negative) referred from VCTCs to RNTCP facilities	IBP	3
1,12	TB/HIV Collaborative Activities: Intensified Case Finding Among PWLHA	To maintain & improve sustainable Revised National TB Control Program (RNTCP), technical, managerial & organizational infrastructure in the state of Andhra Pradesh & Orissa in order to achieve & maintain more than 85% treatment success & >70% detection of new smear positive pulmonary TB cases & thus contribute to the overall national goal.	No. of HIV positive TB cases put on DOTS	IBP	3
2,1	SE: C&PD (N, C, PP)	Increase the accessibility of RNTCP services in the states of Andhra Pradesh & Orissa by inter-sectoral collaboration with other sectors outside of public health facilities such as private sector, NGO sector, etc.	No. of NGO staff & private health providers involved in RNTCP	P/N	2
2,2	SE: C&PD (N, C, PP)	Increase the accessibility of RNTCP services in the states of Andhra Pradesh & Orissa by inter-sectoral collaboration with other sectors outside of public health facilities such as private sector, NGO sector, etc.	No. of NGO staff & PPs trained on DOTS provision	CB	1

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
IDA-607-G09-T	TB	6	The Department of Economic Affairs of the Government of India

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	Treatment: TD&QTC	Consolidation of services with maintenance & improvement in quality of RNTCP	No. of new smear positive TB cases detected & registered under DOTS	IBP	3
1.2	Treatment: TD&QTC	Consolidation of services with maintenance & improvement in quality of RNTCP	No. of total TB cases (all forms) detected & registered under DOTS	IBP	3
1.4	Treatment: TD&QTC	Consolidation of services with maintenance & improvement in quality of RNTCP	No. of NSP cases started on DOTS within 7 days of diagnosis	IBP	3
1.5	Treatment: TD&QTC	Consolidation of services with maintenance & improvement in quality of RNTCP	No. & percentage of new smear positive TB cases registered under DOTS who smear convert at the end of initial/intensive phase of treatment	IBP	0
1.3	SE: Laboratory	Consolidation of services with maintenance & improvement in quality of RNTCP	No. of Designated Microscopy Centres supported (maintenance, lab supplies & civil works)	CB	0
1.7	SE: HR	Consolidation of services with maintenance & improvement in quality of RNTCP	No. of key RNTCP staff (DTOs, MO-DTC, MO, STS, STLS & Lab Techs) re-trained/trained in RNTCP	CB	0
2.1	SE: Community TB Care	Expand & increase the reach of RNTCP	No. of NGOs & Private Practitioners involved under RNTCP DOTS programme in the 3 project states	P/N	0
2.2	TB/HIV	Expand & increase the reach of RNTCP	No. of TB suspects (HIV Positive plus HIV Negative) identified in clients attending HIV testing & counseling services & referred for TB diagnosis to RNTCP facilities	IBP	3
2.3	TB/HIV	Expand & increase the reach of RNTCP	No. & % of newly diagnosed TB cases among PLWHAs referred from VCTCs to RNTCP facilities receiving TB treatment (DOTS)	IBP	3
4.1	TB: PPM	To train & involve private practitioners in RNTCP-DOTS, in order to improve the availability & quality of TB control services through a sustainable Public Private Mix (PPM DOTS) approach	No. of Private Medical Practitioners reached through Continued Medical Education	CB	1
4.2	TB: PPM	To train & involve private practitioners in RNTCP-DOTS, in order to improve the availability & quality of TB control services through a sustainable Public Private Mix (PPM DOTS) approach	No. of private providers trained in DOTS using the RNTCP Module for Private Practitioners & International Standard of Care guidelines	CB	1

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
IDA-607-G10-H	HIV/AIDS	6	The Population Foundation of India

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	SE: SCC & institutional CB	Ensure access to OI treatment and improve drug adherence by establishing Community Care Centers (CCC)	Number of State networks strengthened	P/N	2
1.2	SE: SCC & institutional CB	Ensure access to OI treatment and improve drug adherence by establishing Community Care Centers (CCC)	Number of district level networks strengthened	P/N	2
1.4	SE: SCC & institutional CB	Ensure access to OI treatment and improve drug adherence by establishing Community Care Centers (CCC)	Number of PLHAs enrolled by district level networks for C&S	IBP	3
1.5	C&S: C&S for the Chronically Ill	Ensure access to OI treatment and improve drug adherence by establishing Community Care Centers (CCC)	Number of Community Care Centers set up	CB	2

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
IDA-607-G11-H	HIV/AIDS	6	The Department of Economic Affairs of the Government of India

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Treatment: ART&M	Widen access to treatment (including ART) & expanding access to counseling & testing	No. of people (adults) currently receiving Antiretroviral therapy (Round VI States)	IBP	3
1,2	Treatment: ART&M	Widen access to treatment (including ART) & expanding access to counseling & testing	No. of children currently receiving Antiretroviral therapy (All States)	IBP	3
1,3	Treatment: ART&M	Widen access to treatment (including ART) & expanding access to counseling & testing	No. of new ART Centers established (Round VI States)	CB	2
1,4	Treatment: ART&M	Widen access to treatment (including ART) & expanding access to counseling & testing	No. of health care facilities with laboratory capacity to conduct CD4 counts (Round6 states)	CB	2
1,5	Treatment: ART&M	Widen access to treatment (including ART) & expanding access to counseling & testing	No. of CD4 tests performed (R6 states)	IBP	0
1,6	Prevention: C&T	Widen access to treatment (including ART) & expanding access to counseling & testing	No. of people counselled & tested for HIV including provision of results at ICTC (R6 states)	IBP	0
2,1	Treatment: Prophylaxis & Treatment for Opportunistic Infections	Ensure access to OI treatment & improve drug adherence by establishing Community Care Centres	No. of cases of OI treated (R6 states) at ICTC & CCC	IBP	3
2,2	Prevention: C&T	Ensure access to OI treatment & improve drug adherence by establishing Community Care Centres	No. of ICTCs set up (R6 states)	CB	2
2,3	C&S: C&S for the Chronically Ill	Ensure access to OI treatment & improve drug adherence by establishing Community Care Centres	No. of Community Care Centers established (all states)	CB	0
2,4	C&S: C&S for the Chronically Ill	Ensure access to OI treatment & improve drug adherence by establishing Community Care Centres	No. of PLHAs provided care at Community Care Centers (all states)	IBP	0
3,1	SE: C&PD (N, C, PP)	Mitigate the impact of HIV on children & women	No. of ART staff & CCC staff trained in counselling services & referral.	CB	1
3,2	HSS: IS&OR	Mitigate the impact of HIV on children & women	No. of PLHAs (Adults & Children) on ART issued smart cards (all states)	CB	3
3,3	HSS: IS&OR	Mitigate the impact of HIV on children & women	No. of Operation Research Projects completed & results disseminated	INF	0

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
IDA-607-G12-H	HIV/AIDS	6	India HIV/AIDS Alliance

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	C&S: Support for Orphans & Vulnerable Children	Mitigate the impact of HIV on children & their families	No. of (CLHA and CAA) under 18 years of age benefiting from a minimum package of care and support services (Registrations Only)	IBP	3
1,3	C&S: Support for Orphans & Vulnerable Children	Mitigate the impact of HIV on children & their families	No. of CLHA and CAA receiving nutritional services including nutritional counselling & demonstration services from the implementing NGO	IBP	3
1,4	C&S: Support for Orphans & Vulnerable Children	Mitigate the impact of HIV on children & their families	No. of households of CLHA and CAA covered by basic support	IBP	3
1,5	C&S: Support for Orphans & Vulnerable Children	Mitigate the impact of HIV on children & their families	No. of children referred for paediatric ART to a healthcare institution	IBP	3
1,6	C&S: Support for Orphans & Vulnerable Children	Mitigate the impact of HIV on children & their families	No. of CLHA and CAA provided with educational support and/or vocational training	IBP	3
1,7	C&S: Support for Orphans & Vulnerable Children	Mitigate the impact of HIV on children & their families	No. of households provided income generation support	IBP	3

1,8	C&S: Support for Orphans & Vulnerable Children	Mitigate the impact of HIV on children & their families	No. of Children support groups formed	CB	2
1,2	SE: Stigma Reduction in all Settings	Mitigate the impact of HIV on children & their families	No. of sensitisation meetings held in communities	IBP	1
1,9	SE: Stigma Reduction in all Settings	Mitigate the impact of HIV on children & their families	No. of participants attended the sensitisation meetings held in communities	IBP	1
1,10	SE: SCC & institutional CB	Mitigate the impact of HIV on children & their families	No. of NGO/CBO staff trained	CB	1

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
IRN-202-G01-H-00	HIV/AIDS	2	The United Nations Development Program

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,3	-	Strengthening of assessment, surveillance & monitoring	No. of BSS site reports	INF	0
2,1	YE&P	Promotion of HIV information & education	No. of university students reached by peer education & training of trainers session on HIV/AIDS prevention	IBP	3
2,2	YE&P	Promotion of HIV information & education	No. of teachers trained	CB	1
2,3	YE&P	Promotion of HIV information & education	No. of IDUs reached by peer education & training or trainers sessions on HIV/AIDS prevention	IBP	1
2,4	BCC - CO	Promotion of HIV information & education	No. of service deliverers trained as trainers incl. health workers & medical doctors on standard precautions on HIV/AIDS	CB	1
2,5	BCC - Mass Media	Promotion of HIV information & education	No. of supervisors of core peer groups in prisons reached by training of trainers sessions on HIV/AIDS prevention	CB	3
2,6	BCC - Mass Media	Promotion of HIV information & education	No. of PPUS reached by peer education & training of trainers sessions on HIV/AIDS prevention	IBP	3
2,7	BCC - Mass Media	Promotion of HIV information & education	No. of refugees reached by health workers on HIV/AIDS prevention	IBP	3
2,8	BCC - Mass Media	Promotion of HIV information & education	No. of policy makers reached by sensitization sessions on HIV/AIDS prevention	GOV	3
2,9	BCC - Mass Media	Promotion of HIV information & education	No. of school students reached by teachers on HIV/AIDS prevention	IBP	3
2,10	BCC - Mass Media	Promotion of HIV information & education	Percentage of young people aged 18-24 who correctly identify ways of preventing sexual transmission of HIV & who reject major misconceptions about HIV transmission	IBP	3
3,1	Prevention: Condom Distribution	Reducing HIV risk & vulnerability	No. of condoms distributed including at VCTs	IBP	3
3,2	Prevention: Condom Distribution	Reducing HIV risk & vulnerability	No. of IDUs exposed to MMT programme including those in prisons in programmes funded by the Global Fund	IBP	0
3,3	Prevention: Condom Distribution	Reducing HIV risk & vulnerability	No. of prisoners receiving counseling & testing	IBP	3
3,4	Prevention: Condom Distribution	Reducing HIV risk & vulnerability	No. of VCT sites established/upgraded	CB	2
3,5	Prevention: Condom Distribution	Reducing HIV risk & vulnerability	No. of staff trained for integrating HIV/AIDS into PHC including testing & counseling	CB	1
3,6	Prevention: Condom Distribution	Reducing HIV risk & vulnerability	No. of consultants & staff trained for VCTs	CB	1
3,7	Prevention: Condom Distribution	Reducing HIV risk & vulnerability	No. of TV programmes & teasers produced & broadcasted	IBP	0
4,1	Treatment: ART&M	Improving access & quality of HIV/AIDS treatment & care	No. of people with HIV infection receiving ARV combination therapy	IBP	3
4,2	Treatment: ART&M	Improving access & quality of HIV/AIDS treatment & care	No. of PLWHA trained to support other PLWHAs	CB	1
4,3	Treatment: ART&M	Improving access & quality of HIV/AIDS treatment & care	No. of persons receiving home based care	IBP	3

4,4	Treatment: ART&M	Improving access & quality of HIV/AIDS treatment & care	No. of community based organizations/NGOs involved in care & support for PLWHAs	P/N	0
-----	------------------	---	---	-----	---

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
MDV-607-G01-H	HIV/AIDS	6	The United Nations Development Program

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	SE: C&PD (N, C, PP)	Prevent HIV transmission among young people who inject drugs or are at risks to inject drugs	No. of NGOs & government ministries involved in planning local responses to HIV prevention needs & care needs of people who use drugs.	P/N	0
1,2	SE: C&PD (N, C, PP)	Prevent HIV transmission among young people who inject drugs or are at risks to inject drugs	No. of law enforcement officers including judiciary, police & staff of correctional facility trained on both IDU & HIV concerns.	CB	0
1,3	SE: C&PD (N, C, PP)	Prevent HIV transmission among young people who inject drugs or are at risks to inject drugs	No. of peer educators trained on HIV AIDS risks for drug users & outreach to IDUs, migrants, sea farers & resort workers	CB	0
1,4	Prevention: BCC - CO	Prevent HIV transmission among young people who inject drugs or are at risks to inject drugs	No of IDUs reached by HIV prevention programme	IBP	0
2,1	Prevention: BCC - CO	Prevent HIV transmission among populations at risk such as migrants, sea farers, & resort workers	No. of migrants, sea farers & resort workers reached by HIV/AIDS prevention programme	IBP	3
2,2	SE: Policy Development incl. workplace policy	Prevent HIV transmission among populations at risk such as migrants, sea farers, & resort workers	No. of HIV education sessions held in large enterprises / companies	IBP	0
3,1	Prevention: BCC - CO	Increase awareness & knowledge about sexually transmitted infections & HIV among young people	Percentage of young people 15-24 years of age who both correctly identify ways of preventing the transmission of HIV & who reject the major misconceptions about HIV transmission	IBP	3
3,2	Prevention: BCC - CO	Increase awareness & knowledge about sexually transmitted infections & HIV among young people	No. of teachers trained in participatory life skills based HIV/AIDS education.	CB	1
4,1	Prevention: C&T	Expand access & coverage of quality HIV testing & counselling	No of People who receive HIV testing & counseling (including provision of test result)	IBP	3
5,1	Prevention: STI diagnosis & treatment	Strengthen the prevention & control of sexually transmitted infections	No. of people trained in diagnosis & clinical management of STIs	CB	1
5,2	Prevention: STI diagnosis & treatment	Strengthen the prevention & control of sexually transmitted infections	No. of STI cases treated at health care facilities	IBP	3
6,1	Treatment: ART&M	Strengthen health service capacity to provide quality care, support & treatment for people living with HIV/AIDS	Number of people receiving ARV treatment	IBP	3
7,1	Prevention: BS&UP	Strengthen health systems capacity for prevention transmission of HIV & other transfusion transmittable infections through blood & blood products	No. of blood units collected through blood donation promotion offers	BGV	1
7,2	Prevention: BS&UP	Strengthen health systems capacity for prevention transmission of HIV & other transfusion transmittable infections through blood & blood products	No. of clinicians trained on rational use of blood & blood products - RBC & nurses trained in blood transfusion practices	CB	1
7,3	Prevention: BS&UP	Strengthen health systems capacity for prevention transmission of HIV & other transfusion transmittable infections through blood & blood products	No. & % of transfused blood units screened for HIV according to national guidelines	CB	2

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
NEP-202-G01-H-00	HIV/AIDS	2	The Ministry of Health of the Government of Nepal

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
2,1	PMTCT	To establish HIV/AIDS prevention, treatment & care & support services	No. & % of HIV-infected pregnant women receiving a complete course of antiretroviral prophylaxis	IBP	3
2,2	PMTCT	To establish HIV/AIDS prevention, treatment & care & support services	No. of health facilities offering a minimum package of PMTCT	CB	2

2,3	PMTCT	To establish HIV/AIDS prevention, treatment & care & support services	No. of care providers trained on PMTCT	CB	1
2,4	C&T	To establish HIV/AIDS prevention, treatment & care & support services	No. of VCT centers established	CB	2
2,5	C&T	To establish HIV/AIDS prevention, treatment & care & support services	No. of people receiving testing & counseling for HIV	IBP	3
2,6	ART&M	To establish HIV/AIDS prevention, treatment & care & support services	No. of service deliverers trained in comprehensive HIV/AIDS care & support (including ART)	CB	1
2,7	ART&M	To establish HIV/AIDS prevention, treatment & care & support services	No. of ARV treatment centers established	CB	2
2,8	ART&M	To establish HIV/AIDS prevention, treatment & care & support services	No. of PLWHA receiving ARV treatment	IBP	3
2,10	C&S for the Chronically Ill & Families	To establish HIV/AIDS prevention, treatment & care & support services	No. of service deliverers/ community people trained in home-based care for PLWHA (Community members, PLWHA, health staff trained)	CB	1
2,12	C&S for the Chronically Ill & Families	To establish HIV/AIDS prevention, treatment & care & support services	No. of health workers & pharmacists receiving training on STI Case Management	CB	1
2,13	C&S for the Chronically Ill & Families	To establish HIV/AIDS prevention, treatment & care & support services	No. of STI diagnosed, treated & counseled	IBP	3
2,14	C&S for the Chronically Ill & Families	To establish HIV/AIDS prevention, treatment & care & support services	No. of cases of OIs treated among PLWAs	IBP	3
3,1	HSS	To strengthen the capacity of the National AIDS Program to lead an expanded response to HIV/AIDS in Nepal	No. of NCASC staff trained according to the National strategy	CB	1

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
NEP-202-G02-M-00	Malaria	2	The Ministry of Health of the Government of Nepal

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,4	PEAMT	The access of populations at risk of malaria to early detection & prompt & effective treatment at all levels of health systems as well as in the community increased.	No. of public health care providers trained (at all levels) on malaria case detection & management, BCC, use of rapid diagnostics, use of ITNs, early warning & reporting systems & M&E.	CB	1
1,5	PEAMT	The access of populations at risk of malaria to early detection & prompt & effective treatment at all levels of health systems as well as in the community increased.	No. of laboratories having adequate malaria diagnostic capacity.	CB	2
1,6	PEAMT	The access of populations at risk of malaria to early detection & prompt & effective treatment at all levels of health systems as well as in the community increased.	No. of uncomplicated malaria cases diagnosed & treated.	IBP	3
1,7	PEAMT	The access of populations at risk of malaria to early detection & prompt & effective treatment at all levels of health systems as well as in the community increased.	No. of people admitted with severe malaria & correctly treated at health facilities.	IBP	3
1,8	PEAMT	The access of populations at risk of malaria to early detection & prompt & effective treatment at all levels of health systems as well as in the community increased.	No. of probable malaria cases treated with Chloroquine	IBP	3
1,9	PEAMT	The access of populations at risk of malaria to early detection & prompt & effective treatment at all levels of health systems as well as in the community increased.	No. of confirmed P. Vivax & P. Falicparum (uncomplicated) malaria cases diagnosed & treated with Chloroquine, Primaquine & ACT respectively	IBP	3
2,1	Monitoring of Drug Resistance	National malaria drug policy reviewed & updated through regular monitoring of drug resistance	No. of personnel trained on monitoring of drug resistance	CB	1
2,2	Monitoring of Drug Resistance	National malaria drug policy reviewed & updated through regular monitoring of drug resistance	No. of sentinel sites established for monitoring anti malarial drug resistance.	CB	2

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
NEP-202-G04-M-00	Malaria	2	Population Services International

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Prevention: BCC - MM	The access of populations at risk of malaria to early detection & prompt & effective treatment at all levels of health systems as well as in the community increased.	No. of radio, TV programs, posters, newspapers, leaflets produced & broadcasted/distributed.	IBP	2
1,3	Prevention: BCC - MM	The access of populations at risk of malaria to early detection & prompt & effective treatment at all levels of health systems as well as in the community increased.	No. of TV/radio BCC programs designed/developed/produced/broadcast/aired	IBP	0
1,4	Prevention: BCC - MM	The access of populations at risk of malaria to early detection & prompt & effective treatment at all levels of health systems as well as in the community increased.	No. of people reached through BCC outreach activities	IBP	3
1,5	Treatment: PEAMT	The access of populations at risk of malaria to early detection & prompt & effective treatment at all levels of health systems as well as in the community increased.	Private health care providers trained (at all levels) on malaria case detection & management, BCC, use of rapid diagnostics, use of ITNs, early warning & reporting systems & M&E. (Period 6, refers to development & has been broken down by type of activity in order to chart the results)	CB	1
2,3	Prevention: ITNs	ITNs as a tool for community protection introduced in high risk & epidemic prone areas.	No. of LLITN distributed to people.	IBP	3
3,1	HSS: IS&OR	To introduce ITNs in high risk & epidemic prone areas as a tool for community protection	No. of Market research/social marketing/behavioural research studies conducted	INF	0

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
NEP-202-G05-H-00	HIV/AIDS	2	The United Nations Development Program

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Prevention: BCC - CO	To reduce HIV transmission among labour migrants their families, & young people between 10-24 year of age	No. of school teachers trained in life skills education	CB	1
1,2	Prevention: BCC - CO	To reduce HIV transmission among labour migrants their families, & young people between 10-24 year of age	No. of youth (in & out of school) reached with life skill based education, PE & counseling	IBP	3
1,3	Prevention: BCC - CO	To reduce HIV transmission among labour migrants their families, & young people between 10-24 year of age	No. of labour migrants reached by peer education & counseling	IBP	3
1,4	Prevention: BCC - CO	To reduce HIV transmission among labour migrants their families, & young people between 10-24 year of age	No. of labour migrants trained as peer educators on HIV/AIDS	CB	1
1,5	Prevention: BCC - CO	To reduce HIV transmission among labour migrants their families, & young people between 10-24 year of age	No. of uniformed services personnel receiving HIV/AIDS & STI information	IBP	3
1,6	Prevention: BCC - CO	To reduce HIV transmission among labour migrants their families, & young people between 10-24 year of age	% of labour migrants who both correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV & who reject major misconceptions about HIV.	IBP	3
1,7	Prevention: BCC - CO	To reduce HIV transmission among labour migrants their families, & young people between 10-24 year of age	% of young people who both correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV & who reject major misconceptions about HIV.	IBP	3
2,1	Prevention: C&T	To establish HIV prevention, treatment & care & support services	No. of people completed counseling & testing process for HIV/AIDS	IBP	3
2,2	C&S: C&S for the Chronically Ill	To establish HIV prevention, treatment & care & support services	No. of individuals trained to provide HIV-related palliative care for HIV-infected individuals (home-based care)	CB	1
2,3	C&S: C&S for the Chronically Ill	To establish HIV prevention, treatment & care & support services	No. of PLWHA receiving home based care/palliative care	IBP	3
2,4	Prevention: STI diagnosis & treatment	To establish HIV prevention, treatment & care & support services	No. of new cases diagnosed & treated for STIs	IBP	3

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
NEP-405-G03-T	TB	4	The Ministry of Health & Population of the Government of Nepal

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Prevention: IIC	To increase the case detection rate to 78% nationally & to at least 70% in all districts.	No. & percentage of new smear positive TB cases detected	IBP	3
1,3	Prevention: IIC	To increase the case detection rate to 78% nationally & to at least 70% in all districts.	No. of centres set up to offer DOTS Microscopy service in Nepal	CB	2
1,4	Prevention: IIC	To increase the case detection rate to 78% nationally & to at least 70% in all districts.	No. of Doctors Health Workers Technicians & Community workers trained on DOTS/DOTS plus	CB	1
1,5	Prevention: IIC	To increase the case detection rate to 78% nationally & to at least 70% in all districts.	No. of centers offering DOTS Microscopy services in NGO/Private or Municipality	CB	2
2,2	Treatment: TD&QTC	Increase & maintain cure rates of 85% & treatment success rates of 90% by 2010 nationally & in treatment success rate of 80% minimally in all districts.	No. & percentage of new smear positive TB cases successfully treated	IBP	3
2,4	Treatment: TD&QTC	Increase & maintain cure rates of 85% & treatment success rates of 90% by 2010 nationally & in treatment success rate of 80% minimally in all districts.	No. of Sub Health Units strengthened to offer DOTS Treatment services	CB	2
3,1	Treatment: Control of Drug Resistance	To maintain the quality & capacity of the national laboratory quality assurance system for smear microscopy & to build up the capacity of the NTC Laboratory to act as the MDR TB reference laboratory for Nepal for the purposes of DOTS PLUS activities, dealing with the diagnosis, monitoring & control of MDR TB.	No. of laboratories participating in the National Network of laboratories carrying out Quality assurance	CB	2
3,2	Treatment: Control of Drug Resistance	To maintain the quality & capacity of the national laboratory quality assurance system for smear microscopy & to build up the capacity of the NTC Laboratory to act as the MDR TB reference laboratory for Nepal for the purposes of DOTS PLUS activities, dealing with the diagnosis, monitoring & control of MDR TB.	No. of service deliverers trained in the management of MDR TB	CB	1
3,3	Treatment: Control of Drug Resistance	To maintain the quality & capacity of the national laboratory quality assurance system for smear microscopy & to build up the capacity of the NTC Laboratory to act as the MDR TB reference laboratory for Nepal for the purposes of DOTS PLUS activities, dealing with the diagnosis, monitoring & control of MDR TB.	No. of district pilot centers strengthened to carry out DOTS PLUS treatment	CB	2
3,4	Treatment: Control of Drug Resistance	To maintain the quality & capacity of the national laboratory quality assurance system for smear microscopy & to build up the capacity of the NTC Laboratory to act as the MDR TB reference laboratory for Nepal for the purposes of DOTS PLUS activities, dealing with the diagnosis, monitoring & control of MDR TB.	No. of TB cases enrolled to begin second line treatment	IBP	3
4,1	SE: M&E & OR	To maintain the routine & "operational research" based M&E arrangements of the program, & to introduce timely comprehensive district & health centre feedback systems.	No. of DOTS centres participating in trimester review meetings & receiving feedback reports regularly	INF	2

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
PKS-202-G01-H-00	HIV/AIDS	2	The National AIDS Control Program on the behalf of the Ministry of Health of the Government of Pakistan

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Prevention: BCC - CO	To improve the knowledge of HIV transmission among in-school youth of private sector secondary school in cities of Karachi, Haala, Peshawar, Pishin & Multan from baseline of <5% to 60% by 2007.	No. & percentage of street children who can identify two major ways of preventing HIV transmission	IBP	3
1,2	Prevention: BCC - CO	To improve the knowledge of HIV transmission among in-school youth of private sector secondary school in cities of Karachi, Haala, Peshawar, Pishin & Multan from baseline of <5% to 60% by 2007.	No. of people trained to deliver life skill based education in secondary schools including counselors for drop-in centers	CB	1
1,4	Prevention: BCC - CO	To improve the knowledge of HIV transmission among in-school youth of private sector secondary school in cities of Karachi, Haala, Peshawar, Pishin & Multan from baseline of <5% to 60% by 2007.	No. of secondary schools with life skills based curriculum	CB	2

1.5	Prevention: BCC - CO	To improve the knowledge of HIV transmission among in-school youth of private sector secondary school in cities of Karachi, Haala, Peshawar, Pishin & Multan from baseline of <5% to 60% by 2007.	No. of young people exposed to HIV/AIDS education in school	IBP	3
1.6	Prevention: BCC - CO	To improve the knowledge of HIV transmission among in-school youth of private sector secondary school in cities of Karachi, Haala, Peshawar, Pishin & Multan from baseline of <5% to 60% by 2007.	No. of street children attending drop-in centers	IBP	3
1.7	Prevention: BCC - CO	To improve the knowledge of HIV transmission among in-school youth of private sector secondary school in cities of Karachi, Haala, Peshawar, Pishin & Multan from baseline of <5% to 60% by 2007.	No. & % of young people in secondary schools who can identify two major ways of preventing HIV transmission	IBP	3
2.1	Prevention: BS&UP	To improve screening of blood & blood products for HIV & other blood borne infections in the NGOs run blood banks from baseline of 20% to 95% by 2007.	No. of blood bank staff trained in screening blood & blood products for HIV; HBV & HCV & quality assurance in NGO blood banks	CB	1
2.2	Prevention: BS&UP	To improve screening of blood & blood products for HIV & other blood borne infections in the NGOs run blood banks from baseline of 20% to 95% by 2007.	No. & % of blood bags (units) screened for HIV in blood banks run by the NGO & private sector	CB	2
3.1	Prevention: C&T	To establish, during 2003-2006, VCT services in 16 big cities & five quality ARV treatment & support centers for PLWHAs in order to establish access to ARV treatment, access to voluntary counseling & confidential testing, decrease barrier to VCT, & increase quality of VCT services through ongoing learning, starting from a baseline of almost negligible services.	No. of staff trained in counseling & testing	CB	1
3.2	Prevention: C&T	To establish, during 2003-2006, VCT services in 16 big cities & five quality ARV treatment & support centers for PLWHAs in order to establish access to ARV treatment, access to voluntary counseling & confidential testing, decrease barrier to VCT, & increase quality of VCT services through ongoing learning, starting from a baseline of almost negligible services.	No. of VCT centers established	CB	2
3.3	Prevention: C&T	To establish, during 2003-2006, VCT services in 16 big cities & five quality ARV treatment & support centers for PLWHAs in order to establish access to ARV treatment, access to voluntary counseling & confidential testing, decrease barrier to VCT, & increase quality of VCT services through ongoing learning, starting from a baseline of almost negligible services.	No. of people receiving testing & counseling	IBP	3
3.6	Treatment: ART&M	To establish, during 2003-2006, VCT services in 16 big cities & five quality ARV treatment & support centers for PLWHAs in order to establish access to ARV treatment, access to voluntary counseling & confidential testing, decrease barrier to VCT, & increase quality of VCT services through ongoing learning, starting from a baseline of almost negligible services.	No. of people receiving ARVs	IBP	3

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
PKS-202-G02-M-00	Malaria	2	The National AIDS Control Program

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	HSS	To strengthen microscopy in 23 districts, five provincial referral laboratories & national malaria-training centre to improve early diagnosis & prompt treatment at health facility level from existing zero percent to 50 percent by 2006, including improving monitoring of quality assurance standards at district level & above.	No. of malaria microscopy centres established or strengthened.	CB	2
1.2	HSS	To strengthen microscopy in 23 districts, five provincial referral laboratories & national malaria-training centre to improve early diagnosis & prompt treatment at health facility level from existing zero percent to 50 percent by 2006, including improving monitoring of quality assurance standards at district level & above.	No. of district, provincial & national reference laboratories established or strengthened	CB	2
2.1	PEAMT	To enhance technical & management capacity of health care providers in 23 high-risk districts for prompt treatment of clinically diagnosed &/or microscopically confirmed malaria cases, using national treatment guidelines & protocols.	No. of health care providers (public & private) trained in application of national treatment guidelines & protocols.	CB	1
2.2	PEAMT	To enhance technical & management capacity of health care providers in 23 high-risk districts for prompt treatment of clinically diagnosed &/or microscopically confirmed malaria cases, using national treatment guidelines & protocols.	No. & percentage of uncomplicated malaria cases receiving treatment in first 24 hours of illness according to national guidelines	IBP	3
2.3	PEAMT	To enhance technical & management capacity of health care providers in 23 high-risk districts for prompt treatment of clinically diagnosed &/or microscopically confirmed malaria cases, using national treatment guidelines & protocols.	No. & percentage of health facilities with no stock-outs of drugs of more than one week in any given quarter	CB	2
2.4	PEAMT	To enhance technical & management capacity of health care providers in 23 high-risk districts for prompt treatment of clinically diagnosed &/or microscopically confirmed malaria cases, using national treatment guidelines & protocols.	Setting sentinel sites for health facility & community survey.	CB	0
3.1	BCC - Mass Media	To implement a BCC strategy to improve the knowledge & decision making of general population for access to diagnostic & or treatment services within first 24 hours of onset of fever & avail the benefits of simple & safe preventive measures.	No. of health workers trained in interpersonal communication	CB	1
3.2	BCC - Mass Media	To implement a BCC strategy to improve the knowledge & decision making of general population for access to diagnostic & or treatment services within first 24 hours of onset of fever & avail the benefits of simple & safe preventive measures.	No. of radio & TV spots developed & aired.	IBP	2

4.1	Prevention: ITNs	To promote the use of subsidized ITNs specifically for the protection of High risk groups in highly endemic districts, from existing 0 coverage to protection of about 1.2 million population by Dec 2006.	No. of people trained in ITN promotion strategies	CB	1
4.2	Prevention: ITNs	To promote the use of subsidized ITNs specifically for the protection of High risk groups in highly endemic districts, from existing 0 coverage to protection of about 1.2 million population by Dec 2006.	No. of ITNs distributed/sold	IBP	3

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
PKS-202-G03-T-00	TB	2	The National AIDS Control Program on the behalf of the Ministry of Health of the Government of Pakistan

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	Prevention: IIC	Provide TB DOTS coverage to additional 20 million population by the end of first two years of the project through public-private partnership with Pakistan anti-TB association & Aga Khan Foundation Pakistan	No. of sputum microscopy centers strengthened & operational	CB	2
1.2	Prevention: IIC	Provide TB DOTS coverage to additional 20 million population by the end of first two years of the project through public-private partnership with Pakistan anti-TB association & Aga Khan Foundation Pakistan	No. of new smear-positive TB cases detected under DOTS	IBP	3
1.3	Treatment: TD&QTC	Provide TB DOTS coverage to additional 20 million population by the end of first two years of the project through public-private partnership with Pakistan anti-TB association & Aga Khan Foundation Pakistan	No. of service deliverers trained including doctors, nurses, paramedics, lab technicians, TB coordinators & community volunteers	CB	1
1.4	Treatment: TD&QTC	Provide TB DOTS coverage to additional 20 million population by the end of first two years of the project through public-private partnership with Pakistan anti-TB association & Aga Khan Foundation Pakistan	No. & % of treatment centers (implementing DOTS) fully operational	CB	2
1.5	Treatment: TD&QTC	Provide TB DOTS coverage to additional 20 million population by the end of first two years of the project through public-private partnership with Pakistan anti-TB association & Aga Khan Foundation Pakistan	No. of new smear-positive TB cases receiving DOTS (Not measured in Phase2)	IBP	3
1.6	Treatment: TD&QTC	Provide TB DOTS coverage to additional 20 million population by the end of first two years of the project through public-private partnership with Pakistan anti-TB association & Aga Khan Foundation Pakistan	No. & % of new smear positive TB cases registered under DOTS successfully treated	IBP	3
2.1	SE: HSS	Strengthen two way referral of complicated /suspected adult TB cases & children with suspected TB between the PHC treatment centers & district hospitals	No. of service deliverers trained including chest specialists, pediatricians & TB coordinators	CB	1
2.2	SE: HSS	Strengthen two way referral of complicated /suspected adult TB cases & children with suspected TB between the PHC treatment centers & district hospitals	No. of patients who are managed/referred by primary/secondary/tertiary health care facilities as per developed guidelines	IBP	3
3.1	Prevention: BCC - MM	Implement during 2003-2006 a behavior change communication strategy to improve the knowledge & decision making of suspected TB cases & their families for timely access to the TB-DOTS treatment centers & for treatment compliance by the TB patient	No. of radio/TV programs, newspaper advertisements, posters, booklets, brochures etc. developed & distributed	IBP	2
3.2	Prevention: BCC - CO	Implement during 2003-2006 a behavior change communication strategy to improve the knowledge & decision making of suspected TB cases & their families for timely access to the TB-DOTS treatment centers & for treatment compliance by the TB patient	No. of service deliverers including master trainers & health workers trained on interpersonal communication	CB	1
3.3	Prevention: BCC - CO	Implement during 2003-2006 a behavior change communication strategy to improve the knowledge & decision making of suspected TB cases & their families for timely access to the TB-DOTS treatment centers & for treatment compliance by the TB patient	No. of people reached through media workshops (New in Phase2)	IBP	3

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
PKS-304-G04-M	Malaria	3	The National AIDS Control Program on the behalf of the Ministry of Health of the Government of Pakistan

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	PEAMT	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of public sector health care providers trained in diagnosis & treatment of malaria as per National treatment guidelines	CB	1
1.2	PEAMT	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of laboratory personnel trained in diagnosis of malaria as per National treatment guidelines	CB	1
1.3	PEAMT	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of private health care providers trained in diagnosis & treatment of malaria as per the national treatment guidelines & protocols	CB	1

1,4	PEAMT	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of patients with uncomplicated (Vivax malaria) & severe malaria receiving correct diagnosis & treatment	IBP	3
1,5	PEAMT	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of patients with falciparum malaria receiving correct diagnosis & treatment (ACT)	IBP	3
1,6	Monitoring of Drug Resistance	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of service deliverers trained in monitoring of antimalarial drug & insecticide resistance (Finished in Year1)	CB	1
1,7	Monitoring of Drug Resistance	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of sentinel sites established for monitoring antimalarial drug & insecticide resistance (Finished in Year1)	CB	2
1,8	M&E & OR	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of service deliverers trained in M&E (Finished in Year1)	CB	1
1,9	BCC - CO	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of community representatives trained in BCC	CB	1
1,10	BCC - CO	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of people reached by community representatives	IBP	3
1,11	BCC - Mass Media	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of malaria brochures, booklets, posters distributed	IBP	2
1,12	Indoor Residual Spraying	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of homes & areas sprayed with insecticides	IBP	2
1,13	ITNs	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of ITNs distributed/sold	IBP	2
1,14	ITNs	To strengthen the preventive, diagnostic & curative malaria services in six districts where Basic Development Needs program (a multi-sectoral program based on public-private & civil society partnership) is in operation	No. of poor people (families) given microcredits as a means to promote the use of ITNs.	IBP	3

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
PKS-304-G05-T	TB	3	The National AIDS Control Program on the behalf of the Ministry of Health of the Government of Pakistan

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	TD&QTC	To provide increased access to high quality TB/DOTS information, testing & treatment through a private sector clinic franchise network in 5 urban areas	No. of new smear-positive TB cases registered DOTS who are successfully treated	IBP	3
1,2	TD&QTC	To provide increased access to high quality TB/DOTS information, testing & treatment through a private sector clinic franchise network in 5 urban areas	No. of treatment facilities delivering TB DOTS services	CB	2
1,3	TD&QTC	To provide increased access to high quality TB/DOTS information, testing & treatment through a private sector clinic franchise network in 5 urban areas	No. of Greenstar franchise providers trained & providing accurate, effective DOTS services & drugs	CB	1
1,4	TD&QTC	To provide increased access to high quality TB/DOTS information, testing & treatment through a private sector clinic franchise network in 5 urban areas	No. & % of new TB cases (all forms) registered under DOTS who are successfully treated	IBP	3
1,5	IIC	To provide increased access to high quality TB/DOTS information, testing & treatment through a private sector clinic franchise network in 5 urban areas	New smear positive TB cases detected under DOTS	IBP	3
1,6	IIC	To provide increased access to high quality TB/DOTS information, testing & treatment through a private sector clinic franchise network in 5 urban areas	No. of service deliverers other than GS prescribers trained	CB	1
1,7	IIC	To provide increased access to high quality TB/DOTS information, testing & treatment through a private sector clinic franchise network in 5 urban areas	No. of new TB cases (all forms) detected under DOTS	IBP	3
2,1	BCC - CO	To develop & implement an interactive community mobilization strategy, for achieving 70% case detection & 85% cure rate, in partnership with NGO/CBO networks & public sector facilities working at the grassroots level in 27 DOTS districts nationwide.	No. of people exposed to BCC outreach activities through interactive outreach activities (Combined targets from attachment 1)	IBP	3
2,2	BCC - CO	To develop & implement an interactive community mobilization strategy, for achieving 70% case detection & 85% cure rate, in partnership with NGO/CBO networks & public sector facilities working at the grassroots level in 27 DOTS districts nationwide.	No. of interactive outreach BCC activities undertaken (Combined targets from Attachment 1)	IBP	2

2.3	BCC - CO	To develop & implement an interactive community mobilization strategy, for achieving 70% case detection & 85% cure rate, in partnership with NGO/CBO networks & public sector facilities working at the grassroots level in 27 DOTS districts nationwide.	No. of service deliverers / Volunteers trained in community mobilization & treatment support processes	CB	1
2.6	BCC - CO	To develop & implement an interactive community mobilization strategy, for achieving 70% case detection & 85% cure rate, in partnership with NGO/CBO networks & public sector facilities working at the grassroots level in 27 DOTS districts nationwide.	No. of interactive video sessions conducted	IBP	0
2.7	BCC - CO	To develop & implement an interactive community mobilization strategy, for achieving 70% case detection & 85% cure rate, in partnership with NGO/CBO networks & public sector facilities working at the grassroots level in 27 DOTS districts nationwide.	No. of people reached by interactive video sessions (IVS)	IBP	3
2.4	C&PD	To develop & implement an interactive community mobilization strategy, for achieving 70% case detection & 85% cure rate, in partnership with NGO/CBO networks & public sector facilities working at the grassroots level in 27 DOTS districts nationwide.	No. of TB patients/families exposed to social rehabilitation services	IBP	3
2.5	C&PD	To develop & implement an interactive community mobilization strategy, for achieving 70% case detection & 85% cure rate, in partnership with NGO/CBO networks & public sector facilities working at the grassroots level in 27 DOTS districts nationwide.	No. of networks & partnerships involved with NTP, private laboratories, social rehabilitation services for TB patients	P/N	2

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
PKS-607-G06-T	TB	6	Mercy Corp

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Enhanced ACSM Coordination: Management & Partnership Development	Empower people with TB and communities (ACSM)	No. and % of districts/ provinces with written social mobilization and communication plans with clearly stated behavioral goals.	GOV	0
1,2	Enhanced ACSM Coordination: Management & Partnership Development	Empower people with TB and communities (ACSM)	No. and % of districts/provinces with established and active monitoring system for social mobilization and communication activities.	CB	0
1,3	Increased Awareness, Knowledge & Self Efficiency Towards TB Care	Empower people with TB and communities (ACSM)	No. of Radio spots aired	IBP	0
1,4	Increased Awareness, Knowledge & Self Efficiency Towards TB Care	Empower people with TB and communities (ACSM)	No. of community based ACSM events (theatre, music, drama, etc) conducted	IBP	0
1,5	Increased Awareness, Knowledge & Self Efficiency Towards TB Care	Empower people with TB and communities (ACSM)	No. of students reached through dialogue during school sessions	IBP	3
1,6	SE: Public & Media Advocacy	Empower people with TB and communities (ACSM)	No. of Journalists oriented/ trained	CB	1
1,7	SE: Public & Media Advocacy	Empower people with TB and communities (ACSM)	No. of policy makers, opinion leaders, key influencers and celebrity role models sensitized through orientation sessions.	GOV	3
1,8	Social Mobilisation: Building Consensus & Commitment	Empower people with TB and communities (ACSM)	No. of community coalitions established	P/N	0
1,9	Institutional Strengthening & CB	Empower people with TB and communities (ACSM)	No. of service providers trained in interpersonal communication (incl. district level health care providers, i.e. lady health workers, medical officers, DOTS facilitators)	CB	0

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
PKS-607-G07-T	TB	6	National TB Control Program (NTB) Pakistan

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Treatment: TD&QTC	Pursue high-quality DOTS expansion & enhancement	No. of new smear positive cases detected among the total estimated No. of new smear positive TB cases per year	IBP	3
1,2	Treatment: TD&QTC	Pursue high-quality DOTS expansion & enhancement	No. of new smear positive pulmonary TB cases successfully treated (national No.)	IBP	3

1.3	SE: Laboratory	Pursue high-quality DOTS expansion & enhancement	No. of peripheral lab supported for QA diagnosis	CB	2
1.4	Pursue High Quality DOTS by Quality Assured Bacteriology at Intermediate Level Laboratory Network	Pursue high-quality DOTS expansion & enhancement	Percentage/No. of intermediate labs (ILL) under EQA (total 112)	INF	2
1.5	SE: Capacity Building	Pursue high-quality DOTS expansion & enhancement	Percentage/No. of National / provincial labs performing quality assured culture & DST (total 13)	CB	2
1.6	SE: Capacity Building	Pursue high-quality DOTS expansion & enhancement	No. of Laboratory staff trained	CB	1
2.1	SE: HSS	Engage all care providers in DOTS	No. of Tertiary Care Hospitals implementing DOTS	CB	2
2.2	SE: HSS	Engage all care providers in DOTS	No. & % of new smear positive difficult-to-diagnose cases successfully treated at tertiary hospitals (adults)	IBP	3
2.3	SE: HSS	Engage all care providers in DOTS	No. of Childhood TB Case cases diagnosed	IBP	0
4.1	SE: Capacity Building	Address TB/HIV & Multidrug Resistant TB	No. of Sentinal Sites established	CB	2
4.2	SE: Capacity Building	Address TB/HIV & Multidrug Resistant TB	No. of registered TB patients receiving testing & counseling for HIV (after giving consent)	IBP	3
4.3	SE: Capacity Building	Address TB/HIV & Multidrug Resistant TB	No. & % of PLWHA, receiving HIV testing & counseling or HIV treatment & care services, who were screened for TB symptoms expressed as a proportion of all PLWHA attending HIV testing & counseling or HIV treatment & care services	IBP	3
4.4	MDR-TB	Address TB/HIV & Multidrug Resistant TB	No. of health facilities strenghtened for integrating MDR TB	CB	0
5.1	SE: Capacity Building	Strengthen management capacity of NTP for Project implementation	No. of NTP project coordinator hired	CB	1
5.2	SE: Capacity Building	Strengthen management capacity of NTP for Project implementation	No. of NTP/health managers trained in program management	CB	1
5.3	SE: Capacity Building	Strengthen management capacity of NTP for Project implementation	No. of Doctors trained from diagnostic & treatment centres	CB	1
5.4	SE: Capacity Building	Strengthen management capacity of NTP for Project implementation	No. of Paramedics trained from diagnostic & treatment centres	CB	1
5.5	SE: Capacity Building	Strengthen management capacity of NTP for Project implementation	No. of diagnostic reporting centres submitting timely reports on a quarterly basis according to national guidelines	INF	0

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
SRL-102-G01-M-00	Malaria	1	The Ministry of Healthcare, Nutrition & Uva Wellness Development of the Government of Sri Lanka

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1.1	Malaria Treatment: Case Detection	Reduction of the parasite reservoir in the populations living in the districts of the North-East Province & adjacent areas	No. of people screened through malaria mobile clinics (MMC's)	IBP	3
1.3	HSS: Health Infrastructure Development	Reduction of the parasite reservoir in the populations living in the districts of the North-East Province & adjacent areas	No. of treatment centers (at the primary level) & medical clinics (treating severe & complicated malaria patients) provided with RDTs.(New as of Year3)	CB	2
1.4	HSS: Health Infrastructure Development	Reduction of the parasite reservoir in the populations living in the districts of the North-East Province & adjacent areas	No. of diagnostic centers provided with new microscopes. (New as of Year3)	CB	2
1.10	Treatment: PEAMT	Reduction of the parasite reservoir in the populations living in the districts of the North-East Province & adjacent areas	No. of people screened for malaria using RDTs & microscopy	IBP	3
3.1	HSS: HR	Program management	No. of malaria field level staff re-trained in environment-friendly malaria control methods	CB	1
3.2	HSS: HR	Program management	District malaria control field officers provided with regional study tours to learn about environment-friendly & cost effective control methods at the Regional WHO Collaborative Centre (India)	CB	1
4.1	Malaria Prevention: ITNs	Prevent of malaria transmission.	No. of LLINs distributed. (New as of Year3)	IBP	3
4.2	SE: HSS	Prevent of malaria transmission.	No. of spray machine operators recruited for spraying activities after training. (New as of Year 3)	CB	1

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
SRL-102-G02-M-00	Malaria	1	Lanka Jatika Sarvodaya Shramadana Sangamaya

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	SE: M&E & OR	To reduce the parasite reservoir in the populations living in the districts of the North-East Province	No. of operations research projects completed	INF	0
2,3	Prevention: BCC - MM	To establish partnership with community & community service organizations	% & No. of people reached with health education materials (posters, leaflets, advertisements).	IBP	3
2,5	Prevention: BCC - CO	To establish partnership with community & community service organizations	No. of teachers & students attending sensitization workshops on malaria prevention. (New in Phase2)	IBP	3
2,6	Prevention: Indoor Residual Spraying/VC	To establish partnership with community & community service organizations	No. of health areas in which breeding sites are regularly treated with larvivorous fish. (New in Phase2)	CB	2
2,7	Treatment: PEAMT	To establish partnership with community & community service organizations	No. of general practitioners trained in malaria detection & treatment.	CB	1
4,1	Prevention: ITNs	To prevent Malaria Transmission	No. of LLINs distributed	IBP	3

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
SRL-102-G03-T-00	TB	1	The Ministry of Healthcare, Nutrition & Uva Wellness Development of the Government of Sri Lanka

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	SE: Advocacy & Increased Political Commitment to DOTS	To develop an advocacy program with view to enhance political commitment & to strengthen the partnership with the private sector & NGOs	No. of people reached by IEC programmes conducted through group meetings at district & village level (50 in each)	IBP	3
1,2	SE: Advocacy & Increased Political Commitment to DOTS	To develop an advocacy program with view to enhance political commitment & to strengthen the partnership with the private sector & NGOs	No. of health staff reached through IEC programs	CB	3
1,3	SE: Advocacy & Increased Political Commitment to DOTS	To develop an advocacy program with view to enhance political commitment & to strengthen the partnership with the private sector & NGOs	No. of school teachers trained	CB	1
1,4	SE: Advocacy & Increased Political Commitment to DOTS	To develop an advocacy program with view to enhance political commitment & to strengthen the partnership with the private sector & NGOs	No. of decision makers reached by advocacy programs (through various meetings, seminars & workshops held at the district level).	GOV	3
2,1	Prevention: IIC	To augment case detection mechanism	No. & percentage of new smear positive TB cases detected under DOTS	IBP	3
2,2	Prevention: IIC	To augment case detection mechanism	No. of microscopy centres established at primary health care institutions & district chest clinics	CB	2
2,4	Prevention: IIC	To augment case detection mechanism	No. of microscopists & lab technicians trained	CB	1
2,5	SE: Sufficient Drug & Laboratory Supplies	To augment case detection mechanism	No. of microscopy centers received laboratory reagents etc. to maintain the services	CB	2
2,6	SE: Sufficient Drug & Laboratory Supplies	To augment case detection mechanism	No. of general practitioners trained	CB	1
2,7	Treatment: TD&QTC	To augment case detection mechanism	No. of new culture laboratories established	CB	2
4,1	SE: CB	(Obj. 4 of Atch. 1 & 2, but Obj. 3 of Attach. 3 & 4) Review DOTS implementation program	No. of staff trained (including trainers) at the central level & PHC personnel in DOTS strategy at the district level	CB	1
4,3	SE: CB	(Obj. 4 of Atch. 1 & 2, but Obj. 3 of Attach. 3 & 4) Review DOTS implementation program	No. of staff trained on counselling & health education	CB	3
4,4	SE: CB	(Obj. 4 of Atch. 1 & 2, but Obj. 3 of Attach. 3 & 4) Review DOTS implementation program	No. & % of new smear positive TB cases registered under DOTS successfully treated (New as of Year3)	IBP	3
4,5	SE: CB	(Obj. 4 of Atch. 1 & 2, but Obj. 3 of Attach. 3 & 4) Review DOTS implementation program	No. & % of new smear positive TB cases registered under DOTS who failed treatment	IBP	3

4,6	SE: CB	(Obj. 4 of Atch. 1 & 2, but Obj. 3 of Attach. 3 & 4) Review DOTS implementation program	No. & percentage of new smear positive TB cases registered under DOTS who defaulted treatment	IBP	3
5,1	SE: M&E & OR	To conduct operational research on alternative models of DOTS & to determining trends in the prevalence of drug resistance	No. of operational research studies completed	INF	2

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
SRL-102-G04-T-00	TB	1	Lanka Jatika Sarvodaya Shramadana Sangamaya

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Treatment: TD&QTC	To improve coverage & quality of TB case detection.	No. of general practioners trained	CB	1
2,1	SE: C&PD (N, C, PP)	To develop an advocacy program, strengthen partnership with the private sector & the NGOs to increase the level of awareness about TB control.	No. of networks/partnerships involved	P/N	2
2,2	Prevention: BCC - CO	To develop an advocacy program, strengthen partnership with the private sector & the NGOs to increase the level of awareness about TB control.	No. of teachers & rural health community volunteers trained	CB	1
2,3	Prevention: BCC - CO	To develop an advocacy program, strengthen partnership with the private sector & the NGOs to increase the level of awareness about TB control.	No. of rural health committees (RHC) established to improve knowledge, attitude & practices for better outcome in relation to TB control (case finding & treatment compliance)	CB	2
3,1	SE: CB	To organize & implement social rehabilitation programs for patients who have undergone TB treatment & their families.	No. of TB patients &/or their family members receiving vocational training	IBP	1
4,1	SE: M&E & OR	To enhance capacity for program management, M&E & to conduct operational research.	No. of district level staff trained in M&E	CB	1

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
SRL-405-G05-M	Malaria	4	The Ministry of Healthcare, Nutrition & Uva Wellness Development of the Government of Sri Lanka

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Treatment: PEAMT	To reduce malaria transmission among vulnerable & mobile populations in 6 districts through early detection & treatment	No. of mobile malaria clinics conducted	CB	2
1,2	Treatment: PEAMT	To reduce malaria transmission among vulnerable & mobile populations in 6 districts through early detection & treatment	No. of mobile & vulnerable persons reached by the malaria mobile clinics for diagnosis & treatment	IBP	3
1,3	Treatment: PEAMT	To reduce malaria transmission among vulnerable & mobile populations in 6 districts through early detection & treatment	No. of treatment points supported by the provision of diagnostic facilities (RDTs)	CB	2
1,4	Treatment: PEAMT	To reduce malaria transmission among vulnerable & mobile populations in 6 districts through early detection & treatment	No. of people screened using RDTs & microscopy	IBP	3
2,1	Prevention: ITNs	Well focused VC methods in an eco-friendly manner	No. of LLINs distributed	IBP	3
3,1	Prevention: Prediction & Containment of Epidemics	Strengthening of the epidemic forecasting system by augmentation of entomological surveillance	No. of entomological surveys carried out	INF	0
3,2	Prevention: Prediction & Containment of Epidemics	Strengthening of the epidemic forecasting system by augmentation of entomological surveillance	No. of existing entomological laboratories strengthened	CB	2
3,3	SE: HSS	Strengthening of the epidemic forecasting system by augmentation of entomological surveillance	No. of key malaria control staff trained in centres of excellence & VC Research Centres on Integrated VC Methods (combines 2 overseas training indicators)	CB	1
4,1	HSS: HR	Programme management & other support activities	No. of malaria field staff trained in environmental friendly malaria control methods(in service training)	CB	1
4,2	HSS: HR	Programme management & other support activities	No. of operational research projects completed	INF	0

4,3	HSS: HR	Programme management & other support activities	No. of key malaria control staff trained in centres of excellence & VC Research Centres on Integrated VC Methods	CB	0
-----	---------	---	--	----	---

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
SRL-405-G06-M	Malaria	4	Lanka Jatika Sarvodaya Shramadana Sangamaya

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Prevention: ITNs	Well focused VC methods in an eco-friendly manner	No. of Long Lasting Nets (LITN) distributed	IBP	3
1,2	Prevention: Indoor Residual Spraying/VC	Well focused VC methods in an eco-friendly manner	No. of health areas in which breeding sites are regularly treated with larvivorous fish	CB	2
1,3	SE: C&PD (N, C, PP)	Well focused VC methods in an eco-friendly manner	No. of NGO/other government departments involved in larval measures (larvivorous fish/growth hormone regulator)	P/N	2
1,5	Prevention: BCC - MM	Well focused VC methods in an eco-friendly manner	No. Health Education materials developed & distributed (calenders, posters, leaflets, exercise book covers, hoardings, street dramas),	IBP	2
1,11	Prevention: BCC - MM	Well focused VC methods in an eco-friendly manner	No. of radio programs broadcasted (both 30 minutes & 30 seconds spots	IBP	0
1,12	Prevention: BCC - MM	Well focused VC methods in an eco-friendly manner	No. of TV spots broadcasted	IBP	0
1,8	Prevention: BCC - CO	Well focused VC methods in an eco-friendly manner	No. of people reached by village level seminars	IBP	3

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
SRL-607-G07-T	TB	6	The Ministry of Healthcare, Nutrition & Uva Wellness Development of the Government of Sri Lanka

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Infrastructure	Increasing access & improving the quality of DOTS services to enhance case finding & treatment success among all TB patients	No. of district Chest clinics with all necessary facilities including vehicles to fully implement DOTS among all District Chest Clinics	CB	0
1,2	Improving Diagnosis	Increasing access & improving the quality of DOTS services to enhance case finding & treatment success among all TB patients	No. & % of new smear positive TB cases detected, among the new smear positive TB cases estimated to occur countrywide each year	IBP	3
1,4	Improving Diagnosis	Increasing access & improving the quality of DOTS services to enhance case finding & treatment success among all TB patients	No. of MLT/Microscopists re-trained on AFB staining	CB	1
1,3	SE: Laboratory	Increasing access & improving the quality of DOTS services to enhance case finding & treatment success among all TB patients	TB microscopy units for which slide re-checking results are available for the previous quarters among all TB microscopy units	INF	0
1,5	P&SM	Increasing access & improving the quality of DOTS services to enhance case finding & treatment success among all TB patients	No. of DTCOs & pharmacists trained at district level in PSM	CB	1
1,7	P&SM	Increasing access & improving the quality of DOTS services to enhance case finding & treatment success among all TB patients	No. & % of health facilities with no drug stock out during the quarter	CB	2
1,6	Quality DOTS Standardised Treatment with Supervision & Patient Support	Increasing access & improving the quality of DOTS services to enhance case finding & treatment success among all TB patients	No. & percentage of new smear positive TB cases that successfully complete treatment, among	IBP	0
2,1	TB/HIV Collaborative Activities: Intensified Case Finding Among PWLHA	Establishing interventions to address HIV related TB (TB/HIV) & drug resistant TB	PLWHA (receiving HIV testing & counseling or HIV treatment & care) who were screened for active TB symptoms	IBP	3
2,2	TB/HIV Collaborative Activities: Prevention of TB diseases in PWLHA	Establishing interventions to address HIV related TB (TB/HIV) & drug resistant TB	Newly diagnosed HIV positive people given treatment of latent TB infection	IBP	3
2,3	TB/HIV Collaborative Activities: Prevention of HIV in TB Patients	Establishing interventions to address HIV related TB (TB/HIV) & drug resistant TB	Registered TB patients who receive HIV counseling & testing	IBP	3

2,4	MDR-TB	Establishing interventions to address HIV related TB (TB/HIV) & drug resistant TB	TB cases enrolled to begin 2nd line treatment among TB cases identified as MDR-TB cases during a year	IBP	0
3,1	TB: PPM	Promoting a single TB control programme implemented through all health care providers	Reporting units such as districts that have implemented PPM strategy	P/N	0
4,1	Prevention: BCC - CO	Involving & empowering communities to become an inherent part of national TB control efforts	NO. of people reached through advocacy programmes	IBP	3
4,2	SE: Community TB Care	Involving & empowering communities to become an inherent part of national TB control efforts	Districts reporting CTBC activities within the previous quarter	CB	0
4,3	Empower People: ACSM (Advocacy, Communication, Social Mobilisation)	Involving & empowering communities to become an inherent part of national TB control efforts	No. of cartoon telefilm, TV trailers documentaries & TV/radio spots produced	IBP	0
5,1	IS&OR	Strengthening surveillance & monitoring to better evaluate both programme performance & impact of interventions on TB incidence, prevalence & mortality including TB/HIV & drug resistance TB	No. of review meetings conducted	INF	0
5,2	IS&OR	Strengthening surveillance & monitoring to better evaluate both programme performance & impact of interventions on TB incidence, prevalence & mortality including TB/HIV & drug resistance TB	No. of Operational research protocols implemented out of the no. targeted & special surveys completed to assess the burden of disease.	INF	0

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
SRL-607-G08-T	TB	6	Lanka Jatika Sarvodaya Shramadana Sangamaya

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Improving Diagnosis	Increasing access & improving the quality of DOTS services to enhance case finding & treatment success among all TB patients	No. & % of new smear positive TB cases detected, among the new smear positive TB cases estimated to occur countrywide each year	IBP	0
1,2	Standardised Treatment, Patient Support & Patient Charter	Increasing access & improving the quality of DOTS services to enhance case finding & treatment success among all TB patients	No. & % of new smear positive TB cases that successfully complete treatment, among the new smear positive TB cases registered during the corresponding quarter of the previous year	IBP	0
3,1	PPM/ISTC (Public-Public, Public-Private Mix approaches & International Standards for TB Care)	Promoting a single TB control programme implemented through all health care providers	No. of GPs trained by using Distance Learning Package	CB	1
3,2	PPM/ISTC (Public-Public, Public-Private Mix approaches & International Standards for TB Care)	Promoting a single TB control programme implemented through all health care providers	No. of consultants & MOs sensitized in Private sector sensitized	CB	0
3,3	PPM/ISTC (Public-Public, Public-Private Mix approaches & International Standards for TB Care)	Promoting a single TB control programme implemented through all health care providers	No. of Microscopists trained in the Private Sector	CB	1
3,4	PPM/ISTC (Public-Public, Public-Private Mix approaches & International Standards for TB Care)	Promoting a single TB control programme implemented through all health care providers	No. of non-NTP providers in the target area (such as clinics, hospitals, institutions etc.) participating in DOTS implementation (referral/ diagnosis / treatment/ reporting of TB cases)	P/N	2
3,5	PPM/ISTC (Public-Public, Public-Private Mix approaches & International Standards for TB Care)	Promoting a single TB control programme implemented through all health care providers	No. & percentage of Health administrative Districts that have implemented PPM strategy	P/N	2
4,1	ACSM	Involving & empowering communities to become an inherent part of national TB control efforts	No. of people (policy makers, administrators of unlinked public health facilities, managers of private estates, religious leaders etc) reached through advocacy programs	GOV	0
4,2	Community TB Care	Involving & empowering communities to become an inherent part of national TB control efforts	No. of people (health staff & community members) trained in DOTS	CB	1
4,3	Community TB Care	Involving & empowering communities to become an inherent part of national TB control efforts	No. of factories/ tea estates implementing DOTs at the work places	CB	2
4,4	Community TB Care	Involving & empowering communities to become an inherent part of national TB control efforts	No. & % of districts reporting CTBC activities within the previous quarter	CB	0

5,1	HSS (Beyond TB)	Strengthening surveillance & monitoring to better evaluate both programme performance & impact of interventions on TB incidence, prevalence & mortality including TB/HIV & drug resistant TB	No. of Operational research protocols completed & results disseminated	INF	0
-----	-----------------	--	--	-----	---

Grant No.	Komponente	Rd	Principal Recipient
SRL-607-G09-H	HIV/AIDS	6	The Ministry of Healthcare & Nutrition

#	SDA	Zielsetzung	Indikator	Kat.	Lev.
1,1	Prevention: BCC - CO	To improve the level of knowledge on HIV/AIDS among plantation workers	% of plantation workers aged 15-49 who both correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV & who reject major misconceptions about HIV transmission	IBP	1
1,2	Prevention: BCC - CO	To improve the level of knowledge on HIV/AIDS among plantation workers	No. of trainers trained	CB	1
1,3	Prevention: BCC - CO	To improve the level of knowledge on HIV/AIDS among plantation workers	No. of peer leaders trained	CB	1
1,7	Prevention: BCC - CO	To improve the level of knowledge on HIV/AIDS among plantation workers	No. of VCCT centers established	CB	2
1,4	Prevention: Condom Distribution	To improve the level of knowledge on HIV/AIDS among plantation workers	No. of condom vending machines installed & functioning in estates	CB	2
1,5	Prevention: Condom Distribution	To improve the level of knowledge on HIV/AIDS among plantation workers	No. of condoms distributed to plantation workers	IBP	3
1,6	Prevention: C&T	To improve the level of knowledge on HIV/AIDS among plantation workers	No. of people in 15 - 49 year olds plantation workers receiving HIV counselling	IBP	3
1,8	Prevention: C&T	To improve the level of knowledge on HIV/AIDS among plantation workers	No. of plantation workers receiving counseling & testing including the provision of results in the newly established VCCT centers	IBP	3
4,1	Prevention: BCC - CO	To increase knowledge on transmission & prevention of HIV among school children 15-17 age group (Grade 10 - 12) in the selected districts	% of school children (15-17) who pass a knowledge test on HIV & reproductive health	IBP	3
4,2	Prevention: BCC - CO	To increase knowledge on transmission & prevention of HIV among school children 15-17 age group (Grade 10 - 12) in the selected districts	No. & % of teachers (grade 10-12) trained	CB	1
4,3	Prevention: BCC - CO	To increase knowledge on transmission & prevention of HIV among school children 15-17 age group (Grade 10 - 12) in the selected districts	No. & % of designated schools in 10 districts implementing the BCC programme	CB	0
6,1	Treatment: ART&M	To procure the necessary ARV drug requirements for the years 2007-2011	No. & % of people with advanced HIV infection receiving ART	IBP	3
6,2	Treatment: ART&M	To procure the necessary ARV drug requirements for the years 2007-2011	No. of medical officers trained on ARV profilaxis & care	CB	0

Quelle: eigene Darstellung, unter Heranziehung der Angaben der ausgewerteten Grant Performance Reports