

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

*Hamburg University of Applied Sciences*

Workplace Programs zur HIV/AIDS-Prävention in  
Subsahara-Afrika:  
Ein Vergleich dreier Evaluationswerkzeuge

Bachelorarbeit

Vorgelegt am 04.10.2010 von

*Laura Feindt*

**Erstbetreuerin:** Frau Prof. Dr. Christine Färber

**Zweitbetreuerin:** Frau Prof. Dr. Annette Seibt

# Inhaltsverzeichnis

<b>I</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>3</b>
<b>II</b>	<b>Abkürzungen und Glossar</b> .....	<b>5</b>
<b>III</b>	<b>Vorwort</b> .....	<b>7</b>
<b>IV</b>	<b>Eingangszitate</b> .....	<b>8</b>
<b>V</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>9</b>
<b>VI</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>11</b>
<b>1</b>	<b>HIV/AIDS: Die Pandemie</b> .....	<b>13</b>
1.1	<i>HIV/AIDS in der Weltbevölkerung</i> .....	13
1.2	<i>HIV/AIDS in Subsahara-Afrika</i> .....	15
1.2.1	Regionale Ausgangslage.....	15
1.2.2	Gesundheitliche Versorgung .....	16
1.2.3	Aktuelle epidemiologische HIV/AIDS-Situation .....	17
1.2.4	Wesentliche Faktoren der Verbreitung von HIV .....	19
1.2.5	Gesellschaftliche und wirtschaftliche Auswirkungen von HIV/AIDS.....	21
<b>2</b>	<b>Workplace Programs: HIV/AIDS-Prävention am Arbeitsplatz</b> .....	<b>23</b>
2.1	<i>Relevanz, Ziele und Botschaften</i> .....	23
2.2	<i>Implementierungsschritte und Kerninhalte</i> .....	25
2.2.1	Rolle von Peer Educator und Focal Point.....	27
2.2.2	Partizipation als zentrales Element .....	28
2.3	<i>Workplace Programs in Subsahara-Afrika</i> .....	29
2.3.1	Nationale Strategien .....	30
2.3.2	Internationale Reaktion.....	34
2.3.3	Gemeinschaftsprogramme der internationalen Entwicklungszusammenarbeit .....	38
2.3.3.1	<i>International Labour Organization und The ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work</i> .....	39
2.3.3.1.1	<i>Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work</i> .....	40
2.3.3.1.2	<i>Behaviour Change Communication Programme Toolkit</i> .....	41
2.3.3.2	<i>Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit und Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria</i> .....	44
2.3.3.2.1	<i>Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit und AIDS Control in Companies in Africa</i> .....	44
2.3.3.2.2	<i>Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria</i> .....	49
2.3.3.3	<i>Deutscher Entwicklungsdienst und Internationale Weiterbildung und Entwicklung</i> 51	
2.3.3.3.1	Organisationen .....	51
2.3.3.3.2	Kooperationsprojekt <i>AIDS Workplace Programs in Southern Africa</i> .....	55
<b>3</b>	<b>Evaluation von Workplace Programs</b> .....	<b>58</b>
3.1	<i>Definition, Aufgaben und Ziele</i> .....	58
3.2	<i>Rahmenbedingungen</i> .....	59
3.3	<i>Indikatoren</i> .....	59

3.4	<i>Arten von Evaluation</i> .....	61
3.4.1	Strukturevaluation.....	62
3.4.2	Produkt- und Prozessevaluation.....	63
3.4.3	Ergebnisevaluation.....	63
3.4.4	Differenzierung Monitoring und Evaluation.....	64
<b>4</b>	<b>Werkzeuge zur Evaluation von Workplace Programs – Drei Beispiele aus der Praxis ...</b>	<b>65</b>
4.1	<i>Tools for Monitoring and Evaluation of the Behaviour Change Communication Programme for the Workplace</i> .....	66
4.1.1	Einstieg.....	66
4.1.2	Inhalt des Hauptteils.....	67
4.1.3	Anhang.....	69
4.2	<i>HIV/AIDS – Tuberculosis – Malaria: Interactive Course: Monitoring and Evaluation of Workplace Programs</i> .....	70
4.2.1	Hintergrund.....	70
4.2.2	Aufbau.....	71
4.2.2.1	Interaktives Werkzeug.....	71
4.2.2.2	Indikatorsammlung.....	73
4.3	<i>AWISA Evaluation Tool</i> .....	75
4.3.1	Aufbau.....	75
4.3.2	Evaluationsbericht.....	77
<b>5</b>	<b>Systematischer Vergleich der Werkzeuge</b> .....	<b>78</b>
5.1	<i>Standards für betriebliche Gesundheitsförderung</i> .....	79
5.1.1	Vergleichstabelle für den Bereich betriebliche Gesundheitsförderung.....	81
5.1.2	Vergleichsergebnisse für den Bereich „Betriebliche Gesundheitsförderung“.....	83
5.2	<i>Standards für HIV/AIDS-Prävention</i> .....	85
5.2.1	Vergleichstabelle für den Bereich HIV/AIDS-Prävention.....	87
5.2.2	Vergleichsergebnisse für den Bereich „HIV/AIDS-Prävention“.....	89
5.3	<i>Standards für Evaluationen</i> .....	91
5.3.1	Nützlichkeit.....	91
5.3.2	Genauigkeit.....	93
5.3.3	Durchführbarkeit.....	94
5.3.4	Fairness und Respekt.....	96
<b>6</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>97</b>
6.1	<i>Kritik: Chancen und Grenzen</i> .....	97
6.2	<i>Methodologische Schwierigkeiten</i> .....	98
6.3	<i>Handlungsempfehlungen</i> .....	99
<b>7</b>	<b>Schlussbetrachtung</b> .....	<b>101</b>
<b>VII</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>102</b>
<b>VIII</b>	<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>108</b>
<b>IX</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>109</b>

## I Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Weltweite Schätzwerte der AIDS-Epidemie im Jahr 2008 .....	13
<b>Abbildung 2:</b> geographische Übersicht weltweit geschätzter HIV-Infektionen, 2007 .....	14
<b>Abbildung 3:</b> Einzelne Länder in Subsahara-Afrika.....	15
<b>Abbildung 4:</b> Entwicklung der HIV-Epidemie (Gesamtanzahl HIV-positiver Menschen, HIV-Prävalenz bei Erwachsenen, Anzahl der HIV-Neuinfektionen, Anzahl der AIDS-bedingter Todesfälle bei Erwachsenen und Kindern) in Subsahara-Afrika von 1990 bis 2008 .....	18
<b>Abbildung 5:</b> Verteilung der Neuinfektionen nach Art der Übertragung in Ghana und Swasiland, 2008.....	20
<b>Abbildung 6:</b> Treiber der HIV/AIDS Epidemie in Subsahara-Afrika .....	20
<b>Abbildung 7:</b> Ursachen und Konsequenzen von HIV/AIDS: sozial, ökonomisch und politisch .....	21
<b>Abbildung 8:</b> Hochgerechneter kumulativer Verlust an Arbeitnehmern und jährliche Zahl der Todesopfer unter den Erwerbstätigen, Welt und Afrika, 1995-2015 (gerundet) .....	24
<b>Abbildung 9:</b> HIV-bedingte Arbeitskosten .....	24
<b>Abbildung 10:</b> Im Rahmen von AWISA ausgebildete Peer Educators.....	28
<b>Abbildung 11:</b> Prozentanteil der Länder nach Sektoren, die in die nationale AIDS-Strategie einbezogen werden sowie nach vorgesehenen Budgets .....	30
<b>Abbildung 12:</b> ausgewählte Ereignisse in der HIV-Prävention.....	31
<b>Abbildung 13:</b> Nationale Akteurinnen und Akteure der (betrieblichen) HIV/AIDS-Bekämpfung in Subsahara-Afrika .....	34
<b>Abbildung 14:</b> Nachstellung der roten AIDS-Schleife von UN-Angestellten auf dem Rasen des UN-Nordgartens in New York .....	35
<b>Abbildung 15:</b> kumulative Auszahlungen durch den Globalen Fond nach Region und Krankheit (2001-2009) .....	35
<b>Abbildung 16:</b> Internationale Akteurinnen und Akteure der (betrieblichen) HIV/AIDS-Bekämpfung in Subsahara-Afrika; Quelle: frei nach allen Quellenangaben aus Kapitel 2.3.2....	38
<b>Abbildung 17:</b> Kernbereiche der technischen Zusammenarbeit unter Einbeziehung des ILO Code of Practice .....	41
<b>Abbildung 18:</b> Rahmenwerk eines BCC-Systems.....	42
<b>Abbildung 19:</b> Deckblatt des BCC-Toolkits .....	43
<b>Abbildung 20:</b> Büros und Niederlassungen der GTZ; <i>Quelle: KIRSCH-WOIK 2005: 31</i> .....	45
<b>Abbildung 21:</b> Dienstleistungen der GTZ in der HIV/AIDS-Prävention .....	46
<b>Abbildung 22:</b> Werbeplakat mit Aufruf zur Teilnahme an VCTs im Rahmen der WPPs bei DaimlerChrysler Südafrika.....	48
<b>Abbildung 23:</b> Hauptfakten zu GBC .....	50
<b>Abbildung 24:</b> Fakten zum DED, 2009.....	51
<b>Abbildung 25:</b> Struktur des WPPs zur HIV/AIDS-Prävention und ganzheitlichem Ressourcenmanagement.....	55

<b>Abbildung 26:</b> Schulungsmaterial zum Thema HIV/AIDS-Übertragung im Rahmen von AWISA.	56
<b>Abbildung 27:</b> Auflistung der betrieblichen Maßnahmen im Rahmen von AWISA .....	57
<b>Abbildung 28:</b> Zentrale Wirkungsindikatoren von Workplace Programs gegen HIV/AIDS .....	60
<b>Abbildung 29:</b> Arten der Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung .....	62
<b>Abbildung 30:</b> Sechs Schritte des Monitoring- und Evaluationsprozesses vom BBC-Programm .	68
<b>Abbildung 31:</b> Entwicklungsziele, unmittelbare und mittelfristige Ziele eines BCC-Programms ...	69
<b>Abbildung 32:</b> Module und zugehörige Kapitel des interaktiven Werkzeugs .....	72
<b>Abbildung 33:</b> Hauptthemenbereiche und Unterkategorien der Indikatorsammlung, getrennt nach Monitoring- und Evaluationsoption .....	74
<b>Abbildung 34:</b> AWISA-Säulen und Unterbausteinen (Good Practice Standards für WPPs).....	76
<b>Abbildung 35:</b> Vergleich der Ergebnisse von zwei verschiedenen WPP-Evaluationen im selben Betrieb (Auszug aus dem AWISA-Evaluationsbericht).....	77
<b>Abbildung 36:</b> Vergleichstabelle der drei Evaluationswerkzeuge für den Bereich „Betriebliche Gesundheitsförderung“ .....	81
<b>Abbildung 37:</b> Vergleichstabelle der drei Evaluationswerkzeuge für den Bereich „HIV/AIDS- Prävention“ .....	87

## II Abkürzungen und Glossar

- **Abstinenz:** sexuelle Enthaltbarkeit
- **ACIS:** Associação Comercial de Sofala (kommerzielle Vereinigung von Sofala)
- **ACCA:** AIDS Control in Companies in Africa (AIDS-Kontrolle in Unternehmen in Afrika: Arbeitsplatzprogramm der GTZ)
- **AMODEFA:** Mozambican Association for the Development of the Family (mosambikanische Vereinigung für Entwicklung und Familie)
- **AIDS:** Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom)
- **ARVT:** Anti-retroviral Treatment (Antiretrovirale Therapie mit Medikamenten, die die Vermehrung von HI-Viren hemmen)
- **AU:** African Union (Afrikanische Union)
- **AWISA:** AIDS Workplace Programs in Southern Africa (AIDS-Arbeitsplatzprogramme in Südafrika)
- **BCC:** Behaviour Change Communication (interaktiver Prozess für die Entwicklung von Kommunikationskanälen, um am Arbeitsplatz HIV/AIDS-Prävention durch Verhaltensänderung zu integrieren)
- **BGF:** Betriebliche Gesundheitsförderung
- **BWI:** Building and Woodworkers International (internationaler Gewerkschaftsverband für Bau und Holzwirtschaft)
- **BMZ:** Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- **CNCS:** Conselho Nacional de Combate ao HIV/ SIDA (nationaler Rat im Kampf gegen HIV/AIDS von Mosambik)
- **CIM:** Centrum für internationale Migration und Entwicklung
- **CTA:** Confederação das Associações Económicas de Moçambique (Wirtschaftsunternehmensverband von Mosambik)
- **DED:** Deutscher Entwicklungsdienst
- **DFID:** UK Department for International Development (britische Entwicklungsministerium)
- **ECOSIDA:** Empresarios Contra o HIV/SIDA (mosambikanische Initiative des privaten Sektors gegen HIV/AIDS)
- **FAO:** Food and Agriculture Organization of the United Nations (Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen)
- **FHI:** Family Health International (internationale Gesundheits- und Entwicklungsorganisation mit Schwerpunkt Familiengesundheit)
- **FP:** Focal Point Person (Koordinator/in der WPP-Aktivitäten in einem Betrieb)
- **GBC:** Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (weltweiter Unternehmensverbund zum Kampf gegen HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria)
- **GFATM:** The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Globaler Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria)
- **GTZ:** Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GmbH)
- **GUAP:** Global Unions AIDS Programme (AIDS-Programm kooperierender Gewerkschaftsverbände)
- **HIV:** Human Immunodeficiency Virus (Humanes Immundefizienz-Virus)
- **ICEM:** International Federation of Chemical, Energy, Mine & General Workers' Unions (Internationaler Verband der Chemie-, Energie-, Bergbau- und Fabrikarbeitergewerkschaften)
- **IEC:** Information, Education, Communication (Aktionen zur Information, Ausbildung und Kommunikation, die auf Veränderungen von Wissen, Einstellung, Verhalten und Überzeugungen bezüglich der HIV/AIDS-Prävention zielen)
- **ILO:** International Labour Organization (Internationale Arbeitsorganisation)
- **ILO/AIDS:** The ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work (Das ILO-Programm zu HIV/AIDS und die Arbeitswelt)

- **Inwent:** Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH
- **Inzidenz:** Anzahl der neuen Erkrankungen in einer bestimmten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt
- **ITF:** The International Transport Workers' Federation (Internationale Transportarbeiter-Föderation)
- **KAPB-study:** Knowledge, Attitude, Practice, Behaviour-Study (Studie, bei der Veränderungen bezüglich Wissen, Einstellungen, Verhalten, Bräuche und Überzeugungen erhoben werden)
- **MAP:** World Bank Multi-country AIDS Program (Mehrländer-HIV/AIDS-Programm der Weltbank)
- **M&E:** Monitoring und Evaluation
- **MDG:** UN Millennium Development Goals (Millenniumsziele der Vereinten Nationen)
- **MONASO:** Mozambique National AIDS Service Organization (nationale mosambikanische Organisation zu AIDS-Diensten)
- **NEPAD:** The New Partnership for Africa's Development (Neue Partnerschaft für Afrikas Entwicklung)
- **NGO:** Non-Governmental Organization (Nichtregierungsorganisation)
- **PE:** Peer Educator (speziell qualifizierte/r Arbeitnehmer/in, die/der das Personal im Betrieb bezüglich HIV/AIDS-Prävention aufklärt und ausbildet)
- **PEPFAR:** President's Emergency Plan For AIDS Relief (AIDS-Nothilfeplan des Präsidenten der Vereinigten Staaten)
- **PLWHA:** People Living With HIV/AIDS (HIV/AIDS-infizierte Menschen)
- **PPP:** Public Private Partnership (Öffentlich-Private Partnerschaft)
- **Prävalenz:** Anzahl von Erkrankten in einer bestimmten Population und einem bestimmten Zeitraum
- **PSI:** Population Services International (Internationaler Bevölkerungsdienst)
- **ROCS:** Roads and Coastal Shipping Project (Projekt zum Straßen- und Küstenschiffsverkehr)
- **SABCOHA:** South African Business Coalition on HIV/AIDS (südafrikanische Unternehmensbündnis zu HIV/AIDS)
- **SADC:** Southern African Development Community (südafrikanische Entwicklungsvereinigung)
- **SafAIDS:** Southern Africa AIDS Information Dissemination Service
- **Safer sex:** geschützter Geschlechtsverkehr
- **SMART:** Specific, Measurable, Achievable, Realistic and Time-bound (spezifisch, messbar, angemessen, realistisch und terminiert)
- **SMI:** Safe Motherhood Initiative (Partnerschaft zur Stärkung der Mutter- und Kind-Gesundheit)
- **STI:** Sexually Transmitted Infection (durch Geschlechtsverkehr übertragene Infektion)
- **Transactional sex:** sexuelle Handlungen in Tausch gegen Geld oder Waren
- **UN:** United Nations (Vereinte Nationen)
- **UNAIDS:** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS)
- **UNFPA:** United Nations Population Fund (Bevölkerungsfond der Vereinten Nationen)
- **UNDP:** United Nations Development Programme (Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen)
- **UNGASS:** United Nations General Assembly Special Session (Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen)
- **UNICEF:** United Nations Children's Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
- **USAID:** United States Agency for International Development (amerikanische Behörde für internationale Entwicklung)
- **USDOL:** United States Department of Labor (Arbeitsministerium der Vereinigten Staaten)
- **VCT:** Voluntary Counselling and Testing (freiwillige Beratung und Bluttest-Untersuchung)
- **WEF:** World Economic Forum (Weltwirtschaftsforum)
- **WHO:** World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen)
- **WPP:** Workplace Program (Arbeitsplatzprogramm zur HIV/AIDS-Prävention)

### III Vorwort

Im Sommersemester 2009 wurden meine Kommilitoninnen bzw. Kommilitonen und ich im Rahmen des Moduls „Evaluation im Gesundheitswesen“ mit der Theorie von Evaluationen vertraut gemacht. Parallel befassten wir uns in einer Gruppenarbeit mit der Thematik Workplace Programs zur HIV/AIDS- Prävention in Mosambik. Dazu erhielten wir den Auftrag, eine Hausarbeit zu verfassen, die diese beiden Themenbereiche verknüpfen sollte und darauf zielte, herauszufinden, wie Arbeitsplatzprogramme gegen HIV/AIDS richtig evaluiert werden können.

Den ursprünglichen thematischen Hintergrund bot ein mehrtägiger Aufenthalt von Frau Prof. Dr. Christine Färber in Mosambik, der für den Anfang einer langzeitigen Zusammenarbeit zwischen einem GTZ-Projekt in Mosambik und der HAW, Department Health Sciences, Forschungsschwerpunkt Public Health stehen sollte. Während des Besuchs der dort ansässigen Betriebe ging es darum, vorhandene Evaluationswerkzeuge für Workplace Programs (WPPs) systematisch zu erfassen. Der dazu konzipierte Bericht beschreibt die Situation in Mosambik, beinhaltet die wichtigsten Botschaften der interviewten Akteurinnen und Akteure, liefert Empfehlungen für weitere Maßnahmen und diente somit als wichtige Grundlage meiner ersten Hausarbeit.

In dieser hatte ich mich schwerpunktmäßig mit dem so genannten „AWISA Evaluation Tool“ auseinandergesetzt, als typisches Beispiel eines Evaluationswerkzeuges aus der Praxis.

Neben den AWISA-Initiatoren DED und Inwent haben viele weitere internationale Organisationen in der HIV/AIDS-Prävention den Bedarf an Evaluation ihrer Arbeitsplatzprogramme erkannt und folglich passende Werkzeuge entwickelt. In diesem Zusammenhang stellen sich zahlreiche Forschungsfragen: Wie sind diese Instrumente aufgebaut? Welche Empfehlungen geben sie? Was haben sie gemeinsam und wo liegen ihre Unterschiede? Stellen sie nur theoretische Konstrukte dar oder sind sie tatsächlich praktikabel? Was ist ihr Beitrag zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie? Diese noch unbeantworteten Fragen gekoppelt mit der Tatsache, dass ich bereits beim Schreiben der ersten Hausarbeit besonderen Gefallen daran gefunden hatte, die drei Themenbereiche HIV/AIDS-Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung und Evaluation verknüpft zu betrachten, gaben schließlich den Impuls zu dieser vertiefenden Abschlussarbeit. Ein zentrales Motiv für mich ist dabei die schwerwiegende Bedeutung der HIV/AIDS-Epidemie für Hochprävalenzländer wie Mosambik.

Mein ganz besonderer Dank geht in diesem Zusammenhang an Frau Professor Dr. Christine Färber für ihre kompetente Unterstützung und ihre Anregungen im Vorfeld wie im Verlauf dieser Arbeit. (Hamburg, im Oktober 2010)

## IV Eingangszitate

*„HIV/AIDS already is having a devastating impact on economics and markets, threatening the security and prosperity of our global society. Business not only has a responsibility to act, but an opportunity to play a crucial role in the global fight against the epidemic, particularly within their own workplace. In addition, companies have an unparalleled opportunity to tackle head on stigma and discrimination that has enabled this virus to spread over the last twenty years.“*

Richard C. Holbrooke, Global Business Council on HIV/AIDS

*„AIDS is clearly a disaster, effectively wiping out the development gains of past decades and sabotaging the future.“*

Nelson Mandela

## V Zusammenfassung

Seit über 25 Jahren breitet sich die tödliche Infektionskrankheit HIV/AIDS mit rasantem Tempo aus, am stärksten in der Region von Subsahara-Afrika, in der über zwei Drittel (67%) aller HIV-positiven Erwachsenen und Kinder in der Welt leben. Die Pandemie führt neben dem individuellen Leid zu weitreichenden sozialen und ökonomischen Problemen, die ein schnelles Handeln über alle Sektoren hinweg erfordern. Dies gilt vor allem in der Arbeitswelt, in der Krankheit und drohender Tod qualifizierter Kräfte enorme finanzielle Belastungen verursachen. Aus diesem Grunde haben verschiedene internationale Organisationen, wie die *International Labour Organization* (ILO), die *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ), die *Global Business Coalition on HIV/AIDS* (GBC), der *Deutsche Entwicklungsdienst* (DED) und die *Internationale Weiterbildung und Entwicklung* (Inwent) spezielle Programme zur HIV/AIDS-Prävention am Arbeitsplatz entwickelt. Diese so genannten Workplace Programs (WPPs) sollen dabei helfen, die Ausbreitung der Infektion zu verhindern und ihre Folgen auf Arbeitnehmer/innen und ihre Arbeitsumgebung zu verringern. Um die Umsetzung, Wirksamkeit und den Nutzen solcher WPPs zu überprüfen und eine stetige Weiterentwicklung und Verbesserung zu garantieren, sind Evaluationsmaßnahmen nötig. Auch in diesem Bereich sind die Organisationen aktiv. Sie haben passende Werkzeuge für Monitoring und Evaluation (M&E) ihrer WPPs entwickelt.

Um beurteilen zu können, ob sich die drei vorgestellten M&E-Tools tatsächlich dafür eignen, eine qualitativ hochwertige Evaluation zu gewährleisten, wurden die Instrumente systematisch miteinander verglichen. Dazu wurde bestimmt, inwieweit die einzelnen Werkzeuge bzw. ihre einbezogenen Fragen und Indikatoren bestimmte Qualitätsstandards aus den Themengebieten der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), HIV/AIDS-Prävention und Evaluation erfüllen.

Die Ergebnisse des Vergleichs zeigen, dass sowohl das *AWISA Evaluation Tool* von DED und Inwent als auch der *HIV/AIDS – Tuberculosis – Malaria: Interactive Course: Monitoring and Evaluation of Workplace Programs* von GBC und GTZ praktische Unterstützung in der Evaluation von WPPs bieten können, während die *Tools for Monitoring and Evaluation of the Behaviour Change Communication Programme for the Workplace* von der ILO eher als reiner Leitfaden zur Information im Vorfeld einer Evaluation nützlich sind. Der Vergleich macht deutlich, dass einige zentrale Aspekte, darunter vor allem geschlechterspezifische Faktoren, in den Indikatoren und Fragen der Werkzeuge nicht ausreichend integriert werden. Dies gilt insbesondere für das *AWISA-Tool*. Weiterer Verbesserungsbedarf besteht beim *Interactive Course*, in dem sehr komplexe und damit zeitaufwendige Werkzeugkomponenten vereinfacht werden sollten.

Alles in allem sollten die Evaluationswerkzeuge stärker am kulturellen Kontext von Subsahara-Afrika ausgerichtet sein und Indikatoren und Fragen beinhalten, die speziell auf Problematik in dieser Region eingehen. Um eine umfassende, ergebnisorientierte und evidenzbasierte Evaluation von WPPs zu gewährleisten sollten die vorgestellten Werkzeuge und andere bereits existierende Ansätze zu M&E verschiedener Akteurinnen und Akteure in Zukunft vereinheitlicht und ausgebaut werden. Nur so kann gezeigt werden, dass implementierte Projekte und Programme zu HIV/AIDS am Arbeitsplatz die gewünschten Ergebnisse erzeugen und letztlich dazu beitragen, dass eine weitere Ausbreitung der Epidemie verhindert werden kann.

## Abstract

The fatal infection HIV/AIDS spreads with large speed, fastest in the Sub-Saharan region of Africa, where more than two thirds of all HIV positive adults and children live. Next to personal pain the pandemic leads to widespread social and economic problems, necessitating fast action in many sectors. This is especially true for work live, where illness and threatening death of qualified personnel cause enormous costs. This is the reason for different international and national organizations like *International Labour Organization (ILO)*, *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)*, *Global Business Coalition on HIV/AIDS (GBC)*, *Deutscher Entwicklungsdienst (DED)* and *Internationale Weiterbildung und Entwicklung (Inwent)* to develop special workplace programs (WPPs) for HIV/AIDS prevention. These programs aim at hindering expansion of the HIV infection and reducing the negative consequences for infected employees and their surroundings.

To monitor the implementation of such WPPs, their efficacy and usefulness and to guarantee a steady further development and improvement, evaluation measures are necessary. The organizations active in this field all have developed monitoring and evaluation (M&E) tools for their WPPs.

This work reports on a systematic comparison of the three M&E tools covered in order to judge whether they are actually able to deliver high quality and valid evaluation results. It is studied how the single tools, questions and indicators fulfill quality standards from the viewpoints of workplace health promotion, HIV/AIDS prevention and evaluation theory.

The results of the study show that both the *AWISA Evaluation Tool* by DED and Inwent and the *HIV/AIDS – Tuberculosis – Malaria: Interactive Course: Monitoring and Evaluation of Workplace Programs* by GBC and GTZ offer practical support in the evaluation of WPPs, whereas the *Tools for Monitoring and Evaluation of the Behaviour Change Communication Programme for the Workplace* by ILO are more a guideline for information needed in the forefront of an evaluation.

The comparison clearly reveals that some central aspects, e.g. gender specific factors, are not covered sufficiently in the questions and indicators. This is especially true for the AWISA tool. The *Interactive Course* consists of partly very complex and time consuming components; here a simplification will very probably lead to better results in practice. All three evaluation tools do not put enough emphasis on the cultural context of Sub-Saharan Africa, and should consider more factors and questions relevant for the special problems in these regions.

To achieve an all-embracing, evidence-based and result-oriented evaluation of WPPs, the tools presented in this work and other existing M&E approaches should be unified and extended. Only then it can unambiguously be proven that implementations of HIV/AIDS workplace programs deliver the results intended and help in preventing a further spreading of the pandemic.

## VI Einleitung

Seit über 25 Jahren breitet sich die tödliche HIV/AIDS-Infektionskrankheit global aus und hat seither ein gigantisches Ausmaß eingenommen. Nach Schätzungen der WHO und UNAIDS lebten 2008 weltweit rund 33,4 Millionen HIV-infizierte Menschen. Am stärksten betrifft die Pandemie den afrikanischen Kontinent, insbesondere die Sub-Sahara, in der über zwei Drittel (67%) aller HIV-positiven Erwachsenen und Kinder in der Welt leben [UNAIDS 2009a:7,8].

Die Auswirkungen von HIV und AIDS spiegeln sich in allen Lebensbereichen wider. Neben zahlreichen sozialen Problemen hat die HIV/AIDS-Epidemie auch weitreichende ökonomische Folgen. Am häufigsten tritt die Infektionserkrankung in der Altersgruppe 15 bis 49 Jahre auf, das heißt bei Frauen und Männern in ihren produktivsten Jahren. Krankheit und drohender Tod qualifizierter Kräfte verursachen eine enorme finanzielle Belastung für die Arbeitswelt und stellen folglich eine Gefahr für den Entwicklungsprozess vieler armer Länder dar. Unternehmen sehen sich demnach in der Pflicht, auf die Epidemie zu antworten und haben das Recht, dabei angemessen unterstützt zu werden. Der Arbeitsplatz bietet eine optimale Umgebung, in der Präventionsmaßnahmen greifen können [INWENT 2010a; GTZ/ CORNELDER 2008:3].

Aus diesem Grunde haben verschiedene internationale Organisationen, wie die *International Labour Organization* (ILO), die *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ), die *Global Business Coalition on HIV/AIDS* (GBC), der *Deutsche Entwicklungsdienst* (DED) und die *Internationale Weiterbildung und Entwicklung* (Inwent) spezielle Programme zur HIV/AIDS-Prävention am Arbeitsplatz entwickelt. Diese so genannten Workplace Programs (WPPs) sollen dabei helfen, die Ausbreitung der Infektion zu verhindern und ihre Folgen auf Arbeitnehmer/innen und ihre Arbeitsumgebung zu verringern.

Um die Umsetzung, Wirksamkeit und den Nutzen solcher betrieblichen Präventions- und Aufklärungsprogramme zu überprüfen und eine stetige Weiterentwicklung und Verbesserung zu garantieren, sind Evaluationsmaßnahmen notwendig. Auch in diesem Bereich sind die Organisationen aktiv. Sie haben passende Werkzeuge zu Monitoring und Evaluation (M&E) ihrer WPPs entwickelt [INWENT 2010a].

Ziel der Abschlussarbeit ist, drei Beispiele solcher M&E-Tools für WPPs vorzustellen und systematisch miteinander zu vergleichen, mit der Absicht herauszufinden, inwieweit einzelne Empfehlungen tatsächlich praktikabel sind und wo noch Verbesserungspotenzial besteht.

Die vorliegende Arbeit gibt zunächst einen Überblick über die epidemiologische Lage zu HIV/AIDS auf Ebene der Weltbevölkerung und im Lebensraums Subsahara-Afrika. In diesem Zusammenhang wird auf die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Konsequenzen der Pandemie näher eingegangen.

In der ersten Hälfte der Arbeit werden grundlegende Aspekte der HIV/AIDS-Prävention am Arbeitsplatz geklärt und wichtige Akteurinnen und Akteure und ihre Initiativen in Subsahara-Afrika vorgestellt. Zudem wird erläutert, was unter Evaluation zu verstehen ist und welche verschiedenen Formen und Indikatoren bezüglich WPP von Bedeutung sind.

Der zweite Teil befasst sich mit spezifischen Werkzeugen zur Evaluation von WPP. Vorab werden drei Beispiele aus der Praxis einzeln hinsichtlich Inhalt und Struktur vorgestellt und anschließend miteinander verglichen. Bei diesem systematischen Vergleich wird untersucht, inwieweit die drei Evaluationsinstrumentarien bestimmte Qualitätsstandards aus den Themenfeldern betriebliche Gesundheitsförderung, HIV/AIDS-Prävention und Evaluation erfüllen. In der darauf folgenden Diskussion werden Grenzen und methodologische Schwierigkeiten der Wirksamkeitsanalyse von WPP genannt sowie Handlungsempfehlungen gegeben, um dann, mit einer kurzen Schlussbetrachtung, die Arbeit abzuschließen.

## 1 HIV/AIDS: Die Pandemie

Im folgenden Abschnitt wird die Verbreitung von HIV/AIDS beschrieben, zunächst im Hinblick auf den gesamten Globus und anschließend speziell bezogen auf das Gebiet Subsahara-Afrika, in dem die später beschriebenen Arbeitsplatzprogramme durchgeführt werden. Das Kapitel soll das Ausmaß der HIV/AIDS-Epidemie verdeutlichen und den damit verbundenen Handlungsbedarf betonen.

### 1.1 HIV/AIDS in der Weltbevölkerung

Der Anfang der achtziger Jahre entdeckte HI-Virus hat sich auf der gesamten Erde rapide verbreitet. Nach aktuellen Berechnungen der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) und *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) steigt die Anzahl weltweit HIV-infizierter Menschen nach wie vor und erreichte im Jahre 2008 schätzungsweise 33,4 Millionen. Dies entspricht einer Prävalenz, die 20% höher liegt als noch im Jahre 2000 bzw. sich seit 1990 verdreifacht hat. Dieser stetig steigende Anteil von Menschen, die mit HIV/AIDS leben, lässt sich hauptsächlich auf zwei Effekte zurückführen: Die hohen Neuinfektionsraten einerseits und die heilsamen Wirkung antiretroviraler Therapien andererseits. Im Dezember 2008 erhielten rund 4 Millionen Menschen aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Bruttosozialprodukt eine antiretrovirale Therapie, zehnmal mehr Betroffene als noch fünf Jahre zuvor. Wie die Tabelle von UNAIDS in Abbildung 1 zeigt, wurde die weltweite Anzahl der HIV-Neuansteckungen für das Jahr 2008 auf 2,7 Millionen geschätzt, die der in dem Jahr an HIV/AIDS Verstorbenen auf 2 Millionen [UNICEF 2009; UNAIDS 2009a:7].

## Global summary of the AIDS epidemic

December 2008

### Number of people living with HIV in 2008

Total	33.4 million [31.1 million–35.8 million]
Adults	31.3 million [29.2 million–33.7 million]
Women	15.7 million [14.2 million–17.2 million]
Children under 15 years	2.1 million [1.2 million–2.9 million]

### People newly infected with HIV in 2008

Total	2.7 million [2.4 million–3.0 million]
Adults	2.3 million [2.0 million–2.5 million]
Children under 15 years	430 000 [240 000–610 000]

### AIDS-related deaths in 2008

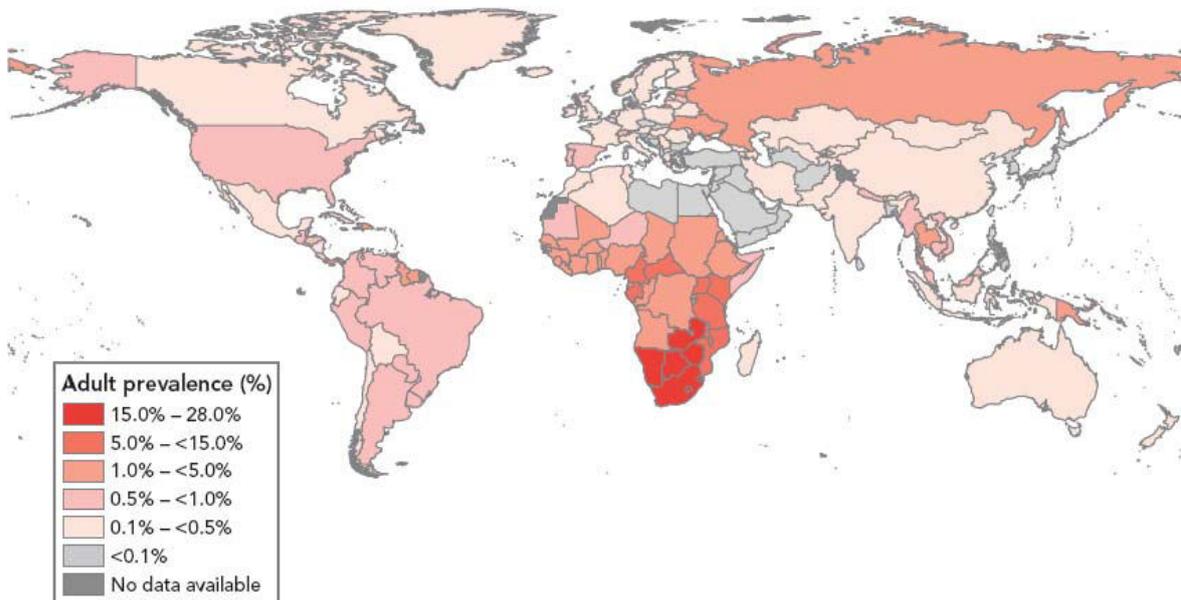
Total	2.0 million [1.7 million–2.4 million]
Adults	1.7 million [1.4 million–2.1 million]
Children under 15 years	280 000 [150 000–410 000]

**Abbildung 1: Weltweite Schätzwerte der AIDS-Epidemie im Jahr 2008.** *Quelle: UNAIDS 2009a:6*

Laut aktuellen epidemiologischen Daten hat das globale Ausmaß von HIV scheinbar im Jahre 1996 seinen höchsten Stand erreicht. Allein in diesem Jahr traten insgesamt 5 Millionen neue HIV-Infektionen auf. 12 Jahre später, im Jahr 2008, lag die geschätzte Anzahl der HIV-Neuinfektionen ungefähr 30% unter diesem Höchststand [UNAIDS 2009a:7]

Nichtsdestotrotz finden täglich schätzungsweise über 7400 neue HIV-Infektionen statt. Mehr als 97% dieser Neuinfektionen tragen sich in Ländern mit niedrigem und mittlerem Bruttonationalprodukt zu. Ungefähr 1200 Kinder unter 15 Jahren werden täglich mit dem Virus infiziert. Und rund 6200 Neuinfektionen ereignen sich bei Erwachsenen (15 Jahre oder älter). Unter diesen betroffenen Erwachsenen befinden sich rund 48% Frauen und 40% junge Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren [UNAIDS 2009b:10].

Wie die Weltkarte zur HIV/AIDS-Prävalenz bei Erwachsenen in Abbildung 2 zeigt, liegt die Hauptlast der Pandemie auf Ländern mit mittlerem und niedrigem Bruttonationalprodukt. Im Jahre 2008 lebten in Subsahara-Afrika mehr als 22 Millionen Menschen mit HIV, in Asien knapp 5 Millionen und in Lateinamerika etwa 2 Millionen. In Osteuropa und Zentralasien waren es 1,5 Millionen, in Nordamerika, Zentral- und Westeuropa insgesamt knapp über 2 Millionen. In der Karibik, genau so wie in Mittelost- und Nordafrika waren mehrere Hunderttausende und in Ozeanien mehrere Zehntausende von Menschen infiziert [UNAIDS 2009a:11].



**Abbildung 2: geographische Übersicht weltweit geschätzter HIV-Infektionen, 2007. Quelle: UNAIDS 2008:33**

## 1.2 HIV/AIDS in Subsahara-Afrika

Wie die Zahlen im vorigen Abschnitt und die geographische Verteilung von HIV/AIDS in Abbildung 2 zeigen, sind die weltweit stärksten Auswirkungen der HIV/AIDS-Pandemie in Subsahara-Afrika vorzufinden. In den rund 50 Ländern, die sich südlich der Sahara erstrecken – auf der Karte des afrikanischen Kontinents in Abbildung 3 rot markiert –, leben etwa zwei Drittel (67%) der weltweit HIV-positiven Erwachsenen und Kinder. Zudem treten rund drei Viertel (72%) aller globalen durch AIDS bedingten Todesfälle in diesem Teil des afrikanischen Kontinents auf [UNAIDS 2009a:21].



Abbildung 3: Einzelne Länder in Subsahara-Afrika. *Quelle: ACIDI 2010*

### 1.2.1 Regionale Ausgangslage

Von Epidemien, Misswirtschaft, Korruption und ethnischen Konflikten gebrandmarkt, gilt Subsahara-Afrika als die ärmste Region der Welt. Das Gebiet umfasst knapp 50 gering entwickelte, heterogene Länder mit jeweils zahlreichen Provinzen [GOLASZINSKI 2007: 2, 4,5; AVERT 2010a; FÄRBER 2009:1].

2008 lebten in Subsahara-Afrika insgesamt 820 Millionen Menschen. Jährlich steigt die Bevölkerung um 2,5%, sodass laut Prognosen der *Vereinten Nationen* (UN) für das Jahr 2050 eine Gesamtbevölkerung von etwa 1,7 Milliarden Menschen zu erwarten ist. Die Länder Subsahara-Afrikas haben die höchsten Geburtenraten der Welt zu verzeichnen. Eine Frau bringt durchschnittlich 5,1 Kinder zur Welt. Überdurchschnittlich hoch ist gleichzeitig auch die dortige

Kindersterblichkeitsrate - wenn auch leicht rückläufig: Während 2002 noch eines von sechs Kindern (17%) vor dem fünften Lebensjahr verstarb, ist die Rate 2007 auf 15% (eines von sieben) leicht abgesunken. Dabei ist die Haupttodesursache gewöhnlich Malaria. In den Ländern südlich der Sahara – mit Ausnahme von Südafrika - sind mehr als 40% der Bevölkerung unter 15 Jahre alt. Die Lebenserwartung betrug im Jahre 2008 52 Jahre [UN 2008; WORLD BANK 2010].

Auf Seiten der Politik treten die meisten afrikanischen Regierungen zunehmend transparenter und demokratischer auf. Die Gründung der *Afrikanischen Union* (AU) – ein Staatenzusammenschluss zur Einheit und Entwicklung des afrikanischen Kontinents – 2002 sowie des *panafrikanischen Parlaments* – als parlamentarisches Organ der AU – 2004 haben beachtlich zur politischen Entwicklung bis hin zur Demokratie beigetragen. Die Zahl der formalen Mehrparteiendemokratien im subsaharischen Afrika ist von nur fünf im Jahre 1990 auf heute 33 Länder angestiegen. Die dortigen politischen Parteien und ihre Führer/innen wurden von der Bevölkerung gewählt, sind somit auf legitime Art und Weise zur Macht gekommen und genießen demnach die Unterstützung der breiten Masse. Nichtsdestotrotz wird Demokratie auch in diesen Nationen nicht immer als der einzig gangbare Weg angesehen, und nach wie vor herrschen in nahezu einem Drittel der Länder sehr „unfreie“ politische Strukturen [GOLASZINSKI 2007:3; INWENT 2010d].

Im Bereich der ökonomischen Entwicklung ist die Wirtschaft Subsahara-Afrikas in den letzten Jahren um rund 5% jährlich gewachsen. Dies ist unter anderem auf die positive Wirkung der Initiative der afrikanischen Regierungschefs *The New Partnership for Africa's Development* (NEPAD) zurückzuführen. Allerdings reicht dieser Wachstumsanstieg nicht aus, um die absolute Armut in dieser Region zu mindern und die *Millennium Development Goals* (MDGs) bis zum Jahre 2015 zu erfüllen [GOLASZINSKI 2007:4; INWENT 2010d].

Subsahara-Afrika integriert sich mehr und mehr in der Weltwirtschaft. In den vergangenen Jahren haben sowohl die lokalen als auch die ausländischen Investitionen stark zugenommen. Der Handel zwischen Afrika und den restlichen Teilen der Welt - insbesondere Asien - nimmt kontinuierlich zu. Neben dem Export von agrarischen und mineralischen Rohstoffen und Erdöl spielt dabei die produzierende Industrie eine zunehmend wichtige Rolle [GOLASZINSKI 2007:5, 11].

### 1.2.2 Gesundheitliche Versorgung

Die Gesundheitsversorgung in Subsahara-Afrika stellt sich nach wie vor als stark problematisch dar. Die dortigen Länder verfügen über Gesundheitssysteme, die durch Migration und Krankheit erheblich geschwächt werden. Gesundheitseinrichtungen sind häufig unterbesetzt und unterfinanziert und vor allem - zum Vorteil der städtischen Bevölkerungen - ungleich verteilt. So müssen zahlreiche Menschen in den ländlichen Gebieten häufig ohne Behandlung und Medikamente auskommen. Die Regierungen Subsahara-Afrikas haben große Schwierigkeiten, die Auswirkungen von HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose zu bewältigen, vor allem auch aufgrund mangelnder technischer Unterstützung. Mit dem Fortschreiten der HIV/AIDS-Epidemie steigt gleichzeitig sowohl die Nachfrage nach Behandlung HIV-infizierter Menschen, als auch die Nachfrage nach Gesundheitspersonal. Public-Health-Expertise ist in ganz Afrika dringend notwendig, jedoch noch sehr rar [WHO/ APOC 2007:7; AVERT 2010a].

Ein erster wichtiger Meilenstein für eine verbesserte Gesundheitsversorgung stellt die Bamako-Initiative dar. Dazu fand 1987 in Bamako, der Hauptstadt von Mali, eine Konferenz der WHO statt, mit dem Ziel, die Gesundheitspolitik Subsahara-Afrikas nachhaltig umzugestalten. Gesundheitsreformen sollten dabei helfen, die drohende Finanzkrise zahlreicher öffentlicher Gesundheitseinrichtungen zu verhindern. Somit wurde ein Programm auf den Weg gebracht, das auf eine verstärkte Partizipation der Bevölkerung fokussierte und den Ausbau von Gesundheitseinrichtungen fördern sollte. Kern der Reform war der Beschluss eines Co-Finanzierungsmodells (z.B. simple Versicherungssysteme, Budgetierung von Behandlungen und Medikamenten), durch das die lokale Bevölkerung wirtschaftliche Eigenverantwortung übernehmen sollte. Die Reformmaßnahmen dienten zudem dazu, Zugang, Wirksamkeit und Kosten medizinischer Leistungen positiv zu verändern [UNICEF 2007:36].

### 1.2.3 Aktuelle epidemiologische HIV/AIDS-Situation

Während die Neuinfektionsrate in Subsahara-Afrika im Verlauf der letzten Jahre langsam abgenommen hat – mit 1,9 Millionen lag die Anzahl 2008 ca. 25% unter dem regionalen Höchstwert von 1995 –, ist die Gesamtzahl der mit HIV/AIDS lebenden Menschen leicht angestiegen, auf 22,4 Millionen in 2008. Die Prävalenz bei Erwachsenen (15-49 Jahre) ist wiederum gesunken, von 5,8% in 2001 auf 5,2% in 2008. Eine Abnahme ist auch bei den AIDS-bedingten Todesfällen zu beobachten: 2008 starben 1,4 Millionen Menschen in Afrika südlich der Sahara an AIDS, 18% weniger als noch 2004. Diese vier Entwicklungsverläufe der HIV-Epidemie in Subsahara-Afrika sind in Abbildung 4 für die Jahre 1990 bis 2008 grafisch erfasst [UNAIDS 2009a:21].

Diese Zahlen spiegeln unter anderem die steigende Überlebensdauer mit dem Virus wider, die wiederum vor allem auf den verbesserten Zugang zur HIV-Behandlung zurückzuführen ist. So erhielten Ende 2008 44% aller behandlungsbedürftigen Erwachsenen und Kinder in Afrika südlich der Sahara Zugang zu einer antiretroviralen Therapie. Fünf Jahre zuvor betrug die regionale Behandlung nur 2%. Die maßgebliche Ausdehnung der Behandlung hat schließlich dazu beigetragen, dass die Lebensdauer in vielen Ländern steigt. In Kenia zum Beispiel ist die Todesrate aufgrund von AIDS seit 2002 um 29% gefallen [UNAIDS 2009c:1].

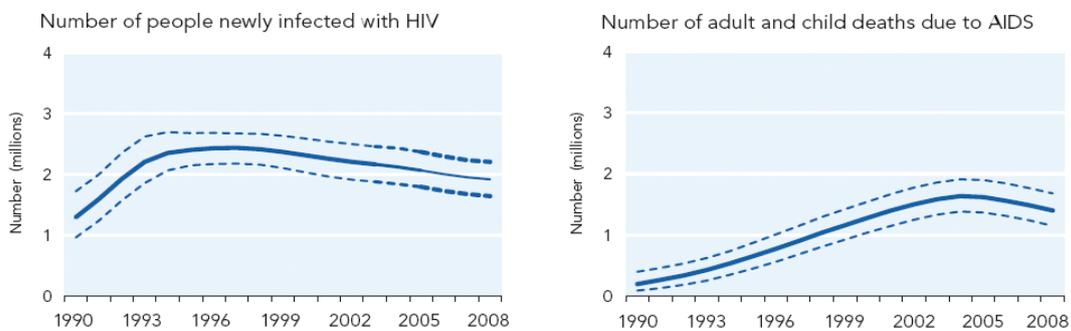
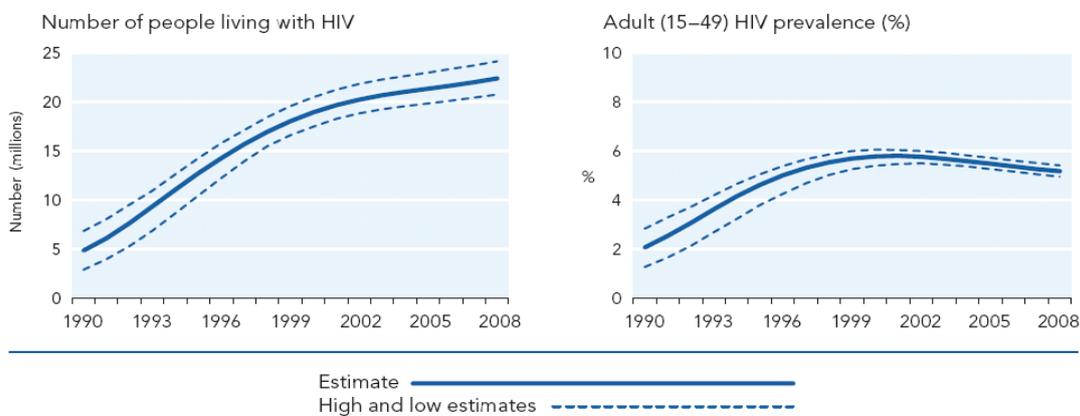
Frauen und Mädchen sind in Subsahara-Afrika nach wie vor unverhältnismäßig stark von HIV betroffen, sodass von einer Feminisierung der Epidemie gesprochen werden kann. Rund 60% aller HIV-Infektionen aus dieser Region treten bei Frauen auf. Besonders gefährdet sind junge Frauen im Alter von 15 bis 18 Jahren. In Kenia beispielsweise liegt das Risiko, sich mit HIV/AIDS zu infizieren bei jungen Frauen dreimal höher als bei jungen Männern im selben Altersabschnitt. Diese Feminisierung von HIV/AIDS ist nicht nur darauf zurückzuführen, dass der weibliche Körper anfälliger für eine heterosexuelle Übertragung ist, sondern auch auf die schwerwiegende soziale, rechtliche und wirtschaftliche Benachteiligung, der Frauen häufig ausgesetzt sind [UNAIDS 2009a:21-22].

Die HIV/AIDS-Zahlen schwanken von Land zu Land und haben sich zum Großteil stabilisiert – zumeist allerdings auf einem sehr hohen Niveau, insbesondere in der südlichen Region des Kontinents. Am stärksten betroffen sind Länder wie Swasiland - mit einer HIV-Prävalenz Erwachsener von knapp 26% im Jahr 2007 -, Botswana (24%), Lesotho (23%), Simbabwe (18%), Südafrika (17%), Namibia (15%), Sambia (14%) und Malawi (13%). In Südafrika lebt der weltweit größte Bevölkerungsanteil HIV-positiver Menschen - 5,7 Millionen im Jahre 2007 [UNAIDS 2009a:19,27; UNAIDS 2009c:1].

Eine vergleichsweise niedrige Prävalenz ist hingegen in West- und Zentralafrika zu beobachten. Nichtsdestotrotz hat auch dieses Subgebiet mit zahlreichen nationalen Epidemien zu kämpfen. Demnach ist knapp einer von 25 Erwachsenen an der Elfenbeinküste (3,9%) und 1,9% der Bevölkerung von Ghana HIV-positiv, während die HIV-Prävalenz in drei westafrikanischen Ländern (Kap Verde, Niger und Senegal) noch nicht einmal 1% erreicht [UNAIDS 2009c:2; UNAIDS 2009a:29].

In den Ländern Ostafrikas zeichnet sich eine Stabilisierung bzw. in einigen Teilen sogar ein Rückgang der Prävalenz ab. In Uganda hat der kontinuierliche Rückgang der Prävalenz im Verlauf des letzten Jahrzehnts (von 13% in Neunzigern auf 4% im Jahr 2005) scheinbar ein Plateau erreicht, ein Trend, der zumindest teilweise auf die Einführung antiretroviraler Therapieprogramme zurückzuführen ist [UNAIDS 2009c:1; UNAIDS 2009a:28].

#### Sub-Saharan Africa estimates 1990–2008



Source: UNAIDS/WHO.

**Abbildung 4: Entwicklung der HIV-Epidemie (Gesamtanzahl HIV-positiver Menschen, HIV-Prävalenz bei Erwachsenen, Anzahl der HIV-Neuinfektionen, Anzahl der AIDS-bedingter Todesfälle bei Erwachsenen und Kindern) in Subsahara-Afrika von 1990 bis 2008. Quelle: UNAIDS 2009a:22**

Laut UNAIDS haben HIV-Präventionsprogramme in einigen afrikanischen Ländern scheinbar einen Einfluss auf das sexuelle Verhalten der Bevölkerung. Zwischen 2000 und 2007 war in der südlichen Region Afrikas bei jungen Männern und Frauen ein Trend in Richtung sichereren sexuellen Verhaltens beobachtbar. In Südafrika ist der Anteil von Erwachsenen, die angeben während ihres ersten Geschlechtsverkehrs Kondome genutzt zu haben von 31,3% im Jahre 2002 auf 64,8% im Jahr 2008 angestiegen. Beachtliche Schritte wurden in Subsahara-Afrika sowohl im verbesserten Zugang zu antiretroviralen Therapien als auch in der Ausweitung von Präventionsangeboten zur Mutter-Kind-Übertragung gemacht. 2008 haben 45% aller HIV-positiven schwangeren Frauen antiretrovirale Medikamente erhalten, während es 2004 nur 9% waren [UNAIDS 2009c:2 UNAIDS 2009a:26].

#### **1.2.4 Wesentliche Faktoren der Verbreitung von HIV**

Trotz zunehmenden abstrakten Wissens über HIV/AIDS in der Bevölkerung ist in Subsahara-Afrika kaum eine Verlangsamung bzw. Umkehr im Wachstum der Epidemie zu verzeichnen [FÄRBER 2009:1].

Anders als in westlichen Ländern der Welt wird das Virus hauptsächlich über heterosexuellen Verkehr übertragen. Dies wird zum Beispiel in Abbildung 5 deutlich, in der säulenförmig die Verteilung der Neuinfektionen nach Art der Übertragung in Ghana und Swasiland dargestellt ist. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Promiskuität, das heißt die sexuelle Freizügigkeit insbesondere bei Männern. Zu erheblich vielen Neuansteckungen kommt es infolge sexueller Partnerschaften zwischen älteren Männern und jungen Frauen. Unter anderem auch in Form von Prostitution, die beispielsweise in Kenia für 14% bzw. in Uganda für 10% der Neuinfektionen von 2008 verantwortlich war. In sieben afrikanischen Ländern (Benin, Burundi, Kamerun, Ghana, Guinea-Bissau, Mali und Nigeria) stellt Prostitution ein besonders gravierendes Problem dar – dort sind mehr als 30% aller Prostituierten HIV-positiv. Das steigende HIV/AIDS-Risiko resultiert zudem auch aus der zunehmenden Mobilität der Menschen aufgrund des Wirtschaftswachstums. In diesem gesamten Zusammenhang ist vor allem auch die fehlende Verfügbarkeit von Kondomen bzw. der Widerwille diese tatsächlich zu benutzen von hoher Bedeutung. Wie in Abbildung 6 zu sehen, können diese Einflussfaktoren der HIV/AIDS Epidemie in drei Typen kategorisiert werden: soziale und strukturelle Treiber, wie zum Beispiel die hohe Bevölkerungsmobilität; besteuernde Treiber, wie etwa geschlechtsspezifische und sexuelle Gewalt und Schlüsseltreiber, wie beispielsweise multiple parallele Partnerschaften von Frauen und Männern mit niedriger Bereitschaft zur regelmäßigen Kondombenutzung [FÄRBER 2009:1; UNAIDS 2009c:2; UNAIDS 2009a:29-33; SADC 2006:3].

Darüber hinaus stellt ungeschützter Geschlechtsverkehr unter Männern einen scheinbar wichtigeren Faktor der regionalen HIV-Epidemie dar, als lange Zeit angenommen wurde. Doch obwohl Homosexualität in Subsahara-Afrika verbreitet und bekannt ist, wird dieses Verhalten stark stigmatisiert. Eine weitere Hauptrisikogruppe für HIV/AIDS stellen Konsumentinnen und Konsumenten von Spritzdrogen dar. In Afrika südlich der Sahara leben ungefähr 221 000 Drogennutzer/innen mit dem HI-Virus – das heißt 12,4% aller Spritzdrogenkonsumentinnen und -

konsumenten dieser Region. Darüber hinaus findet ein beträchtlicher Teil aller HIV-Übertragungen zwischen Mutter und Neugeborenem bzw. gestillten Säugling statt [UNAIDS 2009c:2; UNAIDS 2009a:33-36].

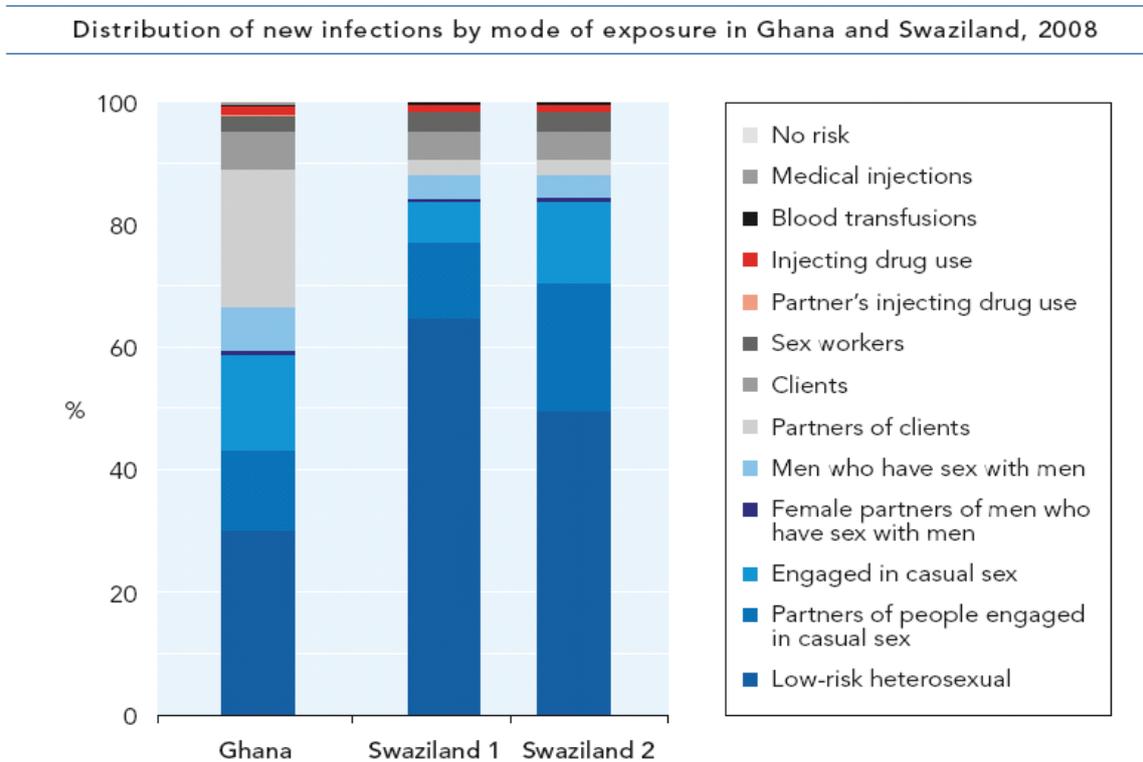


Abbildung 5: Verteilung der Neuinfektionen nach Art der Übertragung in Ghana und Swasiland, 2008. Quelle: UNAIDS 2009a:27

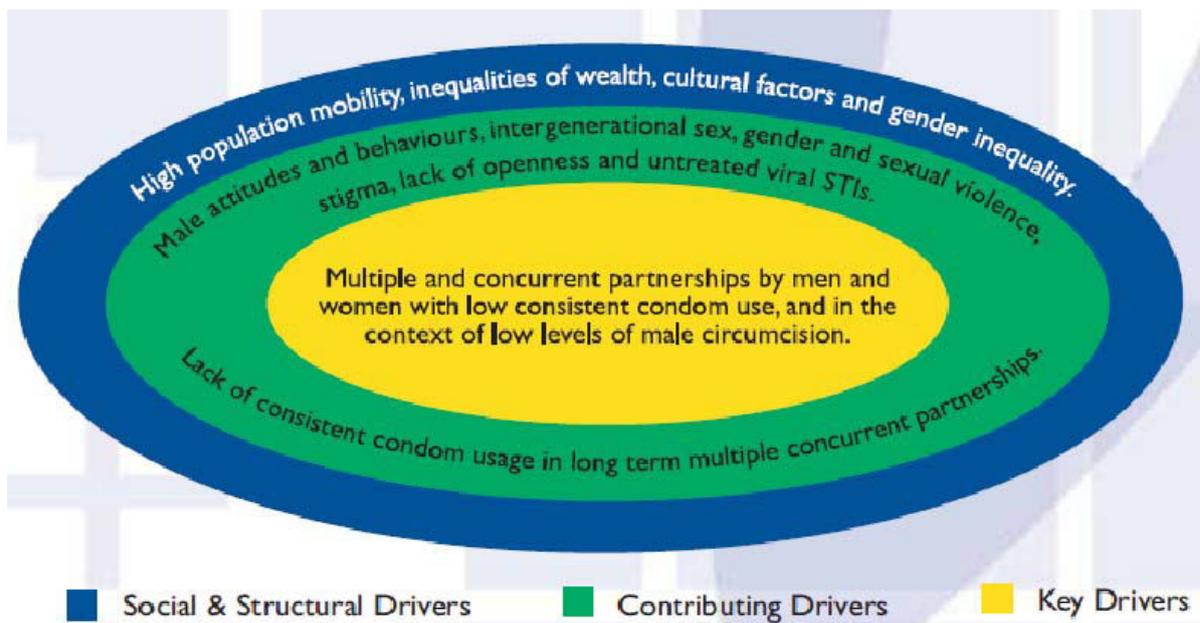
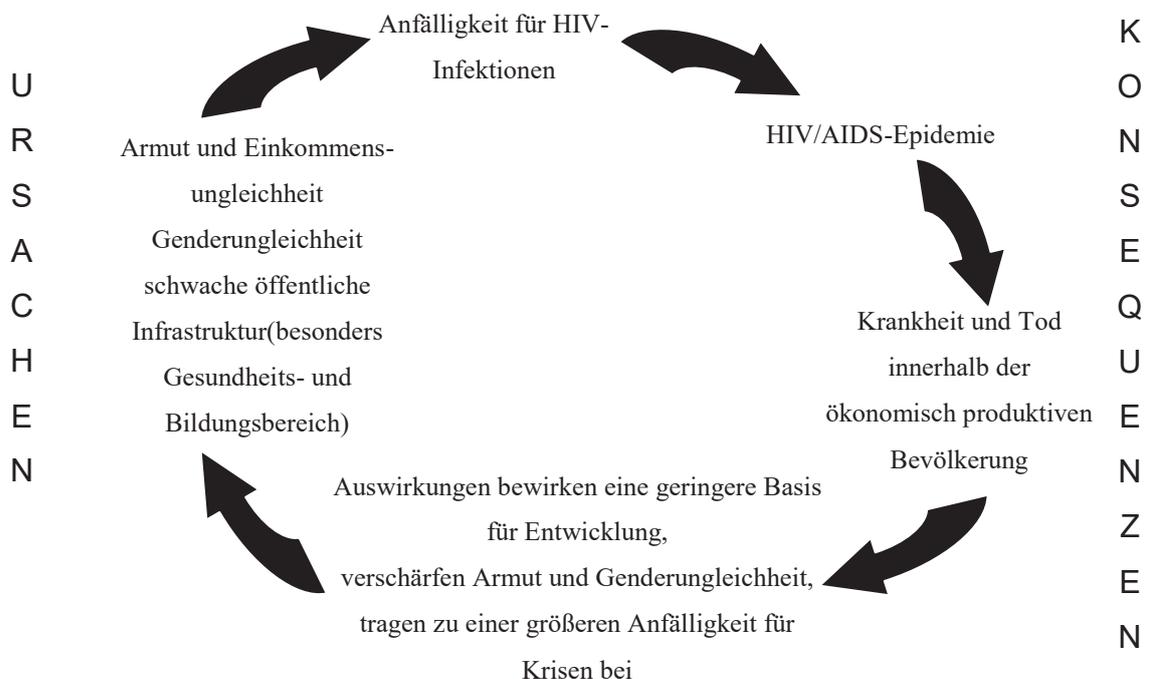


Abbildung 6: Treiber der HIV/AIDS Epidemie in Subsahara-Afrika. Quelle: SADC 2006:3

### 1.2.5 Gesellschaftliche und wirtschaftliche Auswirkungen von HIV/AIDS

Präventionsbemühungen, Behandlungsangebote und Pflegeaufwand im Kampf gegen HIV/AIDS in Subsahara-Afrika nehmen zwar stetig zu, sind jedoch längst nicht flächendeckend. Die Tabuisierung des Themas HIV/AIDS kombiniert mit einem risikohaften Sexualverhalten und der Verknüpfung mit dem Tod erschwert die HIV/AIDS-Prävention. Darüber hinaus sind HIV/AIDS und Armut eng miteinander verknüpft und hemmen die Weiterentwicklung einzelner Länder. Dieser so genannte bi-kausale Zusammenhang betrifft sowohl die Ursachen der Anfälligkeit für HIV-Infektionen als auch die Konsequenzen einer HIV-Infektion. In Abbildung 7 ist der Kreislauf zwischen den sozialen, ökonomischen und politischen Zusammenhängen von HIV/AIDS dargestellt. Die Infektionskrankheit breitet sich besonders in den sexuell aktiven Bevölkerungsschichten und damit in der wirtschaftlich produktiven Altersgruppe aus. In den Ländern Subsahara-Afrikas sterben täglich mehrere Tausende Erwachsene jungen und mittleren Alters an AIDS. Dies führt schließlich zur Stagnation bzw. Absenkung der Lebenserwartung mit erheblichen Folgen für die Demografie. Prognosen nach, ist im Verlauf der nächsten zehn Jahre und darüber hinaus mit tiefen und nachhaltigen gesellschaftlichen Auswirkungen durch die HIV/AIDS-Epidemie zu rechnen. Die sozialen und wirtschaftlichen Folgen sind bereits weitläufig zu spüren - nicht nur im Gesundheitssektor, sondern auch in den Bereichen Bildung, Industrie, Landwirtschaft, Transport, Personalwesen und der allgemeinen Wirtschaft. Die AIDS-Epidemie in Subsahara-Afrika gefährdet die Sicherheit, destabilisiert die Gesellschaft und droht somit ganze Gemeinschaften zu zerstören und über Jahrzehnte erarbeitete Entwicklungsfortschritte und wirtschaftliches Wachstum zurückzudrängen [AVERT 2010a; KIRSCH-WOIK 2005:11-12, 14].



**Abbildung 7: Ursachen und Konsequenzen von HIV/AIDS: sozial, ökonomisch und politisch.** *Quelle: Kirsch-Woik 2005:13*

Die einzelnen Länder stehen demnach vor einer dreifachen Herausforderung, folgende Bedingungen bestmöglich zu erfüllen: Erstens die Bereitstellung einer angemessenen Gesundheitsversorgung, antiretroviralen Behandlung und Pflege für den wachsenden Bevölkerungsanteil von Menschen mit HIV-bedingten Krankheiten. Zweitens die Reduzierung der Anzahl jährlicher HIV-Neuinfektionen durch die Befähigung jedes Einzelnen, sich selbst und andere zu schützen. Und drittens die Bewältigung der Auswirkungen von über 20 Millionen AIDS-Todesfällen auf Waisen und anderen Überlebende, auf Gemeinden und die nationale Entwicklung [AVERT 2010a].

## **2 Workplace Programs: HIV/AIDS-Prävention am Arbeitsplatz**

HIV/AIDS ist nicht einfach nur eine gesundheitliche Fragestellung, sondern stellt eine substantielle Bedrohung für die wirtschaftliche Aktivität und den sozialen Fortschritt in Subsahara-Afrika dar. Die überwiegende Mehrheit der Menschen, die in diesen Ländern mit HIV und AIDS, leben ist zwischen 15 und 49 Jahre alt und damit im produktivsten Arbeitsalter. Arbeitgeber/innen, Schulen, Betriebe und Krankenhäuser sind gezwungen, weiteres Personal auszubilden, um am Arbeitsplatz diejenigen zu ersetzen, die zum Arbeiten zu krank geworden sind. HIV/AIDS führt zu erheblichen Arbeitskraft- und Arbeitsplatzverlusten und verhindert somit das Wachstum der Erwerbsbevölkerung. Weniger Arbeitnehmer/innen bedeutet gleichzeitig auch mehr Familien, die ohne Ernährer/in dastehen, sowie mehr Hürden für die Armutsbekämpfung und nachhaltige Entwicklung. HIV/AIDS verursacht nicht nur hohe Arbeitskosten durch Einbußen an Produktivität und Humankapital, sondern führt gleichzeitig auch zur Verletzung grundlegender Rechte bei der Arbeit - vor allem im Falle von Diskriminierung und Stigmatisierung HIV-positiver Arbeitnehmer/innen. Spezielle Maßnahmen am Arbeitsplatz können dabei helfen, solche tief greifenden Auswirkungen einzudämmen. Durch Aufklärungs- und Präventionsprogramme können Einstellung und Verhalten der Arbeitnehmer/innen in eine gesundheitsfördernde Richtung gelenkt und Toleranz gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit HIV/AIDS aufgebaut werden. Darüber hinaus können Arbeitnehmer/innen auch von betrieblichen Behandlungs- und Pflegeangeboten profitieren. Durch die Implementierung solcher Workplace Programs (WPP) kann ein effektiver Beitrag im Kampf gegen die Ausbreitung der Pandemie geleistet werden [INWENT 2010a; GTZ/ CORNELDER 2008:3; AVERT 2010a; ILO 2003:1; ILO 2005a:1; ILO 2006: iii].

### **2.1 Relevanz, Ziele und Botschaften**

Laut Schätzungen der ILO sind seit Beginn der Pandemie Einbußen von weltweit rund 48 Millionen wirtschaftlich tätigen Menschen aufgrund von HIV/AIDS zu verzeichnen. Ohne Gegenmaßnahmen kann mit weiteren Verlusten innerhalb der berufstätigen Bevölkerung gerechnet werden: von global etwa 74 Millionen Arbeitskräften bis zum Jahr 2015, so die Prognosen, die in Abbildung 8 tabellarisch aufgeführt sind. Ganze zwei Drittel der Verluste an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern betreffen Afrika. Fünf afrikanische Länder haben bis zum derzeitigen Jahr 2010 über 20 Prozent ihrer Arbeiterschaft verloren und in vier Nationen werden es bis 2015 sogar 30 Prozent sein [ILO 2005a:1].

Die HIV/AIDS-Epidemie führt zu sinkender Produktivität, steigenden Arbeitskosten sowie Verlusten von Fertigkeiten und Erfahrungen und schwächt somit Unternehmen in allen Sektoren, vor allem kleine und mittlere Betriebe. Durch die wachsende Anzahl von Menschen, die in Frührente gehen oder frühzeitig sterben, entstehen den Betrieben gewaltige Kosten bezüglich medizinischer Versorgung, Sterbegeld und Rentenversicherungsbeiträgen. Abbildung 9 zeigt eine tabellarische Übersicht der HIV/AIDS-Situation in einzelnen Wirtschaftssektoren bestimmter Länder Subsahara-Afrikas. Diese beinhaltet Daten zur Gesamtzahl an Arbeitnehmer/innen, geschätzten HIV-

Prävalenz, Kosten pro AIDS-Sterbefall oder Verrentung sowie zum prozentualen Anteil der durch HIV/AIDS-bedingten Arbeitskosten im jeweiligen Sektor [AVERT 2010b].

YEAR	1995		2000		2005		2010		2015	
	World	Africa	World	Africa	World	Africa	World	Africa	World	Africa
Labour force losses (millions)	4.5	2.8	12.8	8.8	27.6	19.9	48.2	34.0	74.2	49.6
Labour force losses as proportion of total labour force (per cent)	0.2	1.2	0.6	3.2	1.3	6.3	2.2	9.4	3.2	12.0
Yearly death toll of working-age people (millions)	0.7	0.5	not available		3.2	2.5	not available		5.6	3.4

**Abbildung 8: Hochgerechneter kumulativer Verlust an Arbeitnehmern und jährliche Zahl der Todesopfer unter den Erwerbstätigen, Welt und Afrika, 1995-2015 (gerundet).** *Quelle: ILO 2005a:1*

Sector	Country	Number of Workers in Sector	Estimated HIV Prevalence (% of Adult Population)	Cost per AIDS Death or Retirement (Multiple of Annual Compensation)	Aggregate Annual Costs (% of Labour Cost)
Retail	South Africa	500	10.50	0.7	0.50
Agribusiness	South Africa	700	23.70	1.1	0.70
	Uganda	500	5.60	1.9	1.20
	Kenya	22,000	10.00	1.1	1.00
	Zambia	1,200	28.50	0.9	1.30
Manufacturing	South Africa	1,300	14.00	1.2	1.10
	Uganda	300	14.40	1.2	1.90
	Ethiopia	1,500	5.30	0.9	0.60
	Ethiopia	1,300	6.20	0.8	0.60
Media	South Africa	3,600	10.20	1.3	1.30
Utility	South Africa	>25,000	11.70	4.7	2.20
Mining	South Africa	600	23.60	1.4	2.40
	Botswana	500	29.00	4.4	8.40
Tourism	Zambia	350	36.80	3.6	10.80

Source: Piot P et al. (2007). Squaring the Circle: AIDS, Poverty, and Human Development.

**Abbildung 9: HIV-bedingte Arbeitskosten.** *Quelle: UNAIDS 2008: 171*

Die nachlassende Produktivität ist einerseits auf die steigenden krankheitsbedingten Fehlzeiten und andererseits auf die reduzierte Leistungsfähigkeit der HIV-erkrankten Mitarbeiter/innen zurückzuführen. Laut Vergleichsstudien in ostafrikanischen Unternehmen ist häufiges oder längeres Fehlen am Arbeitsplatz für ganze 25 bis 54% der Betriebskosten verantwortlich. Zudem konnte eine Erhebung in verschiedenen südafrikanischen Ländern zeigen, dass durch die kombinierte Wirkung von AIDS-bedingten Fehlzeiten, Produktivitätsverlusten, Gesundheitskosten sowie Personalbeschaffungs- und Ausbildungsausgaben, die Gewinne um mindestens 6-8% fallen können [UNAIDS 2003:7].

Veränderungen im Arbeitsmarkt haben allerdings auch verheerende Auswirkungen auf einzelne Haushalte. Sobald ein Familienmitglied erkrankt und arbeitsunfähig wird, muss der Haushalt mit steigenden Behandlungskosten und einem geringeren Einkommen zurechtkommen und wird

folglich seine Ausgaben einschränken. Damit sinkt langfristig die Marktnachfrage für Produkte und Dienstleistungen. Unternehmen verlieren ihre Kundinnen und Kunden und sind gezwungen, ihre Produktion zu reduzieren. In der Gesamtwirtschaft sind schließlich weniger Geld, Güter und Dienstleistungen im Umlauf und Investitionen werden unrentabel [ILO 2006:iii; AVERT 2010b; ILO 2005a:2].

Um der Erhöhung des Krankenstandes, dem Verlust qualifizierter Mitarbeiter/innen und dem Risiko unrentabler Investitionen entgegen zu wirken, sind betriebliche Interventionen unverzichtbar. Workplace Programs dienen als bewährte Instrumente, mit denen die erwachsene Bevölkerung erreicht werden kann. In dessen Rahmen verpflichten sich Unternehmen dazu, verschiedene Maßnahmen zur Prävention und medizinischen Versorgung anzubieten und für ein vorurteilsfreies und unterstützendes Arbeitsumfeld zu sorgen. Die WPPs zielen darauf, eine weitere Ausbreitung von HIV/AIDS zu verhindern, deren Folgen für die Arbeiterschaft und ihre Angehörigen zu minimieren und sozialen Schutz zu gewährleisten, um besser mit der Erkrankung umgehen zu können. Eine bedeutende Rolle spielen dabei die Verhaltens- und die Verhältnisprävention. Innerhalb der Verhaltensprävention stehen Aufklärung und Information der Mitarbeiter/innen im Vordergrund. Arbeitnehmer/innen sollen hierdurch ein Grundverständnis für HIV/AIDS sowie bestimmte Fertigkeiten entwickeln, die zu Risiko-reduzierenden Verhaltensänderungen führen und folglich dabei helfen, mit einer Infektion besser zurechtzukommen oder diese ganz zu verhindern. Bei der Verhältnisprävention geht es vordergründig um die sichere Gestaltung von Arbeitsplätzen, die an die körperlichen und geistigen Fähigkeiten der dort tätigen Mitarbeiter/innen angepasst werden sollten. Ziel ist die Vermeidung von Neuansteckungen [ILO 2006:iv; KIRSCH-WOIK 2005:60; UNAIDS 2003:5; AVERT 2010b; UNESCO 2006:15].

## **2.2 Implementierungsschritte und Kerninhalte**

Arbeitsplatzprogramme sollten in Zusammenarbeit mit Regierungen, Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern und Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern und ihren Vertreterinnen/Vertretern entwickelt werden sowie Expertinnen/Experten für HIV/AIDS und andere maßgebende Akteurinnen/Akteure, wie lokale Gruppen und Nichtregierungsorganisationen einbinden. Auf diesem Wege kann sichergestellt werden, dass alle Beteiligten erreicht werden und aktiv mitwirken [ILO 2006:8].

Allem voran sollte jede Intervention mit einer Problemanalyse und grundlegenden Untersuchung im Unternehmen beginnen. Damit kann allen Beteiligten die ernsthaften negativen Auswirkungen von HIV/AIDS auf den individuellen Betrieb verdeutlicht werden und folglich Handlungswille geweckt werden. Die Untersuchungsergebnisse liefern wichtige Hinweise für die Planung der Maßnahmen, die dem Unternehmen angepasst sind. Zudem kann später im Verlauf des WPPs im Rahmen so genannter KAPB-studies (Knowledge, Attitude, Practice and Behavior-Studies) regelmäßig ein Vergleich zur Ausgangslage gezogen werden. Bei dieser Art von Untersuchungen werden Veränderungen bezüglich Wissen, Einstellungen, Verhalten, Bräuchen und Überzeugungen erhoben. Dies gibt schließlich Auskunft über die Fortschritte aufgrund der WPP-Maßnahmen, das heißt über die Wirksamkeit der Intervention [GTZ 2010a; FÄRBER 2009:9].

Von Seiten der Arbeitgeber/innen sollte, so schlägt die ILO vor, während der Implementierungsphase folgende fünf Schritte bedacht werden:

1. In Absprache mit den Gewerkschaften eine Unternehmenspolitik zu HIV/AIDS entwerfen; eine/n Leiter/in mit Führungsverantwortung bestimmen, einen Arbeitsplatzausschuss einrichten und einen zeitgebundenen Aktionsplan aufstellen.
2. Die Rechte HIV-positiver Arbeitnehmer/innen fördern und „Nulltoleranz“ bezüglich Diskriminierung erklären.
3. Die HIV/AIDS-Problematik in Unternehmensgruppen und Arbeitgeberorganisationen aufwerfen.
4. Mit Anbieterinnen/ Anbietern bzw. Lieferanten, Unterauftragsnehmerinnen/ -nehmern und Kundinnen/ Kunden – insbesondere kleiner Betriebe - die Folgen von AIDS diskutieren. Sie in die WPPs einbinden und Initiativen innerhalb der eigenen Gemeinschaft fördern.
5. Der Regierung gegenüber Lobbyarbeit betreiben, AIDS als eine kritische Arbeits- und Entwicklungsproblematik anzuerkennen mit dem Ziel, die Bereitstellung von Finanzmitteln zur AIDS-Bekämpfung zu erhöhen (Entwicklungshilfe und/oder Staatshaushalt) [ILO 2004: 3].

Die Arbeitsplatzpolitik (Schritt 1) beinhaltet grundlegende Prinzipien, auf denen das Vorgehen gegen HIV/AIDS am Arbeitsplatz beruhen sollte. Dazu zählen zum Beispiel die Anerkennung von HIV/AIDS als Arbeitsplatzproblem, die Nichtdiskriminierung bei der Einstellung oder auch die Gleichstellung der Geschlechter. Die praktische Umsetzung dieser Grundsätze findet anhand der einzelnen WPP-Maßnahmen statt. Letztere sollten je nach Größe und Branche des Betriebes variieren und auf bestimmte Hauptmerkmale der Beschäftigten – wie etwa Alter, Geschlecht, sexuelle Neigung und kulturelles Umfeld – ausgerichtet sein. Nichtsdestotrotz gibt es einige grundlegende Kerninhalte, die in keinem WPP fehlen sollten, diese lauten:

- Prävention mittels Information, Ausbildung und Förderung von Verhaltensänderung
- System zur massenhaften Verteilung von Kondomen
- Freiwillige HIV/AIDS-Beratung und Tests. Vertraulichkeit bezüglich Ergebnissen und persönlichen Daten von Mitarbeiter/innen
- Verbesserte medizinische Versorgung und Behandlung sexuell übertragbarer Erkrankungen (Sexually Transmitted Infections, STIs). Bereitstellung antiretroviraler Medikamente (Anti-retroviral Treatment, ARVT) für HIV-positive Mitarbeiter/innen und ihre Angehörigen und sozialpsychologische Unterstützung
- Sichere und unschädliche Arbeitsumgebung: Reduzierung des Berufsunfähigkeitsrisikos
- Weiterführende Aktivitäten im Einzugsgebiet und in den Gemeinden, einschließlich öffentlicher Aufklärungskampagnen
- Überarbeitung von betrieblichen Beihilfen und Versicherungssystemen
- Monitoring und Evaluierung der Maßnahmen

[ILO 2006:iv, 18; AVERT 2010b; KIRSCH-WOIK 2005:61]

### 2.2.1 Rolle von Peer Educator und Focal Point

Vertrauen stellt einen elementaren Faktor in der HIV/AIDS-Prävention dar. Um tatsächlich Wirkung zu zeigen, sollten WPPs von Menschen durchgeführt werden, denen die Arbeitnehmer vertrauen. Dafür gut geeignet sind so genannte Peer Educators (PE), Kolleginnen und Kollegen mit ähnlichen Hintergründen, Werten und Berufstätigkeiten wie die anderen Mitarbeiter/innen, die im Betrieb demokratisch gewählt und anschließend speziell geschult werden, um die Arbeiterschaft bezüglich HIV/AIDS aufzuklären, auszubilden und teilweise sogar zu beraten. Peer Education ist ein Prozess, bei dem Gruppen- bzw. Gemeinschaftsmitglieder ungezwungen miteinander und voneinander lernen. Die Peer Educators stellen sozusagen die Verbindung zwischen dem WPP und der Zielbevölkerung dar und sollten daher mit folgenden Informationen vertraut sein:

- Übertragungswege von HIV und Verhinderungsmöglichkeiten;
- Einstellungs- und Verhaltensentscheidungen, aufgrund derer sich Menschen der Gefahr von HIV/AIDS aussetzen;
- Verhältnis zwischen den Geschlechtern und zwischen Arbeitgeber/in und Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen;
- allgemeine Vorsichtsmaßnahmen;
- sorgfältige Information, die Mythen aus dem Weg räumt und HIV und AIDS-bezogene Diskriminierung und Stigma anspricht;
- Dienste und Sozialleistungen innerhalb des Unternehmens oder grundsätzlich in der Gemeinde, die Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen ermöglichen, mit HIV/AIDS zurechtzukommen. Darunter zählen freiwillige (vertrauenswürdige) Beratungen und Tests (Voluntary Counselling and Testing, VCTs) und andere Arten von Unterstützung, wozu auch Präventionsmaßnahmen wie die Verteilung von Kondomen und Einwegspritzen (in Übereinstimmung mit staatlichen Richtlinien).

Die Ausbilder/innen sollten darin bewandert sein bzw. dafür bereitstehen, jedem, der mit HIV und AIDS zu tun hat oder selbst davon betroffen ist, Informationen und Beratung anzubieten. Die Beratung sollte in einer privaten und vertrauensvollen Umgebung mit speziell ausgebildeten Fachleuten stattfinden, die dafür ausreichend Zeit einplanen. Die Qualität der PE-Ausbildung sollte durch Monitoring und Evaluation sichergestellt werden. PEs sollten zudem regelmäßige Auffrischungs- bzw. Fortbildungskurse belegen. Während die Unternehmensleitung für die Implementierung der Ausbildungs- und Aufklärungsprogramme verantwortlich ist, stellen die PEs die Träger dieser Programme dar. Auf dem Foto in Abbildung 10 sind fertig ausgebildete PEs des Automobilunternehmens Ford zu sehen, die ihr Zertifikat im Rahmen des WPPs AWISA erhalten haben [ILOAIDS 2006:18; ILO/ FHI 2008:16; UNESCO 2006:15-16].

Darüber hinaus werden im WPP üblicherweise auch so genannte Focal Points (FP) eingesetzt. Diese geschulten Mitarbeiter/innen sind für die effektive und zeitgemäße Umsetzung des WPPs zuständig. Sie engagieren sich sowohl in der Projektleitung und Koordination, als auch im Schnittstellenmanagement zwischen den betrieblichen Aktivitäten und der Politik. Dabei erhalten sie Unterstützung von externen Beratern/ Beraterinnen von speziellen Organisationen oder lokalen AIDS-Einheiten [FÄRBER 2009:2].



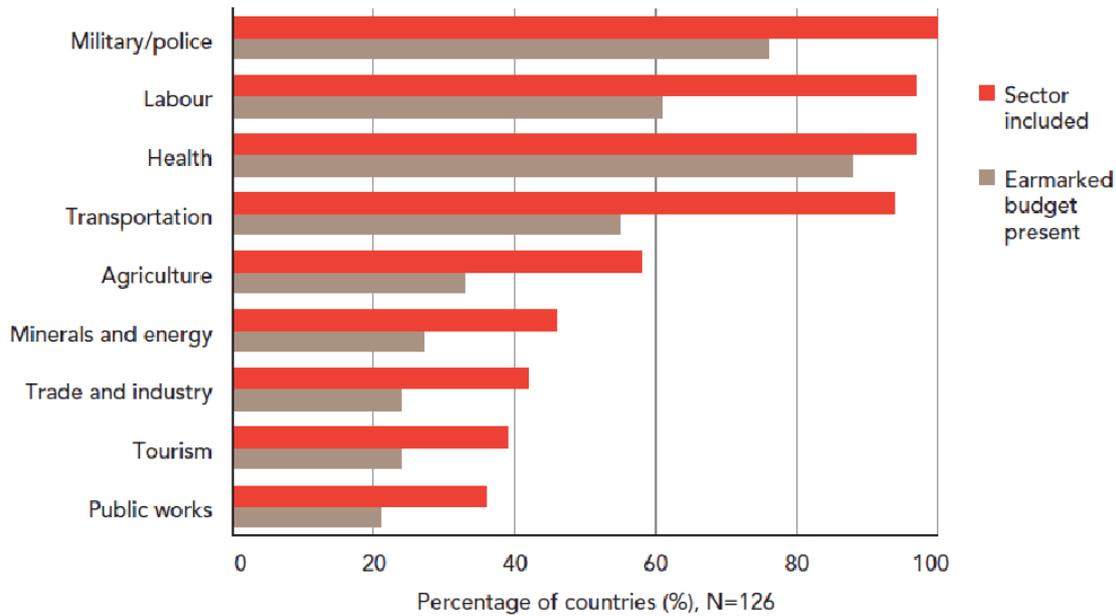
Abbildung 10: Im Rahmen von AWISA ausgebildete Peer Educators. *Quelle: INWENT 2009:1*

### 2.2.2 Partizipation als zentrales Element

Eine wichtige Voraussetzung, damit WPPs tatsächlich funktionieren, ist neben dem Vertrauen auch die Akzeptanz auf Seiten der Belegschaft. Dazu müssen Betriebsleitung, FPs und PEs allen Mitarbeitern/ Mitarbeiterinnen die Wichtigkeit ihrer aktiven Teilnahme am Programm klar verdeutlichen und zur Rückmeldung motivieren. Alle Angestellten sollten die Gelegenheit haben, innerhalb ihrer Arbeitszeit an den eingeplanten Ausbildungs- bzw. Aufklärungsprogrammen zu HIV/AIDS teilzunehmen, die sich mit lebensnahen Themen wie Bewältigungsstrategien, Risiken, Pflege, Behandlung und Betreuung hinsichtlich HIV/AIDS befassen. Im Idealfall sollten alle Beschäftigten ein Mitspracherecht besitzen und betriebliche Netzwerke mit partizipativem und demokratischem Aufbau zur Verfügung stehen. Denn ein partizipativer Ansatz erhöht das Engagement der Arbeiterschaft, wodurch die Teilnahme an freiwilligen Beratungen und Bluttest-Untersuchungen (VCTs), die Kondomnutzung und die Toleranz gegenüber HIV/AIDS-infizierten Menschen (People Living With HIV/AIDS, PLWHA) steigen und die Zahl sexuell übertragbarer Krankheiten bei der Belegschaft sinkt. Männer machen zwar den größten Teil der arbeitenden Bevölkerung aus, doch den Großteil der in Subsahara-Afrika HIV-infizierten Menschen sind Frauen. Daher sollten die Programme nicht nur Männer, sondern auch Partnerinnen und Partner, Söhne und Töchter, und größere Familienteile einbeziehen [KROMREY 2001:127; UNESCO 2006:16; FÄRBER 2009:2, 7,10].

### 2.3 Workplace Programs in Subsahara-Afrika

In zahlreichen Ländern Subsahara-Afrikas stellt die Regierung den größten Arbeitgeber dar. Als solcher ist es ihre Aufgabe, eine gute HIV/AIDS-Unternehmenspolitik zu entwickeln, um einerseits den Bedürfnissen ihrer Angestellten nachzukommen und andererseits als Vorbild für andere Betriebe zu dienen. Sie ist allgemein dafür zuständig, die Funktionsfähigkeit des öffentlichen Sektors zu erhalten. Im privaten Sektor nehmen immer mehr Betriebe die Herausforderung an, HIV/AIDS-Programme und eine entsprechende Unternehmenspolitik zu gewährleisten. Doch trotz der Tatsache, dass Arbeitgeber/innen zunehmend auf die HIV-Problematik reagieren, sind einige von ihnen immer noch der Meinung, dass nicht sie persönlich Verantwortung übernehmen müssten, sondern HIV/AIDS-Prävention ausschließlich Sache des Gesundheitssystems sei. Dies stellt einen der zahlreichen Gründe dar, weshalb umfassend implementierte WPPs in Subsahara-Afrika derzeit noch sehr rar sind. Laut UNGASS (*United Nations General Assembly Special Session*) Country Progress Reports 2008 werden in weniger als einem Viertel (24%) der weltweit am meisten von HIV/AIDS betroffenen Regionen HIV/AIDS-präventive Dienstleistungen am Arbeitsplatz angeboten. In nur 9% dieser Länder kann ein umfassender Zugang zur Behandlung am Arbeitsplatz bzw. eine betriebliche Überweisung zu einer externen Behandlungseinrichtung gewährleistet werden. Darüber hinaus arbeiten in Subsahara-Afrika viele Menschen in der Landwirtschaft oder im informellen Sektor, sodass traditionelle Arbeitsplatzprogramme häufig daran scheitern, diesen beträchtlichen Teil der Arbeiterschaft zu erreichen. In den 33 global am stärksten von der Epidemie beeinträchtigten Ländern richten sich die nationalen HIV-Strategien hauptsächlich auf die Sparten Arbeit (97%), Militär und Polizei (100%) sowie Transport/ Verkehr (94%). Wie das Balkendiagramm von UNAIDS in Abbildung 11 zeigt, werden andere Bereiche weniger häufig in die staatlichen Strategien einbezogen werden. So wird die Landwirtschaft in 58% der strategischen Pläne hyperendemischer Länder berücksichtigt, Handel und Industrien in 42%, Mineralstoffe und Energie in 46%, Tourismus in 39% und öffentliche Bauarbeiten in 36%. Viele nicht-gesundheitliche Sektoren werden zwar in den nationalen HIV-Strategien berücksichtigt, erhalten aber keine spezielle Budgethilfe, um mit den sektoriellen Auswirkungen der Epidemie zurechtzukommen [ILO 2005a:3; UNAIDS 2008: 171-173].



Source: UNGASS Country Progress Reports 2008.

**Abbildung 11: Prozentanteil der Länder nach Sektoren, die in die nationale AIDS-Strategie einbezogen werden sowie nach vorgesehenen Budgets; Quelle: UNAIDS 2008: 171**

### 2.3.1 Nationale Strategien

Im Jahr 2001 haben 189 Staatschefs im Rahmen der Vereinten Nationen die Verpflichtungserklärung der UN zu HIV/AIDS (Declaration of Commitment on HIV/AIDS "Global Crisis — Global Action") verabschiedet und sich damit verpflichtet „bis 2003 auf einzelstaatlicher Ebene im Benehmen mit den Vertretern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer sowie unter Berücksichtigung der bestehenden internationalen Richtlinien über HIV/AIDS am Arbeitsplatz rechtliche und politische Rahmenbedingungen [zu] schaffen, die die Rechte und die Würde der Menschen mit HIV/AIDS, der davon betroffenen und der davon am stärksten gefährdeten Personen am Arbeitsplatz schützen“ [UNRIC 2001:17]. In einigen Ländern Subsahara-Afrikas wurde die Gesetzgebung bereits umgesetzt bzw. aufgrund spezieller Gegebenheiten von HIV/AIDS am Arbeitsplatz revidiert. Gleichzeitig haben sich zahlreiche Regierungen in Afrika den UN-Millenniumszielen (UN Millennium Development Goals, MDGs) verschrieben, bis zum Jahre 2015 die Ausbreitung von HIV zum Stillstand zu bringen, eine Trendumkehr zu bewirken und den Zugang zu medizinischer Versorgung für alle HIV/AIDS erkrankten Menschen zu erreichen. Darüber hinaus existieren zahlreiche andere rechtliche Initiativen, die dabei helfen können, die HIV-Epidemie in der Arbeitswelt zu bekämpfen. Solche Initiativen beinhalten spezifische HIV-Gesetze, Arbeitsrechte, Antidiskriminierungs- und Menschenrechtsgesetze, Behindertenrechte und Versicherungsrechte [ILO 2005b:1].

Bedeutende Meilensteine der nationalen HIV/AIDS-Bekämpfung in Subsahara-Afrika stellen die Maseru-Erklärung von 2003, die Maputo-Erklärung von 2005 sowie die Brazzaville-Verpflichtung von 2006 dar. Die Maseru-Erklärung entstand bei einem Gipfeltreffen der Staats- und Regierungschefs der SADC (*Southern African Development Community*) und gilt als die höchste

politische Verpflichtung zu HIV und AIDS in Afrika südlich der Sahara. Darin werden fünf Schwerpunktbereiche artikuliert, die dringende Aufmerksamkeit und verstärkten Einsatz erfordern, darunter Prävention und Unterstützung von Institutionen. Der Initiator, die südafrikanische Entwicklungsvereinigung SADC, spielt auch sonst eine bedeutende Rolle bezüglich HIV/AIDS-Prävention in Subsahara-Afrika. Es handelt sich um einen Zusammenschluss von 15 südafrikanischen Staaten, der darauf zielt, Entwicklung und Wachstum der Wirtschaft zu fördern. SADC koordiniert Entwicklungsprojekte und sorgt für wirtschaftliche Kooperation und Integration mittels politischer und sozioökonomischer Unterstützung für die Mitgliedsstaaten. Zentrale Aufgabenbereiche sind die Förderung und Erhöhung der produktiven Beschäftigung sowie die Verstärkung der nationalen und internationalen Zusammenarbeit verschiedener Regionen und Institutionen [SADC 2010].

Einen weiteren Impuls zur Priorisierung von Prävention stellt die Maputo-Erklärung dar. Sie wurde von 46 afrikanischen Gesundheitsministern bei einer Konferenz der WHO in Mosambik verabschiedet. Somit wurde das Jahr 2006 zum Jahr der Beschleunigung der HIV-Prävention in der afrikanischen Region erklärt. Die Präventions-Agenda wurde durch die Brazzaville-Verpflichtung (Brazzaville Commitment on Universal Access Initiative) weiter unterlegt, die 2006 von der Afrikanischen Union, UNAIDS und WHO verabschiedet wurde. Diese Initiative zielte darauf, bis zum Jahre 2010 einen universellen Zugang zu Prävention, Pflege und Unterstützung sowie Behandlung zu gewährleisten [SADC 2006:2]. Die Zeitleiste in Abbildung 12 zeigt die weltweit bedeutendsten Ereignisse der HIV/AIDS-Prävention, darunter drei der soeben genannten zentralen Meilensteine für die Region Subsahara-Afrika.

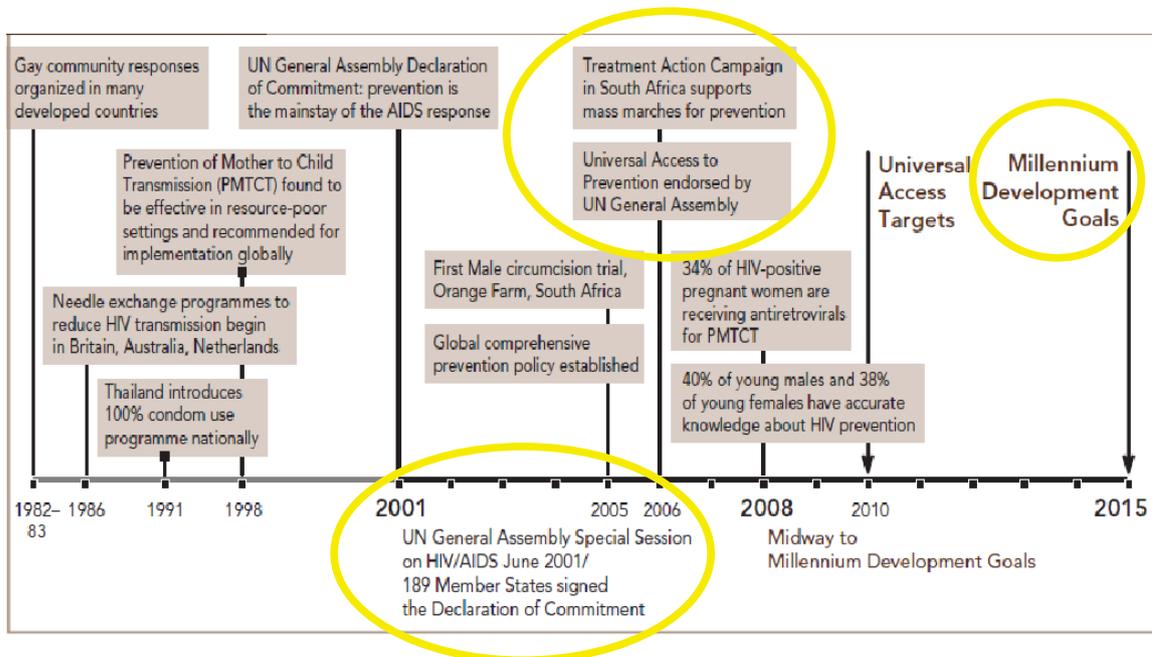


Abbildung 12: ausgewählte Ereignisse in der HIV-Prävention; Quelle: UNAIDS 2008: 96

Darüber hinaus haben einzelne **Regierungen** in Subsahara-Afrika nationale Strategiepläne gegen HIV/AIDS aufgestellt, die unter anderen auch Arbeitsplatzinitiativen beinhalten. In den meisten Staaten sind die jeweiligen Gesundheitsministerien und nationalen AIDS-Räte für die Initiierung spezieller Maßnahmen zuständig. So beispielsweise der Nationale AIDS-Rat *Conselho Nacional de Combate ao HIV/ SIDA* (CNCS) im Kampf gegen HIV/AIDS in Mosambik. In dessen Strategieplan wird unter anderem gefordert, dass in jedem Betrieb Focal Points (vgl. Abschnitt 2.2.1) zur HIV/AIDS-Bekämpfung eingesetzt werden [KKM 2007; FÄRBER 2009:1].

Auf Seiten der **privaten Sektors** haben sich zudem zahlreiche Unternehmensbündnisse gegen HIV/AIDS formiert. So zum Beispiel das 2007 gegründete südafrikanische Unternehmensbündnis gegen HIV/AIDS SABCOHA (*South African Business Coalition on HIV/AIDS*), das große, mittelständische und kleinere Betriebe des privaten Sektors mobilisiert und darin bestärkt, im Bereich der HIV/AIDS-Prävention am Arbeitsplatz tätig zu werden. Die Haupttätigkeiten der SABCOHA zielen vor allem auf die Förderung einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen dem privaten und weiteren Sektoren und beinhalten folgende Felder:

- Forschung, Entwicklung und Verteilung von Best Practice-Modellen,
- Pionierarbeit für neue betriebliche Initiativen,
- Kommunikation von Schlüsselinformationen,
- Lobbyarbeit für Veränderungen [SABCOHA 2010].

Ein weiteres nennenswertes Beispiel ist das vom Wirtschaftsunternehmensverband von Mosambik CTA (*Confederação das Associações Económicas de Moçambique*) ins Leben gerufene Forum Empresarios contro SIDA<sup>34</sup>. Es entstand aus der Fusion zweier Unternehmensbündnisse gegen AIDS, ECOSIDA (*Empresarios Contra o HIV/SIDA*) und dem AIDS-Forum. Die nationalen Arbeitsausschüsse stehen häufig in engem Kontakt zu internationalen Organisationen wie UNAIDS, ILO und GBC (*Global Business Coalition*) und werden von internationalen Entwicklungshilfeorganisationen wie der GTZ unterstützt. Auf die GBC - ein bedeutendes Unternehmensbündnis auf internationaler Ebene - wird im Verlauf dieser Arbeit (Abschnitt 2.3.3.2.2) noch vertieft eingegangen [ILO 2005c:14].

Gleichzeitig bewirken auch einzelne private Betriebe bedeutende Fortschritte in der HIV/AIDS-Prävention am Arbeitsplatz. So zum Beispiel das Minenunternehmen „Debswana“ in Botswana, das eine formelle Partnerschaft mit der nationalen Regierung eingegangen ist, um den Umfang an medizinischen Behandlungsmöglichkeiten von HIV/AIDS zu erweitern und das Aushändigen von antiretroviralen Medikamenten an HIV-positive Mitarbeiter/innen zu fördern [UNAIDS 2008: 136].

Engagement kommt auch von Seiten der **Gewerkschaften**. Eine zentrale Rolle spielt neben der ILO das *Global Unions AIDS Programme* (GUAP), eine Kooperation von zahlreichen Gewerkschaftsverbänden, die sich gemeinsam dafür einsetzen, HIV-Unternehmensrichtlinien mit Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern auszuhandeln. In dieser Initiative sind zwölf der weltweit

bedeutendsten Gewerkschaften vertreten - wie zum Beispiel BWI (*Building and Woodworkers International*), ICEM (*International Federation of Chemical, Energy, Mine & General Workers' Unions*) und ITF (*The International Transport Workers' Federation*) -, die wiederum 200 Millionen Arbeitnehmer/innen repräsentieren. Wichtigstes Ziel und gleichzeitig größte Herausforderung für die Gewerkschafter/innen stellt die Beseitigung von Stigma und Diskriminierung von HIV-positiven Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dar. Das GUAP ist in zwei großen Bereichen tätig: Anwaltschaft auf internationaler Ebene und Projektarbeit vor allem in den Hoch-Prävalenz-Ländern Subsahara-Afrikas. Als innovatives und erfolgreiches Projektbeispiel der GUAP ist die internationale Transport-Föderation zu nennen, durch die Programme zum Schutz von Langstreckenfahrerinnen und -fahrern in Verkehrskorridoren implementiert wurden [UNAIDS 2008:173].

Neben den Bemühungen von Regierungen sowie Unternehmen und ihren Verbänden wächst gleichzeitig auch die Reaktion der **Zivilgesellschaft**. Der Impuls dafür kommt vor allem durch die Arbeit nationaler und internationaler Akteurinnen und Akteure wie **Nichtregierungsorganisationen** (Non-Governmental Organizations, NGOs), religiösen Organisationen und Bürgerorganisationen [ILO 2005c:15]. So beispielsweise auch von SafAIDS (*Southern Africa AIDS Information Dissemination Service*), einer 1994 gegründeten regionalen gemeinnützigen Organisation. SafAIDS wird von ortsansässigen Partnern unterstützt und hat bereits in verschiedenen Ländern Subsahara-Afrikas Programme implementiert. Wichtige Tätigkeitsbereiche von SafAIDS sind unter anderem: Aufbau von Kapazitäten für andere HIV/AIDS-Mittlerorganisationen, Produktion, Sammlung und Verbreitung von evidenz-basierter Information, Vernetzung und Aufbau von Partnerschaften und Führerschaft in der Förderung des Dialogs zu brisanten Themen rund um HIV und AIDS [SAFAIDS 2010].

Im Regelfall sind solche nationalen Aktivitäten zur HIV/AIDS-Bekämpfung auf finanzielle Unterstützung multilateraler Institutionen (Weltbank, Globaler Fond) oder bilateraler Abkommen zwischen Industrieländern und den afrikanischen Regierungen (GTZ, PEPFAR) angewiesen. Trotz merklicher Fortschritte in der nationalen HIV/AIDS-Prävention reichen die Bemühungen allerdings bei weitem nicht aus, um die durch die Epidemie entstandenen Bedürfnisse zu decken. So werden Bevölkerungsgruppen in abgelegenen Gebieten meist gar nicht erreicht. Solche Problematiken entstehen häufig aufgrund fehlender qualifizierter Humanressourcen, ineffizienter Verfahrensweisen und einer ungenügenden Kommunikation zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren [KIRSCH-WOIK 2005: 20-21].

In der folgenden Abbildung 13 sind alle oben genannten nationalen Figuren tabellarisch zusammengefasst, die sich in Subsahara-Afrika im Bereich der HIV/AIDS-Bekämpfung am Arbeitsplatz engagieren.

Nationale Strategien	Akteurinnen und Akteure	Beispiele	Hauptmaßnahmen
<b>Regierungen</b>	Gesundheitsministerien/ nationale AIDS-Räte	CNCS (in Mosambik)	- Nationale Strategiepläne - Rechtliche Initiativen (HIV-Gesetze, Arbeitsrechte, Antidiskriminierungs- und Menschenrechtsgesetze, Behindertenrechte und Versicherungsrechte)
	Regierungszusammenschlüsse und multilaterale Abkommen	Staats- und Regierungschefs der SADC	Politische Verpflichtungen zu HIV und AIDS: Maseru-Erklärung (2003)
		46 afrikanische Gesundheitsminister und WHO	Maputo-Erklärung (2005)
		AU, UNAIDS und WHO	Brazzaville-Verpflichtung (2006)
		Afrikanische UN- Mitgliedsstaaten	Declaration of Commitment on HIV/AIDS "Global Crisis — Global Action und UN-Millenniumsziele
<b>Privater Sektor</b>	Unternehmensbündnisse	SABCOHA & CTA (in Mosambik)	Empresarios contro SIDA34 (ECOSIDA + AIDS-Forum)
	Private Betriebe	Minenunternehmen „Debswana“ in Botswana	Formelle Partnerschaft mit nationaler Regierung
<b>Zivil- gesellschaft</b>	Regionale NGOs, religiöse Organisationen, Bürgerorganisationen, Arbeitsorganisation	SafAIDS	Information, Vernetzung, Förderung des Dialogs zu HIV/AIDS
		AMODEFA (in Mosambik)	mit ILO: Project Kuhluvuka: Corredor da Esperança für Minenarbeiter/innen

**Abbildung 13: Nationale Akteurinnen und Akteure der (betrieblichen) HIV/AIDS-Bekämpfung in Subsahara-Afrika; Quelle: frei nach allen Quellenangaben aus Kapitel 2.3.1**

### 2.3.2 Internationale Reaktion

Die erheblichen wirtschaftlichen Folgen der HIV/AIDS-Epidemie werden zunehmend auch auf Seiten der internationalen Gemeinschaft wahrgenommen. Zahlreiche Regierungen haben die HIV/AIDS-Prävention an den Arbeitsplätzen zu einem wichtigen Bestandteil ihrer Entwicklungspolitik gemacht. Bedeutende internationale Organisationen und NGOs wie UNDP (*United Nations Development Programme*), UNICEF (*United Nations Children's Fund*) und UNFPA (*United Nations Population Fund*) sind unter anderem in der Entwicklung von WPPs tätig und FAO (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*) sowie UNDP setzen sich für die Durchführung von Studien über die Auswirkungen von HIV/AIDS auf die Landwirtschaft, Gesundheit und Bildung ein. Abbildung 14 zeigt eine Bildaufnahme von rund 300 UN-Angestellten, die auf dem Rasen des UN-Nordgartens in New York eine rote AIDS-Schleife nachstellen. Dieses Zusammentreffen fand am 30. Mai 2006 statt, fünfundzwanzig Jahre nachdem HIV/AIDS erstmals diagnostiziert wurde. Das Weltwirtschaftsforum (WEF) - eine gemeinnützige Stiftung, in dessen

Rahmen sich international führende Wirtschaftsexperten, Politiker, Intellektuelle und Journalisten einmal jährlich in Davos in der Schweiz treffen, um über wichtige Fragen der Welt wie Gesundheits- und Umweltfragen zu diskutieren - startete 2002 gemeinsam mit der WHO und UNAIDS die Globale Gesundheitsinitiative (*Global Health Initiative*). Diese beinhaltet einen neuen wichtigen Aspekt: Neben der Beseitigung von HIV/AIDS, zielt die Initiative nun auch darauf, die betriebliche Bekämpfung von Malaria und Tuberkulose voranzubringen [ILO 2005c:15; GTZ2010b].



Abbildung 14: Nachstellung der roten AIDS-Schleife von UN-Angestellten auf dem Rasen des UN-Nordgartens in New York. *Quelle: UNICEF 2006*

Eine sehr wichtige Rolle in der Bekämpfung von HIV/AIDS spielt die finanzielle Unterstützung. Der größte internationale Beitrag an finanziellen Hilfsmitteln für die Region Subsahara-Afrika kommt von PEPFAR (*President's Emergency Plan For AIDS Relief*) und dem Globalen Fond zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria GFATM (*The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*). Der Globale Fond wurde Mitte 2001 vom damaligen UN-Generalsekretär Kofi Annan ins Leben gerufen mit dem Ziel, internationale Spenden zu koordinieren. Er stellt den einzigen multilateralen Finanzierungsmechanismus für den Gesundheitssektor Subsahara-Afrikas dar. In 41 von 47 Ländern dieser Region hat der Globale Fond bis Ende des Jahres 2009 5,5 Milliarden US-Dollar investiert, davon über 3 Milliarden allein für HIV-Programme. Abbildung 15 stellt eine Tabelle dar, in der - für den Zeitraum 2001 bis 2009, nach Region und Krankheit - die ausgezahlten Summen des Globalen Funds aufgelistet sind [AVERT 2010a; GFATM 2010:17].

DISBURSEMENT TO DATE (END 2009)	HIV (IN US\$ MILLIONS)	TB (IN US\$ MILLIONS)	MALARIA (IN US\$ MILLIONS)	TOTAL DISBURSEMENT BY REGION
SUB-SAHARAN AFRICA	3,104	375	1,976	5,455
ASIA	1,093	582	491	2,166
LATIN AMERICA AND CARIBBEAN	603	129	90	822
MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA	258	120	214	592
EASTERN EUROPE AND CENTRAL ASIA	669	245	20	934
<b>TOTAL</b>	<b>5,727</b>	<b>1,451</b>	<b>2,791</b>	<b>9,969</b>

Abbildung 15: kumulative Auszahlungen durch den Globalen Fond nach Region und Krankheit (2001-2009); *Quelle: GFATM 2010:20*

Mit dem so genannten AIDS-Nothilfeplan des amerikanischen Präsidenten, kurz PEPFAR, zeigt die US-Regierung fortlaufenden Einsatz im Kampf gegen AIDS. PEPFAR wurde 2003 von Präsident George W. Bush initiiert und stellt zahlreichen Ländern - einschließlich 15 Schwerpunktländern, die meisten davon in Afrika - Gelder zur Bekämpfung von AIDS, TB und Malaria zur Verfügung, im aktuellen Jahr 2010 fast 6,8 Milliarden US-Dollar. Zudem werden über bilaterale Partnerschaften in den Empfängerländern präventive, therapeutische und pflegerische Aktivitäten unterstützt. PEPFAR umfasst mehrere so genannte Implementierungsorganisationen, darunter USAID (*US Agency for International Development*). Insgesamt haben sich die Vereinigten Staaten dazu verpflichtet, ihre Unterstützung für die Region Subsahara-Afrika zwischen 2004 und 2010 auf 8,7 Milliarden US-Dollar zu verdoppeln. Durch die internationale Finanzierung von PEPFAR und dem Globalen Fond haben sich die Zugangsmöglichkeiten zu Prävention und Behandlung in Afrika merklich verbessert. Sie bieten den ortsansässigen HIV/AIDS-Hilfsgruppen lebenswichtige Unterstützung. Nichtsdestotrotz tauchen beim Transfer der Hilfen immer wieder Schwierigkeiten auf. So sind weite Spendenketten häufig dafür verantwortlich, dass Gelder verspätet ankommen oder ganz verloren gehen [USA.GOV 2010; USAID 2009: xxi; AVERT 2010a].

Die amerikanische Behörde für internationale Entwicklung USAID hat über ihre Spenden hinaus auch eine zweizackige Strategie zur HIV/AIDS-Prävention entwickelt, die auf der Notwendigkeit fußt:

- Erstens Wissen, Motivation und Fertigkeiten zur Minderung des HIV-Risikos aufzubauen, mittels gemeindebezogenem Training zu Verhaltensänderung und Befähigung und
- Zweitens auf Gemeindeebene flächendeckende Dienste zur HIV-Prävention anzubieten (Kondome, VCT, Behandlung von STIs).

Diese Strategie spiegelt sich in zahlreichen Aktivitäten zur Prävention und Behandlung wieder, die von USAID implementiert wurden. Darunter beispielsweise WPPs für Lastwagenfahrer/innen, die laufend ergänzt werden. Etwa durch die verbesserte Verfügbarkeit und Qualität von VCT- und STI-Diensten und durch die grenzüberschreitende Koordinierung, um somit auch Hochrisiko-Gruppen zu erreichen, die zwischen den Ländern Subsahara-Afrikas pendeln [ILO 2005c:15].

Auch die Weltbank engagiert sich in der HIV/AIDS-Bekämpfung in Subsahara-Afrika. Im Rahmen des Mehrländer-HIV/AIDS-Programms MAP (*World Bank Multi-country AIDS Program*) stellt die Weltbank umfangreiche finanzielle Hilfen zur Verfügung, die an die nationalen HIV/AIDS-Räte weitergeleitet werden. Für die Vermittlung der Gelder der MAP an den privaten Sektor sind im Regelfall große Unternehmensbündnisse zuständig. Darüber hinaus ist die Weltbank an vielzähligen Projekten beteiligt und hat beispielsweise zusammen mit der mosambikanischen AIDS-Organisation MONASO (*Mozambique National AIDS Service Organization*) dafür gesorgt, dass im ROCS-Projekt (*Roads and Coastal Shipping Project*), einer Intervention zum Ausbau des Straßen- und Küstenschiffverkehrs, Aktivitäten zur STI/HIV-Prävention eingebunden wurden [ILO 2005c:15].

Das britische Entwicklungsministerium DFID (*UK Department for International Development*) hat ein Projekt finanziert, das nationale SMI-Betriebe (*Safe Motherhood Initiative*) unterstützt, die eine HIV/AIDS-Sensibilisierungsprogramm in ihrem Unternehmen vorsehen. SMI steht für eine

Partnerschaft auf globaler, regionaler und nationaler Ebene, die darauf zielt, im Kontext von Gleichheit, Armutbekämpfung und Menschenrechten, die Gesundheit von Müttern und ihren Neugeborenen zu stärken [ILO 2005c:15].

Die internationale Nichtregierungsorganisation PSI (*Population Services International*) setzt sich dafür ein, junge Menschen und Arbeitnehmer/innen mittels ihrer spezialisierten Teilprojekte in Schulen und Arbeitsplätzen zu erreichen. Ihre speziellen Dienstleistungspakete für Arbeitsplätze beinhalten Kommunikationstraining, Kleingruppenaktivitäten, Theater, Video-Präsentationen mit Diskussionen, Ausbildung von PEs, Weiterbildung zur STI-Prävention und Behandlung für klinisches Personal sowie Marketing und Verkauf von Kondomen [ILO 2005c:15-16].

An der Deutschen Entwicklungszusammenarbeit mit Subsahara-Afrika sind neben zahlreichen NGOs und politischen Stiftungen vier staatliche Organisationen beteiligt: Die GTZ (*Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit*), der DED (*Deutscher Entwicklungsdienst*), das CIM (*Centrum für internationale Migration und Entwicklung*) und Inwent (*Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH*). Eine zentrale Aufgabe ihrer in Afrika tätigen Mitarbeiter/innen liegt darin, das Bewusstsein der Menschen für das Problem durch die HIV/AIDS-Epidemie zu schärfen und ihnen ihre Handlungsfähigkeit aufzuzeigen, indem wichtiges Know-how über Schutzmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten vermittelt wird. Darüber hinaus unterstützt die deutsche Entwicklungspolitik seit einigen Jahren systematisch den so genannten Mainstreaming-Ansatz. Diese Methode dient zur Erfassung der Auswirkungen, die die Aktivitäten eines Programms auf die Verwundbarkeit der Zielgruppe haben sowie zur Integration der HIV/AIDS-Bekämpfungsmaßnahmen in die Kernbereiche der Aktivitäten. Ein solches Mainstreaming wurde bei zahlreichen Vorhaben in Subsahara-Afrika eingeführt und soll in den nächsten Jahren als umfassender Ansatz in der HIV/AIDS-Bekämpfung ausgeweitet werden [FÄRBER 2009:2; INWENT 2010a; BMZ 2007a:27-28].

Die folgende Tabelle in Abbildung 16 gibt einen Überblick zu allen genannten internationalen Figuren, die an der betrieblichen Bekämpfung von HIV/AIDS in Subsahara-Afrika beteiligt sind.

<b>Inter-nationale Strategien</b>	<b>Akteurinnen und Akteure</b>	<b>Beispiele</b>	<b>Maßnahmen</b>
<b>Staaten</b>	Multilaterale Institutionen	Weltbank	MAP: Finanzielle Hilfen für nationale AIDS-Räte & Projekte z.B. <i>ROCS-Projekt</i>
		Globaler Fond (GFATM)	Finanzielle Unterstützung & Koordination internationaler Spenden für Gesundheitssektor
		UN-Sonderorganisationen und -Programme: a) WHO, UNAIDS b) UNDP, UNICEF, UNFPA, FAO c) <b>ILO &amp; ILO/AIDS</b>	a) u.a. Global Health Initiative :Förderung der betrieblichen Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose b) Entwicklung von WPPs, Durchführung von Studien über die Auswirkungen von HIV/AIDS auf die Landwirtschaft, Gesundheit und Bildung c) Arbeitsplatz-Projekte und Maßnahmen zu Anwaltschaft, technische Zusammenarbeit, Information, Beratungsdienste, Bildung und Ausbildung, Forschung und politische Analysen

<b>Inter-nationale Strategien</b>	<b>Akteurinnen und Akteure</b>	<b>Beispiele</b>	<b>Maßnahmen</b>
<b>Staaten</b>	Bilaterale Abkommen zwischen Industrieländern und afrikanischen Regierungen	PEPFAR (US)	Implementierungsorganisation USAID: Strategien und Gelder zur Bekämpfung von AIDS, TB und Malaria
		DFID (GB)	Finanzielle Unterstützung von Betrieben, die HIV/AIDS-Sensibilisierungsprogramme anbieten
		Deutsche Entwicklungs-hilfeorganisationen: <b>a) GTZ</b> <b>b) DED</b>  <b>c) Inwent</b>	a) Capacity Development: Beratung und Unterstützung von Partnern u.a. im Bereich HIV-AIDS (Mainstreaming- Programme, WPPs → Projekt ACCA, Prävention, Finanzierungsmechanismen, Medikamentenpolitik,...) b) Unterstützung entwicklungsrelevanter Partnerorganisationen und Selbsthilfeinitiativen, u.a. WPPs (fachliche Beratung, Programmfinanzierung und Förderung ausgebildeter lokaler Mitarbeiter/innen) c) Personal- und Organisationsentwicklung: Capacity Building-Programme in Bildung, Wirtschaft, Statistik und Gesundheit (Multiplikator/in-Training, WPP-Schulungen,...)
	UNO-Staatschefs	Declaration of Commitment on HIV/AIDS und UN-Millenniumsziele	
<b>Privater Sektor</b>	Gewerkschaften	GUAP	Anwaltschaft auf internationaler Ebene und Projektarbeit in Hoch-Prävalenz-Ländern
	Unternehmensbündnisse	<b>GBC</b>	Netzwerkarbeit zur Stärkung von Partnerschaften und Unterstützung betrieblicher und gemeindebezogener Programme zu HIV/AIDS, TB Malaria
<b>Zivil-gesellschaft</b>	NGOs	PSI	spezialisierten Teilprojekte in Schulen und Arbeitsplätzen
	Gemeinnützige Stiftung	WEF	Mit WHO und UNAIDS: Global Health Initiative

**Abbildung 16: Internationale Akteurinnen und Akteure der (betrieblichen) HIV/AIDS-Bekämpfung in Subsahara-Afrika; Quelle: frei nach allen Quellenangaben aus Kapitel 2.3.2**

### 2.3.3 Gemeinschaftsprogramme der internationalen Entwicklungszusammenarbeit

Als gemeinsame Initiative ortsansässiger Unternehmen und internationaler Organisationen haben sich WPPs in einigen Ländern Subsahara-Afrikas bereits erfolgreich etabliert, in anderen Regionen laufen derzeit noch die Vorbereitungen für solche Kooperationen. Viele Programme gründen auf dem Konzept von Öffentlich-Privaten Partnerschaften (Public Private Partnerships, PPPs). Somit erfolgt die Förderung der HIV/AIDS-Interventionen am Arbeitsplatz häufig über Wirtschaftsverbände und Unternehmenszusammenschlüsse. Auf diese Weise gelingt es den Organisationen zunehmend mehr Betriebe von der Implementierung eines WPPs zu überzeugen. Im folgenden Abschnitt werden drei große Gemeinschaftsprogramme zur betrieblichen HIV/AIDS-Prävention sowie ihre Initiatoren vorgestellt [GTZ 2010c].

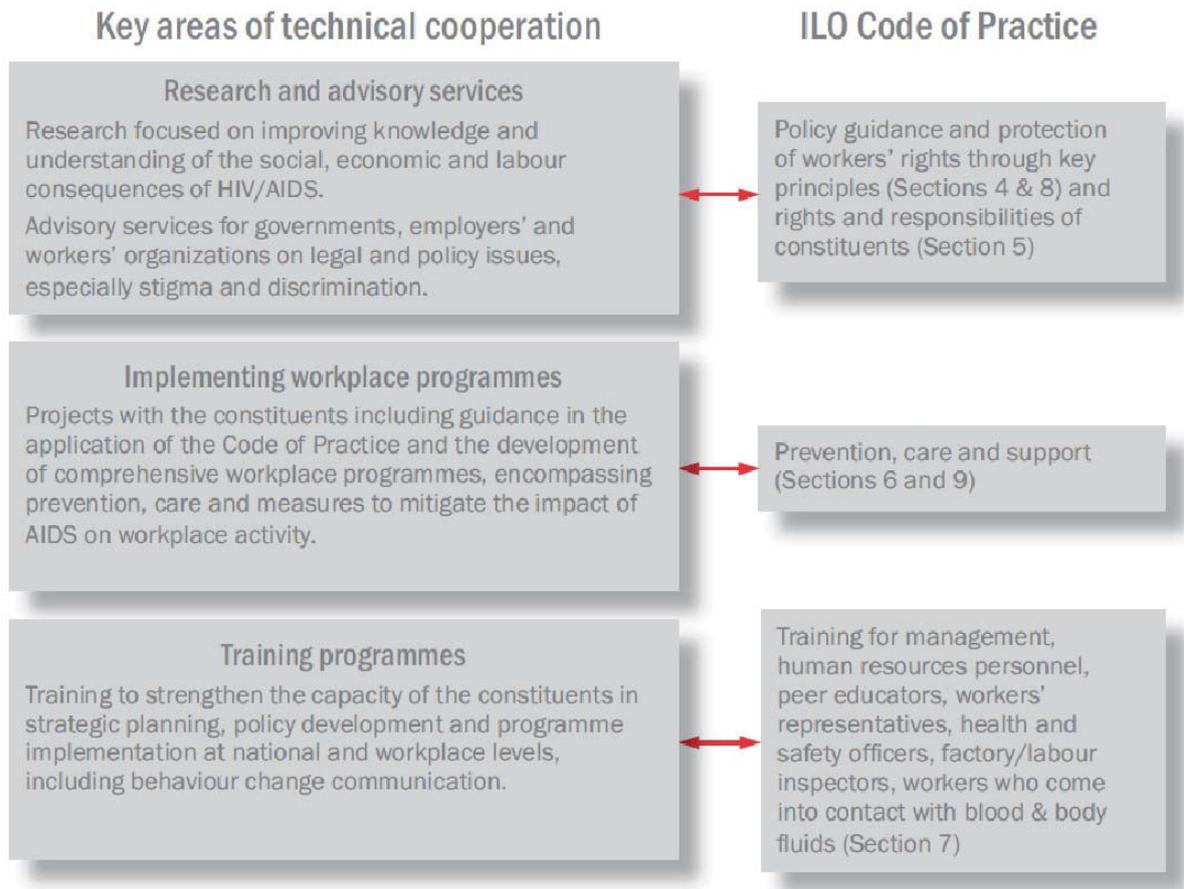
### **2.3.3.1 *International Labour Organization und The ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work***

Die 1919 gegründete und in Genf ansässige *International Labour Organization* (ILO) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich mit Fragen der Arbeitswelt beschäftigt. Die Organisation ist dreigliedrig aufgebaut. Demnach sitzen in den Organen der ILO jeweils Vertreter/innen von Regierungen, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern der 183 UN-Mitgliedsstaaten. Die Internationale Arbeitsorganisation formuliert und erlässt internationale Arbeits- und Sozialnormen, setzt sich für eine soziale und gerechte Globalisierung ein und trägt zur Armutsbekämpfung bei, in dem sie menschenwürdige Beschäftigungsmöglichkeiten schafft. Eine bedeutende Rolle spielt dabei die Stärkung des ständigen Dialogs zwischen Regierungen und Sozialpartnern wie Arbeitnehmer/innen- und Arbeitgeber/innenorganisationen. Grundlegendes Ziel der ILO ist die Sicherung des Weltfriedens durch eine Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen aller Menschen. Die ILO sieht sich darin verpflichtet, Frauen und Männern die gleichberechtigte Chance zu geben, einer anständigen und erträglichen Arbeit nachzugehen, die sozialen Schutz, Arbeitssicherheit und Gesundheit gewährleistet und Diskriminierung ablehnt. In diesem Zusammenhang verfolgt die Organisation die Kernidee, durch internationale Vernetzung des sozialpolitischen Regelwerks faire Wettbewerbsbedingungen zu schaffen. Dabei sollen weltweit anerkannte Sozialstandards dafür sorgen, dass beispielsweise vermieden wird, dass sich einzelne Teilnehmer/innen im internationalen Handel Vorteile verschaffen, in dem sie etwa Arbeitnehmer/innenrechte missachten bzw. Arbeitsbedingungen verschlechtern. Mittels technischer Zusammenarbeit und Beratungsdiensten setzt sich die ILO für die Förderung angemessener Arbeitsplätze sowie Wirtschafts- und Arbeitsverhältnisse ein. Sie bietet ihren Mitgliedern gezielte Unterstützung bei der mühsamen und langwierigen Überwindung ökonomischer, institutioneller oder kultureller Probleme. Große Bereiche, auf die sich die Arbeit der ILO richtet, sind die Bekämpfung der Jugendarbeitslosigkeit, Arbeitsschutz, Arbeitsmigration und vor allem auch HIV/AIDS als wesentlicher Bestandteil der ILO-Agenda für menschenwürdige Arbeitsbedingungen. Das ILO-Programm zu HIV/AIDS und die Arbeitswelt (*The ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work*), kurz ILO/AIDS, spielt eine Schlüsselrolle in der weltweiten Reaktion auf HIV/AIDS im Setting Arbeitsplatz. ILO/AIDS trägt zur Erreichung der UN-Millenniumsziele bei, indem es einen universellen Zugang zu HIV-Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung fördert. Als Spenderorganisation trägt die ILO zum ergebnisorientierten Rahmenplan des AIDS-Bekämpfungsprogramms der Vereinten Nationen (UNAIDS) bei und setzt sich für die von UNAIDS identifizierten Kernbereiche ein. In Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen, Geldgeberinnen und Geldgebern, HIV-positiven Menschen und weiteren Akteurinnen und Akteuren arbeitet ILO/AIDS an der Entwicklung und Implementierung von Arbeitsplatzprogrammen zu HIV/AIDS in weltweit über 70 Ländern. Darunter fallen vor allem betriebliche Ausbildungsprogramme, die auf einer Partnerschaft mit dem Arbeitsministerium der Vereinigten Staaten USDOL (*U.S. Department of Labor*) basieren. So wurde beispielsweise in Mosambik in Zusammenarbeit mit der Vereinigung für Entwicklung und Familie AMODEFA (*Mozambican Association for the Development of the*

*Family*) und zwei weiteren mosambikanischen Arbeitsorganisationen das Projekt „Korridor der Hoffnung“ (Project Kuhluvuka: Corredor da Esperança) für Minenarbeiter/innen ins Leben gerufen. Das Projekt zielt darauf, eine Verbreitung des Virus von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern auf ihre Familien in Mosambik zu vermeiden, Familien mit HIV/AIDS-infizierten Angehörigen im Umgang mit der infizierten Person psychisch und medizinisch zu unterstützen sowie ökonomische Alternativen zur Verbesserung ihrer Lebensbedingungen anzubieten. Insgesamt greifen die Projekte und Maßnahmen der ILO/AIDS an sechs Fronten: Anwaltschaft, technische Zusammenarbeit, Information, Beratungsdienste, Bildung und Ausbildung, Forschung und politische Analyse. In was für Kernbereichen die ILO zum Beispiel im Rahmen der technischen Zusammenarbeit tätig ist, zeigt Abbildung 17. Darüber hinaus bietet ILO/AIDS eine Reihe von Publikationen, darunter zahlreiche Leitfäden, Werkzeuge bzw. Instrumente zur Implementierung von WPPs, Berichte über verschiedenste Projekte, Gesetzestexte, usw., die im Regelfall als PDF-Dateien auf ihrer Homepage zur Verfügung stehen [ILO 2010a; ILO 2010b; ILO 2010c; ILO 2005c:16].

#### **2.3.3.1.1 Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work**

Das wohl bedeutendste Dokument der ILO, das den gegenwärtigen Problemen ebenso wie den zukünftigen Folgen der Pandemie und ihren Auswirkungen auf die Welt der Arbeit Rechnung trägt, ist der so genannte *Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work*. Dieser Leitfaden zu HIV und AIDS in der Welt der Arbeit liefert Entscheidungsträgerinnen/ -trägern, Arbeitgeber/innen- bzw. Arbeitnehmer/innenorganisationen und anderen Sozialpartnern einen grundlegenden Handlungsrahmen und gibt praktische Richtlinien, wie Präventions- und Aufklärungsprogramme am Arbeitsplatz entwickelt und erfolgreich implementiert werden können. Der Leitfaden formuliert zehn grundlegenden Prinzipien, auf denen das Vorgehen gegen die Epidemie am Arbeitsplatz beruhen sollte, darunter: Anerkennung von HIV/AIDS als Arbeitsplatzproblem, Nichtdiskriminierung bei der Einstellung, Gleichstellung der Geschlechter und sozialer Dialog. Der Code of Practice definiert ein weites Spektrum an Rechten und Verantwortlichkeiten zur Anleitung komplementärer oder gemeinschaftlicher Aktivitäten. Besonders betont werden bewährte Praktiken wie multisektorale Ansätze, Partnerschaften mit der Zivilgesellschaft, die Einbeziehung der HIV/AIDS-positiven Personen und Aufklärung. Sie sollen dabei helfen, zwei grundlegende Entwicklungsziele zu erreichen: Erstens den Grad an Diskriminierung und Stigmatisierung gegenüber HIV-infizierten Menschen zu reduzieren und zweitens HIV/AIDS-riskierendes Verhalten von Seiten der Arbeitnehmer/innen zu mindern. Um dem zweiten Ziel näher zu kommen, hat die ILO eng mit der weltweit aktiven Gesundheits- und Entwicklungsorganisation *Family Health International* (FHI) zusammengearbeitet. Mithilfe von Fachkenntnissen und Erfahrungen von FHI und finanzieller Unterstützung von USDOL wurde ein Instrumentarium (Toolkit) zur Vermittlung von Verhaltensänderung (Behaviour Change Communication) entwickelt, das an die Dynamik am Arbeitsplatz angepasst ist und Familien stark mit einbezieht [ILO 2006:iv; ILO 2010c; ILO/ FHI 2008:3].



**Abbildung 17: Kernbereiche der technischen Zusammenarbeit unter Einbeziehung des ILO Code of Practice; Quelle: ILO 2004b:7**

### 2.3.3.1.2 Behaviour Change Communication Programme Toolkit

Behaviour change communication (BCC) stellt für die ILO einen interaktiven Prozess dar, bei dem vielfältige Kommunikationskanäle genutzt werden, um der betroffenen Bevölkerung gezielte Botschaften zu vermitteln und so positive Verhaltensweisen zu entwickeln [ILO/ FHI 2008:3].

BCC basiert auf speziellen Theorien zur Verhaltensänderung, die einen Einblick in bestimmte gesundheitsbezogene Verhaltensweisen gewähren. Sie helfen dabei, die Zielgruppe geplanter Programme besser zu verstehen, Botschaften zu entwickeln und Ressourcen richtig zuzuteilen, und sind somit vor allem für die strategische Planung von WPPs nützlich. Die folgende Abbildung 18 zeigt ein praktisches Modell, in dem die verschiedenen Phasen der Veränderungsbereitschaft (stages of change) vereint sind. Dabei ist die individuelle Verhaltensänderung von befähigenden Faktoren abhängig. Eine weitere Rolle spielen die unterschiedlichen Kanäle (Massenmedien, Kommunikationsnetzwerk und traditionelle Medien, zwischenmenschliche Kommunikation bzw. Kommunikation in Gruppen). Die Grafik verdeutlicht, dass Menschen zu verschiedenen Phasen der Veränderungsbereitschaft unterschiedliche Botschaften und Informationsressourcen benötigen [ILO/ FHI 2008:9].

## A framework for BCC design

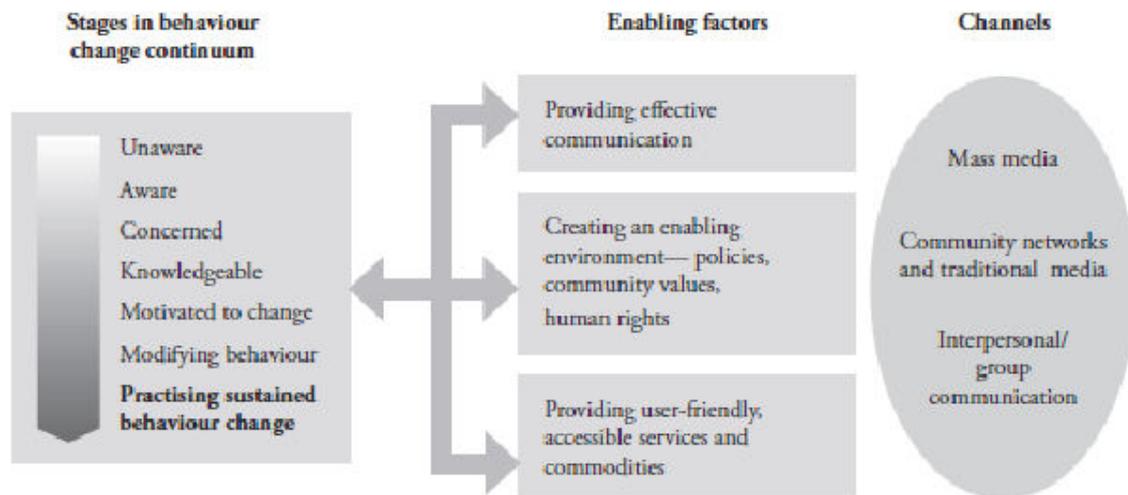


Abbildung 18: Rahmenwerk eines BCC-Systems; *Quelle: ILO/FHI 2008:10*

Das BCC-Programm bildet einen wesentlichen Bestandteil einer umfassenden betrieblichen HIV/AIDS-Intervention, die Dienste (z.B. Behandlung, Beratung), Bedarfsgüter (z.B. Kondome) und Grundsätze zur Förderung von Nicht-Diskriminierung und Vertrauen mit einschließt. Das Programm zielt auf ein präventives Vorgehen am Arbeitsplatz mittels zugeschnittener Informations- und Bildungsangebote, mit denen die Eigenverantwortung der Arbeitnehmer/innen gefördert und ein Dialog mit Betroffenen ermöglicht werden soll. Durch verschiedene Maßnahmen soll eine Einstellungs- und Verhaltensänderung bewirkt werden und die Toleranz gegenüber HIV/AIDS-positiven Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern steigen. Dabei wird von der Erkenntnis ausgegangen, dass Individuen oder Personengruppen erst grundlegende Fakten über HIV/AIDS verstehen müssen, bevor sie ihr Risiko bewerten und ihre Einstellung und ihr Verhalten in eine risikomindernde Richtung ändern können. Alle Mitarbeiter/innen sollen ihre Umwelt, das heißt ihren Arbeitsplatz, als unterstützend und stärkend empfinden. Die genaue Ausrichtung auf die Zielgruppe ist eine wichtige Voraussetzung für die Wirksamkeit der BCC-Programme. Die Kommunikation sollte auf homogene Gruppen, das heißt auf einzelne Branchen, Arten der Beschäftigung, Bildungsgruppen zugeschnitten sein und nach Geschlecht differenziert werden [ILOAIDS/FHI 2008:3, 6f.].

Um Anwender/innen bei der systematischen Entwicklung, Implementierung und Evaluation ihres BCC-Programms zu unterstützen, wurde im Jahre 2006 ein spezielles Toolkit herausgebracht. Das Instrumentarium liefert eine schrittweise Anleitung mit wesentlichem Augenmerk auf HIV/AIDS-Prävention mittels Bildung, Gender-Bewusstsein und praktischer Unterstützung für Verhaltensänderung. Es stellt somit eine Operationalisierung der Grundprinzipien des ILO Code of Practice dar. Das Toolkit richtet sich an alle Akteurinnen und Akteure, die HIV/AIDS-Programme implementieren wollen, wobei es speziell für diejenigen entworfen wurde, die erst wenig oder noch

gar keine Erfahrung in der Kommunikationsplanung besitzen. Zu den Anwenderinnen und Anwendern zählen Regierungsbehörden, Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber/innen sowie ihre Verbände, Betriebe sowie ihre Focal Points und Peer Educators, Koordinatorinnen und Koordinatoren nationaler ILO/AIDS-Projekte, nationale BBC-Berater/innen und kollaborierende NGOs. Das *BCC Programme Toolkit* besteht aus sieben einzeln herauszunehmenden Heften (Booklets), die entweder getrennt genutzt werden können, um mehr über verschiedenen Elemente von BCC zu erfahren oder gemeinsam, um ein umfassendes BCC-Programm am Arbeitsplatz zu entwickeln und zu implementieren [ILO/ FHI 2008:3, 6f.].

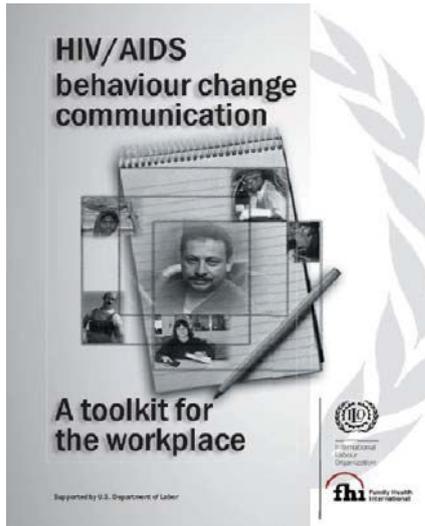


Abbildung 19: Deckblatt des BCC-Toolkits; Quelle: ILO/ FHI 2008: 1

Im ersten Booklet wird einleitend kurz das gesamte BCC-Programm vorgestellt und anschließend ein Überblick zum Inhalt des Toolkits gegeben. Dabei werden die acht Schritte, die bei der Entwicklung eines BCC-Programms durchlaufen werden sollten, zusammengefasst und durch ein praktisches Beispiel (Fallstudie in Kenia) unterlegt. Booklet 2 befasst sich mit der primären Datenerfassung. Es enthält eine schrittweise Anleitung zur Sammlung von Informationen, die für die Ausrichtung des Programms auf die Bedürfnisse und Interessen der Zielgruppe notwendig sind. Booklet 3 hilft bei der Entwicklung des Programmdesigns bzw. der BCC-Strategie. Das vierte Booklet erklärt, wie eine Materialsammlung für das BCC-Programm entwickelt werden kann. Booklet 5 stellt einen Leitfaden für die Ausbildung von Peer Educators dar. Dieser beinhaltet Tipps zur gemeinsamen Entwicklung von Präventionsaktivitäten und Testaufgaben. Booklet 6 geht näher auf den Bereich Monitoring und Evaluation ein. Es werden unterschiedliche Instrumente zur Erfassung und Auswertung von Programmfortschritten, Wirksamkeit und Problemen vorgestellt. Kapitel 4.1 der vorliegenden Abschlussarbeit wird sich mit diesen Monitoring und Evaluation Tools vertieft befassen. Im letzten Booklet werden Trainingsmöglichkeiten im Umgang mit dem BCC-Toolkit erläutert [ILO/ FHI 2008:8].

Ein effektives und richtig umgesetztes BCC schafft eine Umgebung der Kommunikation und Veränderungsbereitschaft und kann somit schließlich bewirken:

- HIV/AIDS bezogenes Wissen zu erhöhen;
- Sozialen und gesellschaftlichen Dialog zu stimulieren;
- Notwendige Einstellungsveränderung zu HIV/AIDS zu entwickeln;
- Fähigkeiten und Bewusstsein für Selbstwirksamkeit zu steigern;
- Stigma und Diskriminierung gegenüber Menschen mit HIV/AIDS zu reduzieren;
- Nachfrage für Information und Dienste zu schaffen;
- Wirksame Reaktion auf die Epidemie zu befürworten;
- Dienste für Prävention, Behandlung und Unterstützung für die betroffene Bevölkerung voranzubringen

[ILOAIDS/ FHI 2008:10].

Das gesamte 630-seitige Toolkit steht bislang nur in elektronischer Form zur Verfügung. Auf den Webseiten von ILO/AIDS ([www.ilo.org/aids](http://www.ilo.org/aids)) oder FHI ([www.fhi.org](http://www.fhi.org)) steht lediglich das erste Booklet zum Download zur Verfügung. Das gesamte Toolkit ist auf Anfrage per Email erhältlich, womit die Herausgeber/innen bezwecken, einen Überblick über die tatsächliche Nachfrage der Broschüre zu behalten. In Abbildung 19 ist das zugehörige Deckblatt dargestellt.

Um das Instrumentarium laufend verbessern zu können, bitten ILO/AIDS und FHI um Feedback von Seiten der Nutzer/innen. Zudem sind die Organisationen offen für Berichte von Fallstudien, um im Toolkit zukünftig auch Good-Practice-Beispiele sowie weitere praktische Erfahrungen und neue Erkenntnisse vorstellen zu können [ILOAIDS / FHI 2008:3].

### **2.3.3.2 Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit und Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria**

In Reaktion auf das weltweit steigende Interesse an Arbeitsplatzinitiativen zur HIV/AIDS-Prävention sind die *Global Business Coalition* (GBC) und die *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ) eine Kooperation eingegangen. Letztere zielt darauf, die Entwicklung von Monitoring- und Evaluierungssystemen für WPPs zu unterstützen und den Einsatz seitens des Privatsektors in der HIV/AIDS-Bekämpfung zu erfassen. Das dazu speziell entwickelte Instrument zu M&E wird im Kapitel 4.2 einer näheren Analyse unterzogen. Im Vorfeld werden im folgenden Abschnitt die zwei Organisationen vorgestellt und ihr Einsatz in der HIV/AIDS-Prävention beschrieben [GTZ 2010f].

#### **2.3.3.2.1 Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit und AIDS Control in Companies in Africa**

Die *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ) GmbH ist ein 1975 gegründetes weltweit tätiges privatwirtschaftliches Unternehmen der internationalen Zusammenarbeit für nachhaltige Entwicklung mit Hauptsitz in Eschborn bei Frankfurt am Main. Es unterstützt die Bundesregierung bei der Umsetzung ihrer entwicklungspolitischen Ziele, in dem es zukunftsorientierte und realisierbare Lösungen für politische, wirtschaftliche, ökologische und soziale Entwicklungen bereitstellt und komplexe Reformen und Veränderungsprozesse vorantreibt,



Im Bereich Bildung, Gesundheit und Soziale Sicherheit ist die GTZ verstärkt in der HIV/AIDS-Prävention tätig. Zu ihren Arbeitsschwerpunkten zählen die Erstellung von fachlichen Grundsatz- und Diskussionspapieren; die Unterstützung bei der Projektplanung, -umsetzung und -evaluierung; die Beratung des BMZ sowie die fachliche Zusammenarbeit und Koordination mit nationalen und internationalen Organisationen und Initiativen, wie der WHO, der ILO, UNAIDS und GFATM. Im Rahmen der so genannten *GTZ BACKUP Initiative* bietet sie ihren Partnern fachliche Unterstützung bei der Nutzung neuer Finanzierungsmechanismen wie dem GFATM. Die folgende Tabelle in Abbildung 21 zeigt die sechs verschiedenen Bereiche, in denen die GTZ Dienstleistungen zur HIV/AIDS-Prävention anbietet [KIRSCH-WOIK 2005: 31].

Bereiche	Dienstleistungen	Beispiele aus der Praxis
<b>HIV/AIDS als Entwicklungshemmnis</b>	Beratung von Partnerregierungen bei der Konzeption und Umsetzung von nationalen HIV/AIDS-Programmen in verschiedenen entwicklungsrelevanten Sektoren	Das Mainstreaming HIV/AIDS Programm: sektorspezifische Ansätze
<b>HIV/AIDS auf lokaler Ebene</b>	Beratung von Partnern bei umfassenden kommunalen HIV/AIDS-Bekämpfungsprogrammen	
<b>HIV/AIDS am Arbeitsplatz</b>	Beratung von Unternehmen und öffentlichen Auftraggebern bei der Einführung von HIV/AIDS-Arbeitsplatzprogrammen	HIV/AIDS-Arbeitsplatzprogramme
<b>HIV/AIDS in Behandlung und Pflege</b>	Beratung und Unterstützung von Partnern bei der Umsetzung von medizinischen HIV/AIDS-Behandlungsprogrammen	Medikamentenpolitik
<b>HIV/AIDS Prävention</b>	Beratung von Partnern bei der Einführung, Durchführung und Wirkungskontrolle von umfassenden HIV/AIDS-Präventionsprogrammen	
<b>Unterstützung beim Zugang zu internationalen Finanzierungen</b>	Beratung von Partnern bei der Antragstellung, Durchführung und Wirkungskontrolle von GFATM oder MAP-Programmen	BACK-UP Initiative

**Abbildung 21: Dienstleistungen der GTZ in der HIV/AIDS-Prävention;** *Quelle: in Anlehnung an KIRSCH-WOIK 2005: 32f.*

In Subsahara-Afrika, wo die HIV/AIDS-Epidemie ein Entwicklungshemmnis darstellt, finden die Initiativen der GTZ vor allem in Form so genannter *Mainstreaming HIV/AIDS Programme* statt. Der Mainstreaming-Prozess dient dazu, die HIV/AIDS-Thematik systematisch und adäquat in das Mandat und die Aktivitäten der jeweiligen Einrichtung zu integrieren. Zum Programm gehört die Beratung von Regierungen und den nationalen AIDS-Initiativen bei der Entwicklung und Implementierung eines landesweiten, multisektoralen AIDS-Programms und weiter bei der Umsetzung durch die verschiedenen verantwortlichen Ministerien, von der nationalen bis zur lokalen Ebene. Zudem werden Partner bei der Entwicklung sektorspezifischer Umsetzungsstrategien von HIV/AIDS-Maßnahmen unterstützt. Dabei geht es insbesondere um die Integration HIV/AIDS spezifischer Fragestellungen in nationale Entwicklungsprozesse sowie die

Dezentralisierung und die Einbindung in verschiedene Ministerien (z.B. Bildung, Landwirtschaft, Transport und Gesundheit). So hat die GTZ in Kooperation mit dem DED beispielsweise in Namibia ein multisektorales HIV/AIDS-Programm durchgeführt. Unter Einbeziehung von Ministerien, parastaatlichen Organisationen und dem Privatsektor wurden im Bereich Transport und Ressourcenschutz breit angelegte Arbeitsplatzprogramme und weitreichende Maßnahmen im Gesundheitssektor eingeführt [KIRSCH-WOIK 2005: 35ff.].

Darüber hinaus engagiert sich die GTZ in der Medikamentenpolitik, in dem sie sich für den Aufbau einer lokalen Pharmaproduktion in den Entwicklungsländern einsetzt. Auf diese Art und Weise kann der Zugang zu essentiellen Medikamenten - insbesondere zu generischen antiretroviralen Pharmazeutika - nachhaltig gesichert werden [KIRSCH-WOIK 2005: 40ff.].

Seit dem Jahr 2000 ist die GTZ auch in der HIV/AIDS-Bekämpfung am Arbeitsplatz tätig. Dazu wurden WPPs entwickelt, deren verschiedene Module flexibel auf internationale, nationale sowie kleinere und mittlere Unternehmen und öffentliche Auftraggeber ausgerichtet werden können. Die Programme basieren auf den zwei zentralen Säulen Vorbeugung und Behandlung und beinhalten folgende Aspekte:

- Nicht-diskriminierende HIV/AIDS-Unternehmenspolitik
- Analyse über den Einfluss von HIV/AIDS auf das Unternehmen inklusive einer Kosten-Nutzen-Analyse
- Präventionsprogramme und System zur Verteilung von Kondomen
- Verbesserung der bestehenden Gesundheitsversorgung
- Freiwillige HIV/AIDS-Beratung und Tests
- Beratung bei der Überarbeitung von betrieblichen Beihilfen und Versicherungssystemen
- Weiterführende Aktivitäten in den Einzugsgebieten und Gemeinden
- Monitoring und Evaluierung

Die GTZ legt bei ihren Projekten großen Wert darauf, dass die jeweiligen Unternehmen das HIV/AIDS-Arbeitsplatzprogramm nachhaltig in ihre betriebseigenen Strukturen einbetten. Dazu gehört, dass alle Akteurinnen und Akteure des Betriebs, das heißt Arbeiter/innen, Angestellte, Verwaltung und Management im WPP-Prozess eingebunden werden. Auf diese Art und Weise kann vermieden werden, dass das Programm nach Ende der Kooperation zusammenbricht [KIRSCH-WOIK 2005:60f.; GTZ 2010e].

Zur weiteren Förderung von WPPs arbeitet die GTZ eng mit deutschen, internationalen und nationalen Kooperationspartnern zusammen. Um die gemeinsamen Tätigkeiten mit ILO, WHO und UNAIDS zu optimieren, die sich innerhalb der Vereinten Nationen besonders aktiv für HIV/AIDS-Interventionen am Arbeitsplatz einsetzen, hat die GTZ eigenes Fachpersonal in diese Organisationen geschickt. Darüber hinaus wurden von GTZ, ILO und Weltbank bereits zwei internationale Symposien zu HIV/AIDS-Arbeitsplatzprogrammen veranstaltet [GTZ 2010e; GTZ 2010f].

Eines der ersten GTZ-Programme, bei dem der Privatsektor im Kampf gegen HIV/AIDS eingebunden wurde, fand im Unternehmen DaimlerChrysler (seit 2007 Daimler AG) in Südafrika

statt. Die dort eingeführten WPP-Maßnahmen wurden in engem Zusammenhang mit einer Reihe weiterer Projekte der GTZ im südlichen Afrika durchgeführt. DaimlerChrysler wurde von Seiten der GTZ bei der Erarbeitung eines konzeptionellen Rahmens für die Entwicklung und Umsetzung einer HIV/AIDS-Strategie beraten und erhielt Unterstützung bei der Überprüfung und Evaluation der Projektmaßnahmen. Abbildung 22 zeigt ein Plakat, das in DaimlerChrysler-Betrieben ausgehängt wurde, um Mitarbeiter/innen dazu zu motivieren, sich freiwillig testen und beraten zu lassen. So haben seit dem Start der Kooperation im Jahr 2000 an den verschiedenen Standorten von DaimlerChrysler im Land bereits Dreiviertel der Mitarbeiter/innen an VCTs teilgenommen. Zudem ist das Bewusstsein für die HIV/AIDS-Bedrohung angewachsen und die AIDS-Todesfälle unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern konnten dank antiretroviraler Behandlung reduziert werden. Solche Erfolge sind auch den intensiven Aufklärungsbemühungen durch Kolleginnen und Kollegen zu verdanken. Zudem stieg als indirekte Folge auf die GTZ-WPPs nicht nur das Interesse am Programm durch weitere Unternehmen vor Ort, sondern auch die Sensibilisierung von öffentlichen Instanzen [KIRSCH-WOIK 2005:62ff.; GTZ 2010g].

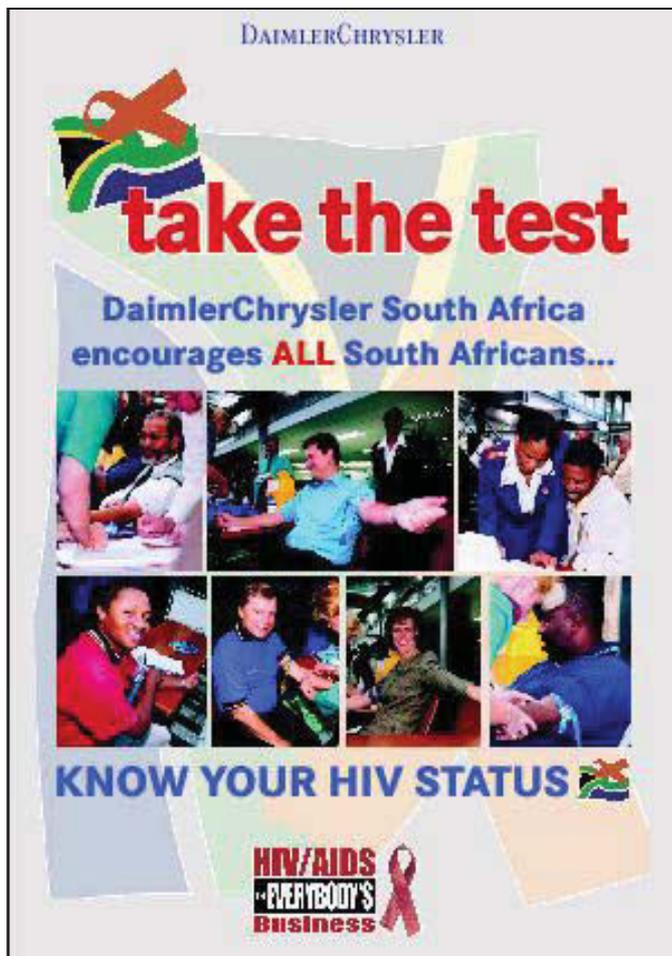


Abbildung 22: Werbeplakat mit Aufruf zur Teilnahme an VCTs im Rahmen der WPPs bei DaimlerChrysler Südafrika; Quelle: KIRSCH-WOIK 2005: 63

Solche Kooperationen der GTZ, die auf Public Private Partnerships (PPP) beruhen, wurden in immer mehr großen multinationalen Unternehmen weiterentwickelt und 2002 im Rahmen des überregionalen Projekts *AIDS-Kontrolle in Unternehmen in Afrika* (ACCA) schließlich auch auf kleinere nationale Betriebe ausgerichtet. ACCA ist seither für alle WPP-Angelegenheiten der GTZ zuständig. Die Leitung des ACCA-Projekts befindet sich in Eschborn. Weitere Berater/innen sind in Mosambik, Namibia, Sambia und Tansania ansässig. Die Arbeit von ACCA dehnt sich auf zahlreiche weitere Länder Subsahara-Afrikas aus. In Mosambik ist ACCA beispielsweise gemeinsam mit ACIS (*Associação Commercial e Industrial de Sofala*), dem regionalen Unternehmensverband der mosambikanischen Provinz Sofala - einem Mitglied von ECOSIDA -, seit dem Jahre 2005 in der Entwicklung umfassender WPPs tätig. Seit 2004 richten sich die Bemühungen durch ACCA verstärkt auch auf ganze Industrieverbände, die für die Implementierung von WPPs gewonnen werden sollen. Durch die Unterstützung von ACCA sollen die Verbände ihren Mitgliedsunternehmen spezielle Dienstleistungen zur vereinfachten Einführung von HIV-Aktivitäten anbieten. Zu diesen Dienstleistungen zählen die Entwicklung von Informations- und Aufklärungsmaterialien, die Ausbildung von Peer Educators, Fortbildungen für Personalreferentinnen und -referenten, die Unterstützung zur Einbeziehung von Zuliefererbetrieben und von kleinen bzw. mittelständischen Unternehmen und die Verhandlung über den Aufbau eines gemeinsamen AIDS-Fonds [GTZ 2005c; GTZ 2010g].

Darüber hinaus setzt sich die GTZ auch für die betriebliche HIV/AIDS-Prävention ihrer eigenen Angestellten ein. Speziell dazu wurde im Jahr 2003 eine Arbeitsplatzpolitik zu HIV/AIDS verabschiedet. Damit sind alle deutschen und multinationalen Mitarbeiter/innen offiziell vor Diskriminierung geschützt und haben Anspruch auf unterschiedliche Präventionsleistungen sowie kostenlose antiretrovirale Therapien. Dabei entsprechen Programmmaßnahmen mehr oder minder denen der WPPs in Subsahara-Afrika [GTZ 2010h].

#### **2.3.3.2.2 Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria**

Der größte internationale Beitrag des Privatsektors zur Bekämpfung von HIV/AIDS kommt von der *Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GBC), einem rapide wachsenden weltweiten Zusammenschluss großer Unternehmen. Im Jahr 2001 rief UN-Generalsekretär Kofi Annan bei einer HIV/AIDS-Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zu größerem Einsatz seitens des Wirtschaftssektors im Vorgehen gegen HIV/AIDS auf. Dem UN-Botschafter Richard Holbrooke wurde die Verantwortung übertragen, dieses Vorgehen zu leiten. Kurz darauf wurde die GBC als gemeinnützige Organisation gegründet. Inzwischen zählt das Bündnis 220 korporative Mitgliedsunternehmen weltweit und ist mit eigenen Büros in den Vereinigten Staaten, Südafrika, Kenia, Frankreich, Schweiz, China, Ukraine und Russland vertreten. Das Netzwerk ermöglicht beteiligten Firmen, auf unkomplizierte und kostengünstige Art und Weise Partner zu finden, ihre Leistungsfähigkeit zu steigern und höhere Gewinne zu erzielen. Abbildung 23 zeigt eine tabellarische Zusammenfassung wichtiger Unternehmenskennzahlen [AIDS-STIFTUNG 2010; DALBERG 2007:74, 77; GBC 2010a].

Die Aufgaben der Unternehmen haben sowohl soziale als auch wirtschaftliche Priorität. So stellt die Vereinigung sicher, dass die Geschäftsbranche sich entschieden in der weltweiten

Gesundheitspolitik engagiert, öffentlich-private Partnerschaften (PPP) unterstützt und mit Mitgliedsunternehmen zusammenarbeitet, die eigene betriebliche und gemeindebezogene Programme entwickeln und somit ihre korporativen Kernfähigkeiten zur Förderung von Public Health wirksam einsetzen. Die GBC fördert Arbeitsgruppen und runde Tische und regt so zur gemeinsamen Wissensschöpfung und Planung an. Zudem werden gemeinschaftliche Beratungsprogramme organisiert, bei denen die Mitgliedsfirmen Schlüsselakteurinnen und -akteuren vorgestellt werden und durch Newsletter, Magazine und Webseiten auf die eigene Organisation aufmerksam gemacht. Zur Produktpalette hilfreicher GBC-Veröffentlichungen für Betriebe gehören Instrumente zur Wissensvermittlung wie etwa Online-Arbeitsplätze, Fallstudien, Leitfäden zur Implementierung von WPPs sowie Programmvorlagen. Darüber hinaus hat die GBC ein öffentlichkeitswirksames Forum gegründet, das Unternehmen zum Erfahrungsaustausch bezüglich ihrer HIV-Interventionen einlädt. Zahlreiche Programme, Veranstaltungen und Strategien beruhen auf Kooperationen mit externen Partnern, wie beispielsweise UNAIDS, PEPFAR und dem Gesundheitsministerium von Kenia [DALBERG 2007:74; GTZ 2010f; AIDS-STIFTUNG 2010; GBC 2010a].

Facts	
Preferred Acronym:	GBC
Area(s) of Focus:	Health—General & Rehabilitative
Number of Full-time Employees:	40
Total Expenses:	\$4,588,931
Year Established:	2001
Corporate Partnerships Since:	2001
Total Partnerships in Past Three Years:	220
Ongoing Partnerships:	220

Abbildung 23: Hauptfakten zu GBC; Quelle: DAHLBERG 2007: 24

In Johannesburg und Nairobi unterhält die GBC zwei Büros für ihre Mitarbeiter/innen, die in Afrika und dem mittleren Osten tätig sind. Letztere haben beispielsweise mit regionalen Partnern des Privatsektors bei einer weitreichenden nationalen HIV-Test-Kampagne mitgewirkt, die von Kenias Regierung initiiert wurde. In diesem Rahmen wurden zahlreiche öffentliche Events zu freiwilligen Tests für Geschäftsführer/innen bzw. Vorstände veranstaltet. Die Maßnahme zielte darauf, Kraft und Einfluss der Geschäftsbranche Wirtschaft zu nutzen, um die Wichtigkeit der Kenntnis des eigenen HIV-Status zu betonen [GBC 2010b].

Anlässlich der im Juni und Juli 2010 stattgefundenen Fußball-Weltmeisterschaft 2010 hat sich GBC-Südafrika in Partnerschaft mit der sogenannten *F4-Initiative Fußball für eine HIV-freie Generation* mit zwei Dutzend Koalitionsmitgliedern getroffen, um verschiedene Möglichkeiten gemeinsamen Handels an den Südafrikanischen Veranstaltungsorten zu diskutieren. Daran waren unter anderem auch einflussreiche Partnerorganisationen wie UNAIDS, USAID und SABCOHA und bekannte Mitgliedsunternehmen wie die Automobilkonzerne BMW und Daimler oder das

Logistikunternehmen DHL beteiligt. Die Konferenz sollte dazu dienen, geplante Aktivitäten zu koordinieren und weitere Pläne und Perspektiven auszuarbeiten, mit denen Fußball-Initiativen in bestehende Aufklärungs- und Präventionsprogramme zu HIV/AIDS am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft integriert werden können. Bei der *F4-Initiative Fußball für eine HIV-freie Generation* handelt es sich um eine achtjährige GBC-unterstützte Initiative zur HIV/AIDS-Prävention in Afrika, die Kommunikation, hochrangige Beratung und niedrigschwellige, gemeindebasierte Strukturen kombiniert dazu nutzt, die HIV/AIDS-Inzidenz unter afrikanischen Jugendlichen zu reduzieren. Viele Initiativen, die dabei helfen, das Thema HIV/AIDS ins öffentliche Bewusstsein zu rücken, versuchen sich den Einfluss anerkannter, respektierter und vorbildlicher Fußballnationalspieler zu Nutze zu machen [GBC 2009].

### 2.3.3.3 Deutscher Entwicklungsdienst und Internationale Weiterbildung und Entwicklung

Der *Deutsche Entwicklungsdienst* (DED) und die *Internationale Weiterbildung und Entwicklung GmbH* (Inwent), zwei bedeutende Figuren in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit mit Subsahara-Afrika, haben unter dem Namen *AWISA (AIDS Workplace Programs in Southern Africa)* eine gemeinsame Initiative zur Unterstützung der HIV/AIDS-Prävention am Arbeitsplatz gestartet. Im folgenden Kapitel werden die zwei Organisationen und ihr gemeinsames Programm näher erläutert.

#### 2.3.3.3.1 Organisationen

Der *Deutsche Entwicklungsdienst* (DED) ist eine 1963 gegründete gemeinnützige Gesellschaft, die im Auftrag des *Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit* (BMZ) für die personelle Entwicklungszusammenarbeit der Bundesregierung zuständig ist. Der DED beschäftigt knapp 3000 Mitarbeiter/innen in insgesamt 47 Ländern, davon arbeiten 2600 im Ausland. Der Hauptsitz liegt in Bonn. Die Entwicklungshelfer/innen setzen sich dafür ein, die Lebensbedingungen von Menschen in Afrika, Asien und Lateinamerika zu verbessern. In Abbildung 24 sind relevante Fakten zum DED aufgelistet [DED 2010a].

DER DED IN ZAHLEN – 2009	
Fachkräfte im weltweiten Einsatz (Entwicklungshelfer/innen, Nachwuchsförderungsprogramm, einheimische Fachkräfte, Ortskräfte und hauptamtliche Mitarbeiter/innen im Ausland)	2.000
Freiwillige des Programms <i>weltwärts</i> mit dem DED	559
Mitarbeiter/innen in Deutschland	229
Gesamtpersonal	2.826
Haushalt 2009	147.500.000 Euro

Abbildung 24: Fakten zum DED, 2009; Quelle: DED 2010a

Die Entwicklungshilfeorganisation führt keine eigenen Projekte durch, sondern stellt Fachpersonal und in begrenztem Umfang auch finanzielle Hilfen für Gemeinschaftsprogramme zur Verfügung. Die Entwicklungshelfer/innen sind berufserfahrene und sozial engagierte Fachleute, die auf der Grundlage von Rahmenabkommen mit den jeweiligen Regierungen oder mit staatlichen und nicht-staatlichen Partnerorganisationen in die Gastländer entsandt werden. Dort sind sie hauptsächlich in der Ausbildung, Beratung und Planung tätig, mit dem Ziel, Armut zu bekämpfen, eine selbstbestimmte und nachhaltige Entwicklung zu fördern und natürliche Ressourcen zu erhalten. Zu den Leistungsbereichen des DED gehören die Wirtschafts- und Beschäftigungsförderung, ländliche Entwicklung und Sicherung der natürlichen Ressourcen, demokratische Entwicklung und Stärkung von Zivilgesellschaft und Kommunen sowie Auf- und Ausbau effizienter Gesundheitssysteme. Darüber hinaus koordiniert und implementiert der DED Aktivitäten zur zivilen Konfliktbearbeitung und Friedensförderung. Die Gesellschaft unterstützt entwicklungsrelevante Partnerorganisationen und Selbsthilfeinitiativen mittels fachlicher Beratung, Finanzierung kleiner Programme und Förderung ausgebildeter einheimischer Mitarbeiter/innen (lokale Expertinnen und Experten). Nach Rückkehr aus dem Auslandseinsatz engagieren sich die Fachkräfte häufig in der entwicklungspolitischen Bildungsarbeit, die zu einer weltoffenen und toleranten Gesellschaft beitragen soll [DED 2010a; DED 2010b].

Die deutsche Entwicklungsorganisation legt großen Wert darauf, HIV/AIDS als Querschnittsthema in die Arbeit aller Entwicklungshelfer/innen zu integrieren. Sie setzt sich dafür ein, das Thema auch in die Lehrer/innenausbildung aufzunehmen, die häusliche Pflege zu unterstützen und bei der Organisationsentwicklung einheimischer AIDS-Initiativen behilflich zu sein. Im Kernbereich HIV/AIDS am Arbeitsplatz bietet der DED seinen Partneereinrichtungen gezielte technische Expertise bei der Konzeption, Einführung, Durchführung und Evaluierung von WPPs in kleinen und mittleren Unternehmen oder Organisationen. Die Programme richten sich an alle Mitarbeiter/innen, einschließlich Eigentümer/innen, Manager/innen und Verwalter/innen aller Fach- und Funktionsbereiche und beziehen auch Familien der Beschäftigten, Freundinnen/ Freunde und weitere Kontakte mit ein. Die verschiedenen Maßnahmen der WPPs umfassen folgende vier Komponenten: Regelmäßige Information und Aufklärung, Sensibilisierung und Anti-Diskriminierung, Prävention und Mobilisierung, Vermittlung zu Tests und Behandlung. Der DED bietet innerhalb der angepassten WPP-Modelle folgende Leistungen an:

- Beratung bei der Sensibilisierung und Mobilisierung der Entscheidungsträger/innen und des Managements für ein Arbeitsplatzprogramm
- Unterstützung eines partizipativen Planungsprozesses
- Beratung bei der Erarbeitung einer betrieblichen Richtlinie in Bezug auf die rechtlichen und sozialen Aspekte im Umgang mit Personal, das mit HIV oder AIDS lebt
- Beratung bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Verringerung von Diskriminierung
- Hilfe bei der Erstellung eines Aktionsplans, der Vermittlung des Zugangs zu HIV-Tests und geeigneten Therapiezentren sowie bei der innerbetrieblichen Bereitstellung von Kondomen
- Förderung von Qualifizierungsmaßnahmen für Betriebsangehörige als Ansprechpartner/innen und Trainer/innen für die betriebliche HIV/AIDS-Arbeit

- Mitwirkung bei der Erarbeitung von Schulungsmaterialien, Kurs- und Seminarinhalten für die Qualifizierung von Trainerinnen und Trainern in der HIV/AIDS-Kommunikationsarbeit in den Betrieben unter der Nutzung von *Best Practices*, der nationalen AIDS-Leitlinie und DED-internen Erfahrungen
- Beratung bei der Erarbeitung von betriebsspezifischen und zielgruppenangepassten Maßnahmen und des Materials zur Verhaltensänderung (BCC)
- Unterstützung bei der Etablierung geeigneter Monitoringsysteme zur Verlaufskontrolle von Aktivitäten und ihren Wirkungen
- Unterstützung bei der Auswertung der Programme und ihrer potenziellen Verwendung als Referenzmaßnahme (ggf. in Kooperation mit geeigneten Organisationen oder Institutionen)
- Beratung zur Vernetzung ähnlicher Programme zum Informations- und Erfahrungsaustausch und gegebenenfalls Entwickeln von standardisierten Materialien

[DED 2010b; DED 2010c:1f.]

In Malawi zum Beispiel setzt der DED praxisnahe HIV/AIDS-Berater/innen ein, die in den örtlichen Regierungen, NGOs, Gesundheitsdienststellen und pädagogischen Hochschulen verschiedener Landesbezirke tätig sind. Die Berater/innen nehmen über spezielle Foren an regelmäßigen Fortbildungen zu HIV/AIDS teil, die ihnen ermöglichen, die HIV/AIDS-Maßnahmen an ihren jeweiligen Arbeitsplätzen aktiv zu unterstützen. Im Gesundheitssektor helfen die Berater/innen bei der Einführung nationaler Arbeitsplatzrichtlinien, wie sie beispielsweise in Malawi unter dem Namen *Care of the Carer Policy* existieren und speziell auf alle Angestellten von Gesundheitseinrichtungen ausgerichtet sind. Für die Bezirke in der südwestlichen Zone von Malawi hat der DED sogar einen Juniorexperten eingesetzt, der seit 2009 in Vollzeit in der Umsetzung der Richtlinien bzw. Arbeitsplatzpolitik tätig ist [DED 2010b].

Die *Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH* (Inwent) ist ein gemeinnütziges Unternehmen für Personal- und Organisationsentwicklung in der internationalen Zusammenarbeit. Etwa 820 Beschäftigte arbeiten für Inwent an 30 Standorten im In- und Ausland, davon etwa 500 Mitarbeiter/innen in der Zentrale in Bonn. Im Auftrag von Bundesregierung, Bundesländern und der deutschen Wirtschaft setzt sich die Organisation für die Qualifizierung von Fach- und Führungskräften aus Politik, Verwaltung, Wirtschaft und Zivilgesellschaft ein und unterstützt sie bei Veränderungsprozessen in ihren Ländern. Alle Aufgaben zielen auf die Förderung einer nachhaltigen und global gerechten Entwicklung. Zum Angebot der sogenannten *Capacity Building*-Programme gehören berufsspezifische und praxisorientierte Weiterbildungen und Trainings, Dialogveranstaltungen und Online-Kurse auf der E-Learning Plattform *Global Campus 21®*. Über ein aktives Alumni-Netzwerk können Fortbildungsteilnehmern/innen und Inwent in Kontakt bleiben und so eine langfristige Wirkung der Programme gewährleistet werden. Im Zentrum für internationale Handlungskompetenz von Inwent werden Fachkräfte der Internationalen Zusammenarbeit auf ihren Auslandseinsatz vorbereitet [INWENT 2010b].

Der regionale Einsatzschwerpunkt von Inwent liegt in Afrika. Die Zusammenarbeit mit den dortigen Partnerländern umfasst insbesondere die Themen gute Regierungsführung und Reformprozesse,

nachhaltige Wirtschaftsentwicklung, Wasser, Frieden und Sicherheit, Gesundheit und HIV/AIDS sowie Bildung und findet überwiegend im Auftrag des BMZ statt. Die Programme werden im Regelfall länderübergreifend durchgeführt, womit der regionale Austausch sowie der bi- und multilaterale Dialog gefördert werden. Zu den wichtigen Partnern zählen unter anderem die SADC und die AU mit ihrer NEPAD-Initiative [INWENT 2010d].

Der Kampf gegen die weltweite Ausbreitung von HIV/AIDS ist eines der wichtigsten Vorhaben von Inwent, dem eine Reihe von *Capacity Building*-Programmen in Bildung, Wirtschaft, Statistik und Gesundheit gewidmet ist. Die Programme, die meist auf PPP-Projekten basieren, finden zum Großteil im südlichen und östlichen Afrika statt und behandeln Aspekte wie Prävention, soziale und wirtschaftliche Auswirkungen, HIV-Datensysteme, Behandlung und Fürsorge für die Betroffenen. Im Bereich HIV/AIDS bietet Inwent zudem Trainings für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Weiterbildungsmaßnahmen für Verwaltungs- und Lehrpersonal und Schulungen für kleine und mittlere Unternehmen, die Arbeitsplatzprogramme einführen wollen. Zu den unterschiedlichen Arten von WPPs, die Inwent mitbetreibt, gehören unter anderem Programme für kleine Unternehmen, die neben der HIV/AIDS-Prävention auch spezielle Schulungen zu ganzheitlichem Ressourcenmanagement (*Holistic Resource Management Training*) beinhalten. Dabei erlernen die Betriebe den sparsamen Umgang mit ihren Ressourcen wie Wasser, Rohstoffen und Strom, um auf diese Weise ihre Produktivität zu steigern und höhere Gewinne zu erzielen. Abbildung 25 zeigt eine Übersicht zur Programmstruktur. Mittels *Capacity Building* sorgt Inwent dafür, dass statistische Daten für HIV/AIDS-Programme genutzt werden und Trainings- und Managementkurse für Personal im Gesundheitswesen stattfinden. Zivilgesellschaftliche Initiativen wie NGOs und Selbsthilfegruppen erhalten auch Unterstützung seitens von Inwent. In Afrika und Asien hat Inwent gemeinsam mit Organisationen vor Ort Online-Kurse zum Thema HIV/AIDS entwickelt. Diese bedeutenden Instrumente liefern dem medizinischen Fachpersonal wichtige Informationen über die Erkrankung und über Methoden und Möglichkeiten zur Prävention und Behandlung. Zur Schaffung angemessener Voraussetzungen für die Prävention und Kontrolle von HIV/AIDS werden mittels der Online-Kurse auch Dialogveranstaltungen für Entscheidungsträger, Justiz- und Verwaltungskräfte, Mitarbeiter/innen von Frauenverbänden, Sozialarbeiter/innen und Einzelpersonen durchgeführt [INWENT 2008: 5f.; INWENT 2010c].

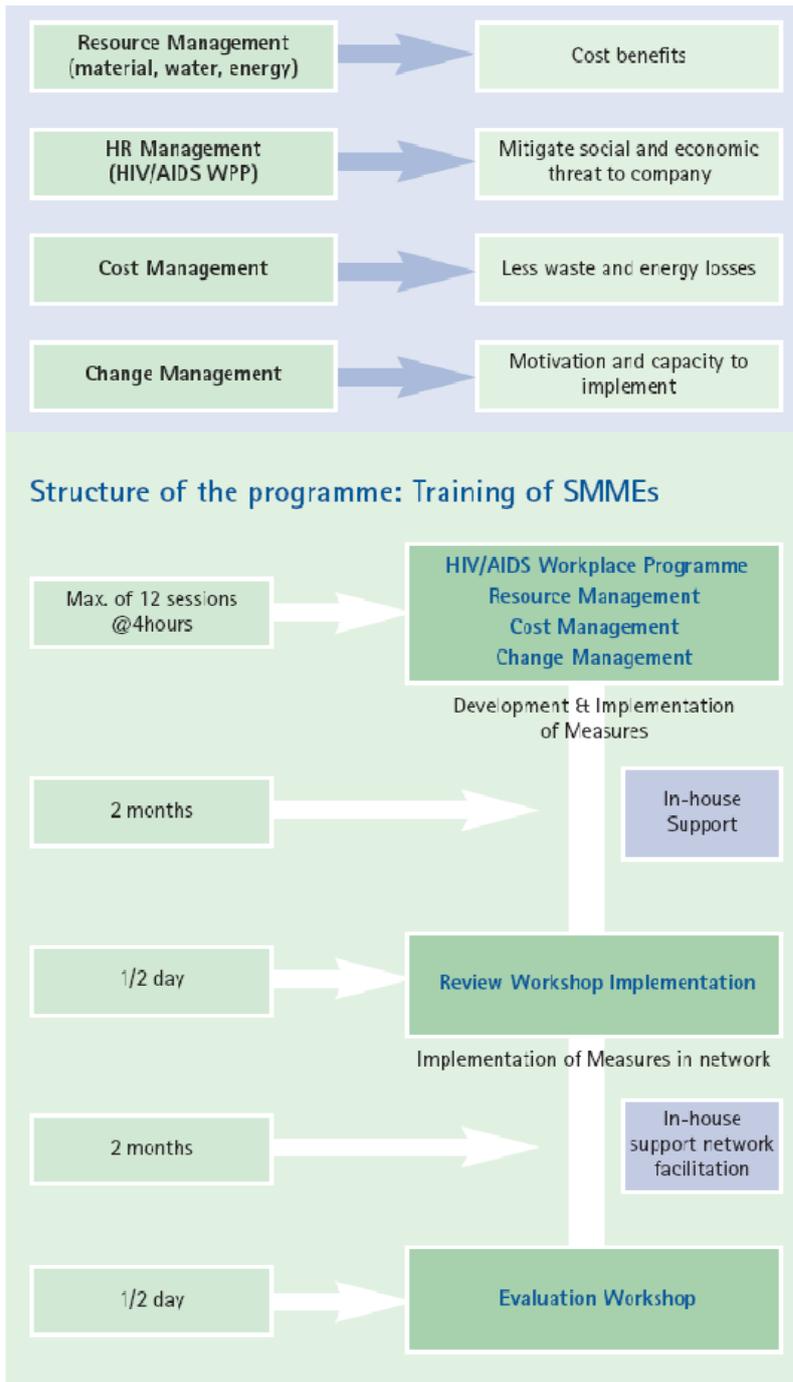
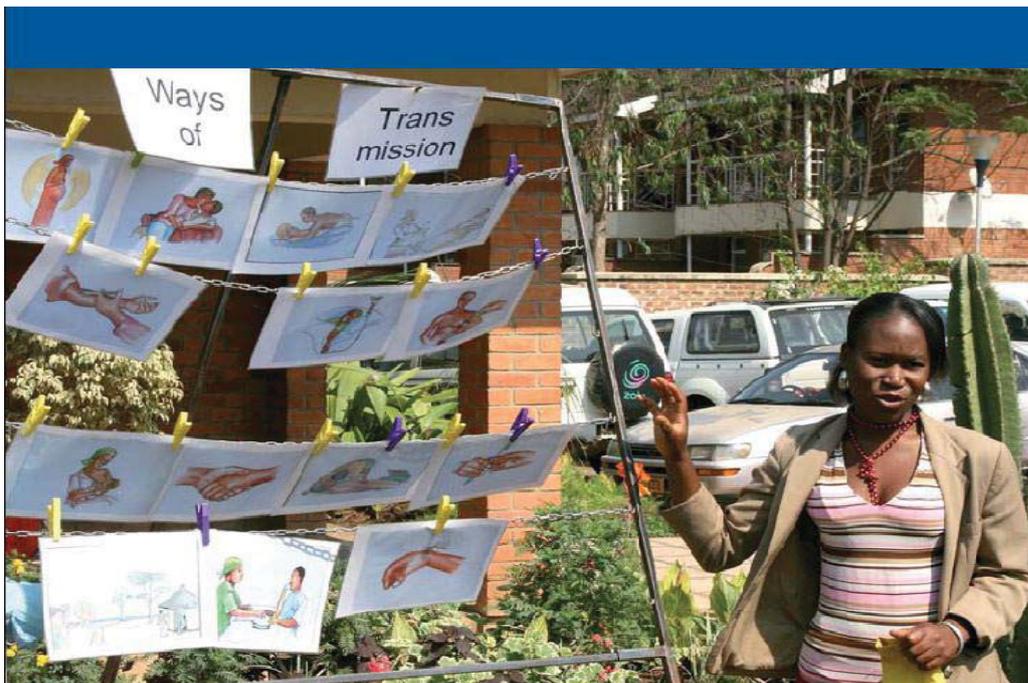


Abbildung 25: Struktur des WPPs zur HIV/AIDS-Prävention und ganzheitlichem Ressourcenmanagement; *Quelle: INWENT 2008:6*

### 2.3.3.3.2 Kooperationsprojekt AIDS Workplace Programs in Southern Africa

Um die wirtschaftlichen Folgen der HIV/AIDS-Epidemie im südlichen Afrika zu managen, haben DED und Inwent in gemeinsamer Kooperation das *AIDS Workplace Programs in Southern Africa* (AWISA) auf den Weg gebracht. Das vom BMZ beauftragte und finanzierte Programm zur betrieblichen HIV/AIDS-Prävention und Gesundheitsförderung läuft seit Mitte 2003 und wird in Malawi, Mosambik, Namibia, Südafrika, Tanzania und Zambia bereits praktisch umgesetzt. AWISA

richtet sich an kleine und mittlere Unternehmen und Einrichtungen und kann auch in bereits laufende Programme integriert werden. Wichtigste Zielgruppe sind Betriebe im südlichen Afrika, die bereits an Fortbildungsprogrammen von Inwent teilnehmen [INWENT 2009:4f; INWENT 2010a]. AWISA zielt darauf, das Bewusstsein rund um HIV/AIDS an Arbeitsplätzen im südlichen Afrika zu erhöhen, Probleme zu identifizieren, Strategien zur Bewältigung dieser Probleme zu entwickeln, zielgerichtete und angemessene Arbeitsplatzprogramme mit umfassender Monitoring-Unterstützung zu implementieren und damit die Eigenverantwortung und Kompetenzentwicklung der Betriebe zu fördern. Wichtige Inhalte zur Zielerreichung sind die Einrichtung von Diagnose-, Behandlungs- sowie Beratungsstellen, der Umgang mit Versicherungen und Pensionsfonds, die Vermittlung von Konzepten der Personalentwicklung hinsichtlich des Mangels an qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und die Entwicklung von Strategien, um die Folgen der Pandemie finanziell eingrenzen zu können. Das bedeutendste Instrument von AWISA stellen die Schulungen dar, die unter anderem für Fach- und Führungskräfte aus Unternehmen, Unternehmerverbänden, Gewerkschaften, Unternehmensberatungen, privaten und öffentlichen Institutionen sowie Ministerien angeboten werden und von Fachkräften des DEDs direkt vor Ort durchgeführt werden. Abbildung 26 zeigt die Fotoaufnahme einer solchen Schulung, bei der eine AWISA-Expertin die Mitarbeiter/innen - mittels einfach verständlicher Bilder – zum Thema HIV/AIDS-Übertragung aufklärt. Die modulare Struktur dieser Trainings ermöglicht eine einfache Anpassung an verschiedene Zielgruppen und Bedürfnisse. Im weiteren Verlauf werden die geschulten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, auch Focal Points genannt, bei der Umsetzung der von ihnen geplanten Maßnahmen professionell begleitet und erhalten gezielte Nachbetreuung. Auf diese Weise werden sie befähigt, die Programme mittel- bis langfristig eigenständig fortzuführen [INWENT 2008:1f.; INWENT 2009:5f.; INWENT 2010a; DED 2010d].



**Abbildung 26: Schulungsmaterial zum Thema HIV/AIDS-Übertragung im Rahmen von AWISA;**  
*Quelle: INWENT 2009:6*

Wichtige Nachbetreuungsinstrumente sind die von Inwent organisierten vierteljährliche Rundtischgespräche (round tables), die Unternehmen und Organisationen zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch einladen. Darüber hinaus betreibt Inwent effektive Netzwerkarbeit mit lokalen Partnern und Experten im Bereich der HIV-Prävention, die eng mit den Entwicklungshelferinnen und -helfern des DED zusammenarbeiten. Mit Hilfe dieses externen Unterstützungsnetzwerks werden Unternehmen bei der Implementierung ihrer WPPs unterstützt und bekommen im Verlauf des Programms Leistungen wie Informationsmaterial, Kondome, VCTs, Aufklärungsveranstaltungen, aber auch gesundheitsspezifische Dienste wie Diagnose und Behandlung von Geschlechtskrankheiten sowie antiretrovirale Therapien angeboten. Zudem werden im Rahmen von AWISA regelmäßige Veranstaltungen wie beispielsweise Theaterstücke, Familientage und Gesundheit-Check-ups angeboten, die das Bewusstsein über HIV/AIDS im Arbeitsumfeld steigern sollen. In Abbildung 27 sind die wichtigsten Maßnahmen, die im Rahmen von AWISA stattfinden, zusammengefasst [INWENT 2008:1f.; INWENT 2009:5f.; INWENT 2010a; DED 2010d].

### AWiSA's workplace activities include:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modular training courses on facts about HIV and AIDS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• and analyse the economic effects of HIV and AIDS at company level</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The contribution of the private sector towards behaviour change, information-sharing and education</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legal framework, labour codes and regulations covering HIV and AIDS in the workplace as well as the employment of HIV positive individuals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategic Planning within companies and organisations to mitigate the impact of HIV and AIDS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Practical steps to implement the strategic plan at company level</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Management</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Human resource development and maintenance of a skilled workforce in the context of HIV and AIDS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Development of Best Practices in the SADC region</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risk assessment to measure</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Networking and strengthening of referral systems</li> </ul>

Abbildung 27: Auflistung der betrieblichen Maßnahmen im Rahmen von AWISA; Quelle: INWENT 2008:2

### 3 Evaluation von Workplace Programs

Wie in den ersten Kapiteln der vorliegenden Arbeit ersichtlich wurde, sind die Wirkungszusammenhänge von HIV/AIDS hochkomplex. Die Evaluation von Präventionsprogrammen stellt somit eine große Herausforderung dar. Doch ihr Bedarf gewinnt unter dem Aspekt einer optimalen Verwendung knapper Ressourcen an immer mehr Bedeutung, nicht zuletzt zur Verbesserung laufender und zukünftiger Interventionen [FHI 2006: 7].

#### 3.1 Definition, Aufgaben und Ziele

Wie bei den meisten Interventionen stellt sich auch bei den WPPs zur HIV/AIDS-Prävention in Subsahara-Afrika die zentrale Frage nach ihrer Qualität und Wirksamkeit. Diese Frage kann im Rahmen einer Evaluation geklärt werden. Die Evaluation hat ihren Ursprung in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften und kann in diesem Kontext als „systematische Anwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden zur Beurteilung der Konzeption, Ausgestaltung, Umsetzung und des Nutzens sozialer Interventionsprogramme“ (ROSSI ET AL.1988:3) definiert werden [ELKELES, KIRSCHNER 2006:85].

Eine solche systematische Erfolgskontrolle ist ein fester Bestandteil in der Entwicklungszusammenarbeit. WPPs sollten auf ihre Wirkung und ihren Erfolg hin kontinuierlich überprüft und die Ergebnisse transparent gemacht werden. Damit kann Auftraggebern, Partnern und Zielgruppen ein vertrauenswürdiges Bild vermittelt werden und schließlich sowohl politische Absicherung als auch finanzielle und fachliche Förderung garantiert werden. Die Einbindung von Partnerinstitutionen und lokalen Gutachtern erhält dabei eine zunehmende Bedeutung [KROMREY 2001:118, 120; GTZ 2006:3; GTZ 2010i].

In den Evaluierungen können fünf zentrale Aspekte geklärt werden. Im Kontext der WPPs steht die Effektivität an erster Stelle. Dabei wird überprüft, ob die Projekt- und Programmziele erreicht werden. Ein Hauptziel der Arbeitsplatzprogramme, auch Outcome genannt, ist der positive Effekt bei den Adressaten. Durch die Messung des Nutzens für die Beteiligten kann somit herausgefunden werden, ob und wie gut sich verschiedene Faktoren (Gesundheit, Wohlbefinden, Wissen, Einstellung, usw.) der Beteiligten verglichen mit dem Ausgangszustand verbessert haben [GTZ 2010i; KROMREY 2001: 125ff.].

Bei einer Evaluation von WPPs kann zudem beurteilt werden, ob im Programm das Richtige getan wird (Relevanz), ob es zu übergeordneten entwicklungspolitischen Zielen und Wirkungen beiträgt (Impact), ob dabei wirtschaftlich gehandelt wird, d.h. ob knappe Ressourcen angemessen eingesetzt und nicht vergeudet werden (Effizienz: sinnvolle Kosten-Nutzen-Relation) und ob seine Wirkungen von Dauer sind (Nachhaltigkeit). Evaluation dient somit insbesondere dazu, Ziele zu erreichen, Abläufe zu verbessern, die Zufriedenheit der Nutzer/innen festzustellen und schließlich auch die Zusammenarbeit der beteiligten Interessengruppen zu begünstigen [GTZ 2010i; BADURA, SIEGGRIST 1999:10f.; ELKELES, KIRSCHNER 2006:85].

### 3.2 Rahmenbedingungen

Um eine gewisse Qualität zu gewährleisten und die Vergleichbarkeit von Daten zu ermöglichen, sollten Evaluationen von WPPs vier grundlegende Eigenschaften aufweisen: Nützlichkeit – Durchführbarkeit – Fairness – Genauigkeit. Vor dem Hintergrund, dass Evaluation in vielen Bereichen (Gesellschaft, Politik, Wirtschaft und Wissenschaft) an Bedeutung gewinnt, hat die Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) bestimmte Regeln für die Evaluation formuliert, die für den Erfolg der Analyse eine wichtige Rolle spielen. Diese Standards unterliegen einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess und sollen Orientierung für die Planung und Durchführung von Evaluationen geben [DEGEVAL 2008:7f.]:

- Die Nützlichkeitsstandards dienen dazu, sicherzustellen, dass die Evaluation sich an festgelegten Evaluationszielen und am Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzer/innen orientiert.
- Die Durchführbarkeitsstandards sollen eine kostenbewusste, diplomatische, realistische, gut durchdachte und geplante Evaluation sichern.
- Die Fairnessstandards sollen sicherstellen, dass der Umgang mit den betroffenen Personen innerhalb der Evaluation von Fairness und Respekt geprägt ist.
- Die Genauigkeitsstandards sollen gewährleisten, dass eine Evaluation Ergebnisse sowie Informationen in Bezug auf die untersuchte Fragestellung produziert und vermittelt.

[DEGEVAL 2008:10ff.]

Über diese notwendigen Eigenschaften hinaus sollte sichergestellt werden, dass die Evaluationsforscher/innen mit dem politischen Kontext des Programms vertraut sind und die Durchführung ihrer Evaluation danach ausrichten [ELKELES, KIRSCHNER 2003: Kap.6].

### 3.3 Indikatoren

Die Evaluation von WPPs ist sehr praxisnah und methodisch weniger anspruchsvoll als etwa eine rein wissenschaftliche Evaluation. Eine zentrale Rolle spielen die so genannten Indikatoren, die indirekt auf die Wirksamkeit und Qualität gesundheitsfördernder Maßnahmen hinweisen. Bei der Aufstellung von Indikatoren werden verschiedene subjektive und objektive Daten herangezogen und anschließend operationalisiert, sodass sie mit zuverlässigen und validen Instrumenten der Evaluation messbar werden. Indikatoren sind demnach Anhaltspunkte bzw. Marker, die auf mögliche Veränderungen einer Situation hinweisen, die eventuell zur Zielerreichung führen. Sie liefern objektive Kriterien, um zu erfassen, ob und wie gut Programmaktivitäten stattgefunden haben und ob das Programm seine Ziele erreicht hat [ELKELES, KIRSCHNER 2003: Kap.1; KROMREY 2001:121; ILO/ FHI 2008:432]. In Abbildung 28 sind die wichtigsten Indikatoren der HIV/AIDS-Präventionsprogramme aufgeführt. Sie können in vier Kategorien klassifiziert werden, die unter ihren englischen Begriffen Input, Output, Outcome und Impact bekannt sind. Als Inputs werden Programmressourcen und Programmaktivitäten bezeichnet. Outputs sind die Ergebnisse, die intern innerhalb des Programms gemessen werden. Ergebnisse, die innerhalb der Zielbevölkerung des Programms erfasst werden, heißen Outcomes. Bei Ergebnissen, die das direkte Ergebnis des Programms darstellen, ist vom Impact die Rede [ILO/ FHI 2008:429].

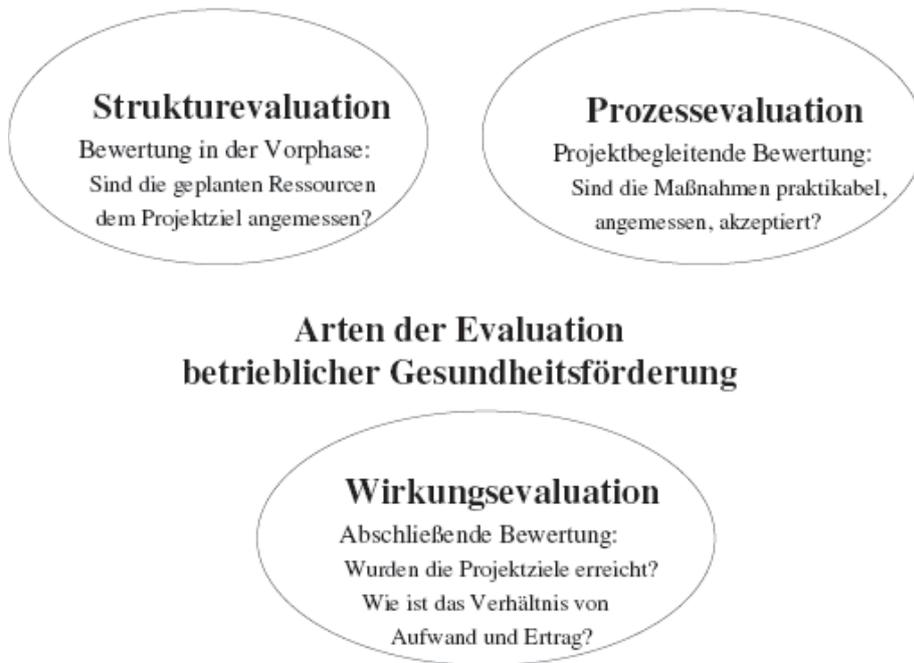
INPUT	OUTPUT	OUTCOME	IMPACT
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anzahl ausgebildeter PEs</li> <li>- Angebot von IECs zu relevanten Themen:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* HIV/AIDS</li> <li>* Kondome</li> <li>* Übertragungswege</li> <li>* Leben mit AIDS</li> <li>* Konsequenzen &amp; Nutzen von Tests</li> <li>* Safer Sex</li> <li>* Sexuelle Netzwerke</li> </ul> </li> <li>- Auslegen bzw. Verteilung von Informationsmaterial bzw. Broschüren, Kondomen, Spritzhilfsmitteln</li> <li>- Angebot anonymisierter VCTs, ARVTs und Behandlungsprogramme für PLWHA</li> <li>--&gt; Der Zugang zu diesen Angeboten sollte für alle Angestellten barrierefrei und kostenlos sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitative/ quantitative Befragung der Teilnehmer: Fragebögen oder Face-to-Face-Interviews zu Wissen, Einstellung, Verhalten</li> <li>- Überprüfung der Instrumente und Räume: Umsetzung von Arbeitsplatzrichtlinien, Inhalte der Aufklärungsschulungen und des Schulungsmaterials über HIV/ AIDS</li> <li>- Teilnahmestatistiken von IECs , VCTs und ARVTs</li> <li>- Leistungsstatistiken: Absatz von verteilten Broschüren, Kondomen, Spritzhilfsmitteln, medizinischem Bedarf, bezogenen Medikamenten</li> <li>- Regelmäßiger Erfahrungsaustausch mit den Mitarbeitern: Rundtischgespräche, Gruppendiskussionen und Workshops</li> <li>- Tägliche Dokumentation des Programmgeschehens und Erstellung regelmäßiger Zwischenberichte</li> <li>- Qualifizierung: Aus- und Fortbildung für FPs, PEs und Arbeitskräfte</li> <li>- Kostenkontrolle über betriebliche Statistiken (Fehlzeiten, Fluktuation, Produktivität, Qualität)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Steigende Toleranz gegenüber PLWHA im Kollegium: Weniger Stigma und Diskriminierung</li> <li>- Anonymer Umgang mit Testergebnissen</li> <li>- Gesteigertes Wissen der Teilnehmer über HIV/AIDS, Übertragungswege, Schutzmöglichkeiten</li> <li>- Offene Diskussion über Geschlechtsverkehr</li> <li>- Häufigere sachrechte Kondombenutzung</li> <li>- Reduzierung von Promiskuität, transactional sex</li> <li>- Reduzierung von Fehlzeiten, frühzeitigen Berentungen, Ausgaben für medizinische Versicherungen und Krankheitskosten</li> <li>- Erhöhte Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, Beständigkeit der Arbeitnehmer, individuelle Einsatzbereitschaft und Qualifizierung des Personals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückgang von STDs</li> <li>- Stabilisierung der HIV-Rate</li> <li>- Senkung der HIV-Rate</li> <li>- Verbesserte Lebensqualität</li> <li>- Verlängerte Lebenszeit</li> <li>- Wirtschaftliche Prosperität</li> </ul>

**Abbildung 28: Zentrale Wirkungsindikatoren von Workplace Programs gegen HIV/AIDS.** *Quelle: Freinach: FÄRBER 2009; GREIFELD 2006; ELKELES, KIRSCHNER 2003; KROMREY 2001; ILO/ FHI 2008*

### 3.4 Arten von Evaluation

Innerhalb der Evaluation von WPPs werden zahlreiche Differenzierungen getroffen. So beispielsweise hinsichtlich der Evaluationsforscher/innen: Werden eigene Mitarbeiter/innen vom Projekt- bzw. Programmteam selbst zur Forschung eingesetzt, so ist von einer internen Evaluation die Rede. Der Vorteil liegt darin, dass die Forscher/innen bereits wichtige Informationen zu Situation und Ressourcen in ihrem Betrieb besitzen und stets anwesend sind. Der Nachteil ist allerdings, dass den Mitarbeiter/innen häufig die notwendige Unabhängigkeit fehlt, um Ergebnisse objektiv aufzufassen. Im Falle einer externen Evaluation wird diese Schwierigkeit hingegen vermieden. Durch den Einsatz außenstehender Forscher/innen, die eine gewisse Distanz zum Interventionsprogramm besitzen, werden Maßnahmen in der Regel objektiver und professioneller geplant und initiiert. Die Entscheidung zwischen einer internen oder einer externen Evaluation hängt demzufolge nicht nur vom verfügbaren Budget ab, sondern vor allem auch von der Bewertung der Evaluationsergebnisse unter dem Aspekt ihrer Zuverlässigkeit und Objektivität. Optimal ist eine Kombination: Eine externe Evaluation unterstützend zu Beginn in der Programmplanung. Die Programmdurchführung an sich bleibt anschließend, nach entsprechender Schulung, dem eigenen Projektteam überlassen. Zum Programmende werden schließlich wieder externe Evaluationsforscher/innen einbezogen. In Subsahara-Afrika werden fast ausschließlich externe Evaluationen durchgeführt, da dieser Evaluationstyp für Studien, die aus öffentlichen Mitteln gefördert werden, vorgeschrieben ist [KROMREY 2001:118; ELKELES, KIRSCHNER 2003: Kap.1]

Eine weitere Klassifizierung von Evaluationen findet in Abhängigkeit vom Zeitpunkt ihrer Durchführung innerhalb des Programms statt. Wie in Abbildung 29 veranschaulicht, werden drei Arten unterschieden: Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation. Im Verlauf einer umfassenden Evaluation zu Arbeitsplatzprogrammen sollte der Blickwinkel von der Struktur über das Produkt und den Prozess zu den Ergebnissen wandern – vorausgesetzt, die nötigen finanziellen Mittel stehen zur Verfügung bzw. es wurde eine Kosten-Nutzen-Abwägung vorgenommen [ELKELES, KIRSCHNER 2006:85; LOBNIG, PELIKAN 1996:63].



**Abbildung 29: Arten der Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung;** *Quelle: Kurzinformation über Forschungsergebnisse zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im öffentlichen Dienst 04/01. München, 2004*

### 3.4.1 Strukturrevaluation

Die Strukturrevaluation ist ein Verfahren zur Bewertung der Rahmenbedingungen und Ressourcen (rechtlich, personell, finanziell, instrumentell, politisch) im Vorfeld der Interventionsmaßnahmen. Diese so genannte Ex-Ante-Evaluation empfiehlt sich daher für jede Programmplanung. Bezüglich WPPs kann durch diese Art von Problemanalyse herausgefunden werden, in welchem Ausmaß die Zielgruppe von HIV/AIDS betroffen ist und was sie benötigt. Dementsprechend können dann beispielsweise die Schulungen für das Personal geplant werden. Obwohl eine solche Test- und Vorlaufphase sehr sinnvoll ist, findet sie in der betrieblichen Praxis nur selten statt. Die Planung der meisten Evaluationsdesigns erfolgt meist erst kurz vor oder nach Beendigung eines Programms, das heißt ex-post. In diesem Falle handelt es sich um eine sogenannte summative Evaluation, die keinen Einfluss mehr auf das Projektgeschehen nimmt, sondern lediglich die Programmwirkung erfasst. Zur Beurteilung der Struktur der WPPs können **Input**-Indikatoren erhoben werden. Sie beziehen sich auf das, was in die Interventionsprogramme hineingegeben wird – zum Beispiel aus öffentlicher Hand [ELKELES, KIRSCHNER 2003: Kap. 5; ELKELES, KIRSCHNER 2006:85f.; BZGA 1999:58; KROMREY 2001:117f.].

### 3.4.2 Produkt- und Prozessevaluation

Unabdingbar zur Bewertung von WPPs ist die Produkt- und Prozessevaluation, die programmbegleitend stattfindet. Von Kontrollinteresse geleitet, wird damit festgestellt, ob Ausgestaltung und Durchführung eines Programms der ursprünglichen Zielplanung gerecht werden. Maßnahmen werden ex-post hinsichtlich ihrer Praktikabilität, Angemessenheit sowie Akzeptanz bei den Beteiligten überprüft. In diesem Fall hat die Evaluation Einfluss auf den Projektverlauf und wird daher auch als formative Evaluation bezeichnet. Denn aus den Ergebnissen der Produkt- und Prozessevaluation können im Projektablauf Verbesserungsmöglichkeiten abgeleitet bzw. zusätzliche zukünftig geplante Maßnahmen der Qualitätssicherung aufgestellt werden. Zudem kann eine Optimierung der durchgeführten Maßnahmen stattfinden, in dem auftretende unerwünschte Effekte minimiert und die Bedürfnisse der Teilnehmer/innen stärker berücksichtigt werden. Alle allgemeinen Programm- und Modifikationen sollten in eine zuverlässige tägliche Dokumentation eingehen, die schließlich gegebenenfalls für die Ergebnisevaluation genutzt werden kann. Zur Beurteilung des Prozesses der Programme werden **Output**-Indikatoren erhoben. Im Kontext von WPPs sind das beispielsweise Maßnahmen wie die tägliche Kontrolle der Arbeitsräume, Teilnahmestatistiken, qualitative und quantitative Befragungen von Teilnehmer/innen, die tägliche Dokumentation des Projektgeschehens und eine Kostenkontrolle [ELKELES, KIRSCHNER 2003: Kap. 5; ELKELES, KIRSCHNER 2006:85f.; KROMREY 2001:117f.].

### 3.4.3 Ergebnisevaluation

Werden Wirkungen der Intervention sichtbar, so kann eine abschließende Bewertung im Rahmen der Ergebnisevaluation (Wirkungsevaluation) erfolgen. Bei dieser Art von Konkretisierung werden erhobene Daten näher betrachtet und überprüft, inwiefern die Interventionsziele tatsächlich erreicht wurden. Zudem werden Aufwand und Ertrag ins Verhältnis gesetzt. Für eine korrekte Wirkungsanalyse müssen vorangegangene Arbeitsschritte der Evaluation ordnungsgemäß implementiert worden sein. Außerdem wird vorausgesetzt, dass Zielvariablen oder Ergebnisindikatoren klar operationalisiert und quantifiziert wurden. Mithilfe von **Outcome**-Indikatoren kann schließlich gemessen werden, was die Programme tatsächlich bewirken. Dabei liefern die Ergebnisse von Befragungen wichtige Hinweise auf das Outcome. Eine abschließende Erfolgsbeifferung und Wirksamkeitsaussage kann anhand von epidemiologischen Gesundheitsindikatoren erfolgen. Das zentralste **Impact**-Maß eines WPPs ist die Stabilisierung oder Senkung der HIV-Prävalenz [BZGA 1999:58; ELKELES, KIRSCHNER 2003: Kap. 5; ELKELES, KIRSCHNER 2006:85f.; KROMREY 2001:117f.].

### 3.4.4 Differenzierung Monitoring und Evaluation

In zwei von drei Evaluationswerkzeugen – dem von der ILO und dem des Kooperationsprojekts zwischen GTZ und GBC –, die in Abschnitt 4 vorgestellt werden, wird zwischen Evaluation und Monitoring differenziert. Ihre Aufgaben ergänzen sich zwar, bezüglich Eigenschaften, Zeitplanung, Tiefe und Zweck ihrer Durchführung bestehen aber deutliche Unterschiede. ILO, GBC und GTZ definieren Monitoring als Überprüfung der Routine, d.h. laufender Aktivitäten und Fortschritte. Ins Deutsche übersetzt, kann Monitoring als Überwachung bezeichnet werden, die mittels systematischer Datensammlung für bestimmte Indikatoren erfolgt. Bezüglich WPPs kann damit beispielsweise überprüft werden, ob die Programmaktivitäten plangemäß stattfinden und inwieweit die Präventionsdienste tatsächlich genutzt werden. Monitoring liefert eine Antwort auf die Frage „Tun wir das, was wir geplant hatten zu tun?“ und stellt somit eine wichtige Komponente des Projekt- oder Programmmanagements dar. Das, was ILO, GBC und GTZ als Monitoring definieren, gleicht also einer Prozessevaluation, die soeben in Abschnitt 3.4.2 beschrieben wurde [ILO/ FHI 2008:20f, 427ff.; GBC/GTZ 2009a:1f.].

Evaluation wird von den zwei Organisationen hingegen als ein Verfahren verstanden, dass zur systematischen und objektiven Bewertung von Design, Implementierung und Zielen eines laufenden oder abgeschlossenen Projektes oder Programmes dient. Im Vordergrund stehen die Überprüfung erreichter Ziele und das Ausmaß, mit dem letztere auf spezifische Programmmaßnahmen zurückzuführen sind. Zudem können Effizienz in der Entwicklung, Wirksamkeit sowie Nachhaltigkeit und Auswirkung der Programmaktivitäten festgestellt werden. Evaluation beantwortet die Fragen „Welche Outcomes (die das WPP beeinflussen soll) sind zu beobachten?“ und „Führt das Programm zu einer Veränderung in der betroffenen Bevölkerung?“. Das, was ILO, GBC und GTZ als Evaluation ansehen, kann demnach mit einer Ergebnisevaluation gleichgesetzt werden, die im vorigen Abschnitt 3.4.3 beschrieben wurde [ILO/ FHI 2008:20f, 427ff.; GBC/GTZ 2009a:1f.].

Die Verbindung zwischen Monitoring und Evaluation besteht darin, dass der Monitoring-Prozess die Grundlage für eine Evaluation des Programmes darstellt. Evaluationen, die sich auf Monitoring-Daten stützen, helfen nachzuvollziehen, wie und warum ein Projekt- oder Programm implementiert wurde. Im Falle begrenzter Finanzmittel richten sich die Programmbemühungen meist einzig und allein auf das Monitoring [ILO/ FHI 2008:430].

## **4 Werkzeuge zur Evaluation von Workplace Programs – Drei Beispiele aus der Praxis**

Zunehmend mehr internationale Akteure in der HIV/AIDS-Prävention haben den Bedarf an Evaluation ihrer Arbeitsplatzprogramme erkannt und folglich passende Werkzeuge entwickelt. Darunter fallen auch die in Abschnitt 2.3.3 vorgestellten Organisationen ILO, GTZ und GBC sowie DED und Inwent. Allgemein sollen Evaluationswerkzeuge dazu dienen, die Ablaufprozesse von WPPs zu durchleuchten, um sie effektiver zu gestalten, Ressourcen zu betrachten, um sie effizienter einzusetzen sowie kurzfristige Ergebnisse der Arbeitsplatzprogramme bzw. -maßnahmen zu erkennen, mit dem Ziel sie zu steigern. Schließlich soll mittels der Instrumente untersucht werden, inwieweit die für das WPP festgelegten Ziele erreicht wurden und wie Aufwand und Ertrag im Verhältnis stehen, um gegebenenfalls einzelne Programmkomponenten zu verbessern und die Nachhaltigkeit zu garantieren [STOCKMANN 2004:4f.].

Ein allgemein gültiges Instrument, das bei jeder Evaluation angewendet werden kann, existiert nicht, da jede Evaluation ein spezifisches Untersuchungsziel und eine unterschiedliche Fragestellung verfolgt. Allerdings weisen Evaluationswerkzeuge einige typische Komponenten auf, die bei allen ähnlich ausgestaltet sind, wie beispielsweise die Anwendung von Beobachtungen und Befragungen als gängige empirische Methoden. Bei der Untersuchung gleicher Phänomene werden üblicherweise quantitative und qualitative Methoden in ergänzender Art und Weise genutzt. Quantitative Methoden messen die Menge erreichter Leistungen oder den Umfang beobachteter Veränderung und dokumentieren Zahlen, die mit dem Programm assoziiert sind. Um zu erfassen, welche Programmaktivitäten wie oft stattfinden, werden beispielsweise Dienst(leistungs)statistiken und Absatzprotokolle untersucht. Typische Fragen, die im Rahmen von WPPs durch quantitative Methoden beantwortet werden können, sind z.B. „Wie viele Beratungssitzungen wurden abgehalten?“ oder „Wie viele PEs wurden ausgebildet?“. Qualitative Methoden finden sich häufig in Tiefeninterviews und Gruppendiskussionen wieder. Sie können dabei helfen, Fragen zu beantworten wie etwa „Wie verändern sich die Einstellungen der Menschen zu Abstinenz, Treue oder Kondomen?“ oder „Wie wirksam ist das Programm in der Vermittlung wichtiger Botschaften an die Zielbevölkerung?“ [DIEKMANN 2006: 456ff.; ILO/ FHI 2008:440].

In diesem Abschnitt sollen drei Evaluationswerkzeuge vorgestellt werden. Dabei soll in erster Linie geklärt werden, wie diese Instrumente aufgebaut sind, bevor sie anschließend in Kapitel 5 hinsichtlich des Inhalts miteinander verglichen werden.

## 4.1 Tools for Monitoring and Evaluation of the Behaviour Change Communication Programme for the Workplace

Die *International Labour Organization* (ILO) ist stets darum bemüht, Transparenz und Verantwortungsbewusstsein für die Erreichung ihrer Ziele sicherzustellen. Daher hat sie 2005 die eigenständige Evaluationseinheit EVAL gegründet. Sie führt alle Arten von Evaluationen durch, seien es thematische Evaluationen wie z.B. zum Thema Gender oder unabhängige Projektevaluationen, wie beispielsweise die Evaluation der *HIV/AIDS Prevention and Impact Mitigation* -Projekte in verschiedenen Staaten in Subsahara-Afrika [ILO 2010d].

Doch die ILO ist auch sehr darauf bedacht, dass sich Unternehmen um die Selbstevaluierung ihrer Programme bemühen. Etwa mit Hilfe des im Abschnitt 2.3.3.1.2 vorgestellten *Behaviour change communication Toolkit for the workplace*, einer Werkzeugsammlung, die neben Empfehlungen zur systematischen Entwicklung und Implementierung eines BCC-Programms auch professionelle Leitlinien zu dessen Evaluation beinhaltet. Eines von insgesamt sieben Booklets dieses Toolkits widmet sich auf 19 Seiten (zuzüglich acht Seiten Anhang) allein dem Bereich Monitoring und Evaluation.

### 4.1.1 Einstieg

Das Booklet 6 *Tools for Monitoring and Evaluation of the Behaviour Change Communication Programme for the Workplace*, zu Deutsch "Werkzeuge für Monitoring und Evaluation des BCC-Arbeitsplatzprogramms", wird mit einer Fallstudie eingeleitet. Darin wird die privatisierte Zuckerfabrik „Mumias Sugar Company“ vorgestellt, die 2500 Angestellte zählt und in einer westlichen Provinz von Kenia liegt. Die genannte Provinz ist von einer hohen HIV-Inzidenz betroffen und zieht viele Männer an, die sich, weit weg von ihren Familien, in Niedriglohn-Gemeinschaften mit einer überproportionalen Anzahl allein stehender Frauen wiederfinden. Die Zuckerfabrik hat bereits ein WPP eingeführt, das typische Maßnahmen und Ziele der HIV/AIDS-Prävention am Arbeitsplatz umfasst. Zu den Maßnahmen zählen z.B. BCC, PE, VCT, ARV, Ausbildung, Fürsorge und Unterstützung aller Mitarbeiter und der umliegenden Wohngemeinschaft, und als Ziele werden beispielsweise die korrekte und beständige Kondomnutzung, die Steigerung von Partnertreue und Nutzung von VCT und der Rückgang der Prävalenz sexuell übertragbarer Infektion innerhalb der Arbeiterschaft genannt. Die „Mumias Sugar Company“ soll beim Lesen des Booklets sozusagen als Prototyp eines Unternehmens mit BBC-Programm angesehen werden. Dabei sollen folgende Fragen bedacht werden:

- Wie kann das Unternehmen den Fortschritt seiner Programmimplementierung messen?
- Führen die Bemühungen zu Veränderungen?
- Was für einen Effekt haben die Bemühungen des Unternehmens?
- Wie wird das Unternehmen seine Präventionsbemühungen verfolgen?
- Helfen letztere, die Auswirkungen von HIV/AIDS auf das Unternehmen zu reduzieren?
- Welche Art von Monitoring- und Evaluationsplan sollte entwickelt werden?

[ILO/ FHI 2008:426]

### 4.1.2 Inhalt des Hauptteils

Im Anschluss auf diese Einleitung gliedert sich das Booklet in insgesamt fünf Kapitel, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Im ersten Abschnitt „**1. Was ist Monitoring und Evaluation?**“ werden Monitoring und Evaluation kurz definiert und Bezug auf das Fallbeispiel der „Mumias Sugar Company“ genommen, indem jeweils Beispielfragen für M&E formuliert werden. Diese Fragen werden später in dieser Arbeit in den tabellarischen Vergleich in Abschnitt 5.1 mit einbezogen [ILO/ FHI 2008:427].

Im zweiten Abschnitt „**2. Warum sollten Arbeitsplatzprogramme zur HIV-Prävention überprüft (einem Monitoring unterzogen) sowie evaluiert werden?**“ werden neun Gründe aufgezählt, weshalb M&E so wichtig sind. Die zentrale Botschaft, die hier vermittelt wird, besteht darin, dass M&E zu effektivem Programmmanagement beitragen können, da sie Methoden darstellen, die der Überprüfung und Verbesserung der Programmleistung über die Zeit dienen. Anschließend wird kurz erläutert, was unter Input, Prozess, Output, Outcome und Impact zu verstehen ist und - jeweils getrennt für Monitoring und Evaluation –auf jeden dieser Begriffe und Konzepte einzeln im Detail eingegangen. Zudem wird eine Tabelle aufgeführt, in der Indikatorenbeispiele aufgelistet sind, die sich auf ein BBC-WPP beziehen. Auch diese Indikatoren werden im weiteren Verlauf der Arbeit in den Vergleichstabellen von Abschnitt 5.1 näher betrachtet [ILO/ FHI 2008:428f.].

Das darauf folgende Kapitel „**3. Wie BBC-Arbeitsplatzprogramme überwacht und evaluiert werden sollten**“, bildet den Schwerpunkt des Booklets. Einleitend wird verdeutlicht, dass Monitoring und Evaluationssysteme für HIV/AIDS-Arbeitsplatzprogramme letztendlich sowohl von der Bandbreite und der Art des Programms – die wiederum in jedem Unternehmen unterschiedlich sind -, als auch vom Umfang der verfügbaren finanziellen Mittel abhängen. Anschließend wird näher auf die Entwicklung eines Monitorings- und Evaluations-Arbeitsplans eingegangen, der in jedem WPP vorhanden sein sollte, um den Fortschritt zu erfassen, der in Richtung Zweck- und Zielerreichung gemacht wurde und um Schlüsselakteurinnen und -akteure und Programmgestalter/innen über die Evaluationsergebnisse zu informieren. Darauf folgend wird in sechs Schritten eine detaillierte Anleitung zur M&E-Programmgestaltung gegeben. In der folgenden Tabelle in Abbildung 30 werden die sechs Schritte genannt und stichpunktartig aufgeführt, was im Booklet zu jedem Schritt inhaltlich empfohlen wird [ILO/ FHI 2008:430ff.].

Im Anschluss auf Schritt 6 wird in Kapitel 3 des Booklets noch auf zwei Punkte eingegangen: Erstens auf das Programm-Review, als eine systematische Nach- bzw. Überprüfung der Schlüsselemente des Programms und zweitens auf die Methoden zu M&E eines Arbeitsplatzprogramms, die laut ILO sowohl quantitativ als auch qualitativ sein sollten. Die Methoden werden kurz definiert und anschließend mit einer Box aus passenden Werkzeugbeispielen ergänzt. Abschließend wird noch auf eine Internetseite verwiesen, auf der interessierte Nutzer/innen mehr zu strengen Evaluationsdesigns nachlesen können (<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/ORHIVHndbkIntro.pdf>) [ILO/ FHI 2008:439ff.].

Schritte	Inhalte
1. Programmmzweck und –ziele bestimmen	- Differenzierung zwischen Zweck und Zielen - Ziele sollten spezifisch, messbar, angemessen, realistisch und terminiert sein („SMART“: Specific, Measurable, Achievable, Realistic and Time-bound) → Auflistung von Beispielen für SMART-Ziele von WPPs
2. Monitoring- und Evaluationsfragen, Indikatoren und Durchführbarkeit festlegen	Empfehlungen zur Gestaltung der eingeplanten Aktivitäten: Identifizierung wichtiger Evaluationsfragen und Auswahl bestgeeigneter Indikatoren → kleiner Indikatoren-Leitfaden: Definition, Eigenschaften und Beispiele
3. Werkzeuge zur Datensammlung entwickeln	Vorgehen bei Entwicklung von Formularen und Werkzeugen der Datensammlung (z.B. Aufstellung eines Plans zur Datensammlung oder Auswahl der Datensammlungsmethoden für unterschiedliche Indikatoren) → Infobox: Beispiele von Datenquellen für M&E → Verweis auf Muster-Monitoringformular für PEs mit geringem Lese- und Schreibfähigkeitsstand
4. Implementierende Personen bestimmen und festsetzen, wie laufende und vorangegangene Evaluationsdaten gesammelt und analysiert werden	Tipps zu: - Aufteilung der Verantwortlichkeiten - Einbezug von Evaluationsexperten - Kooperation mit anderen Gruppen, die ähnliche Evaluationen planen
5. Die Matrix für den Monitoring- und Evaluations-Arbeitsplan sowie den Zeitplan entwickeln	Ratschläge für die Zusammenfassung des Evaluationsplans: - Darstellung von Inputs, Outputs, Outcomes und Impacts und entsprechender Aktivitäten für jedes Programmziel (inkl. Zeitplan) - Auflistung der Methoden zur Datensammlung
6. Einen Plan zur Verbreitung und Anwendbarkeit der Evaluationsergebnisse entwickeln	Empfehlungen zur Nutzung der Evaluationsergebnisse und zur besten Übertragung der Ergebnisse in realisierbare Programme: - Verschiedene Informationsarten zur Erfassung der Programmleistung (z.B. bezogene bzw. erbrachte Dienstleistungsarten) - Gründe, warum mittels Monitoring- und Evaluationsdaten Programmleistungen und –erfolge dokumentiert werden sollten (z.B. zusätzliche Ausstattung rechtfertigen) - Regeln für Entwicklung des Verbreitungsplans

**Abbildung 30: Sechs Schritte des Monitoring- und Evaluationsprozesses eines BBC-Programms;**  
Quelle: ILO/FHI 2008: 431ff.

Im Kapitel 4 des Booklets zu M&E „4. Ethische Fragen“ wird auf die Einhaltung ethischer Standards bei der Anwendung von M&E in BBC-WPPs hingewiesen, insbesondere im Hinblick auf Formulare bzw. Fragebögen und Datensammlungsmethoden. M&E -Design und –Implementierung sollten Rechte, Standesethik und Privatsphäre der Arbeitnehmer/innen schützen [ILO/ FHI 2008:442].

Im letzten Abschnitt „5. Zusammenfassung der Datenanalyse“ wird abschließend noch kurz auf die Datenanalyse eingegangen. Diesbezüglich liefert das Booklet keine Detailanleitung. Nichtsdestotrotz werden ein paar grundlegende Empfehlungen gegeben. So wird beispielsweise dazu geraten, bei der Datenanalyse auf die Unterstützung von Spezialisten zurückzugreifen und Programmmzwecke, -ziele und -maßstäbe als wichtige Leitlinien zu nutzen. Im Falle eines relativ kleinen Datensatzes wird eine manuelle Auswertung empfohlen, bei größeren Datensätze sollten statistische Software-Pakete verwendet werden (Excel, Access, Stata, SPSS und EpilInfo), deren

Bedienung teilweise die Hilfe eines Experten erfordert. Nach der Analyse sollten die Daten in Form einer Tabelle oder Grafik präsentiert und ein Bericht verfasst werden. Für mehr Informationen zur Datenauswertung und Datennutzung wird schließlich auf drei Webseiten verwiesen (<http://www.pathfind.org/pf/pubs/focus/guidesandtools/PDF/Part%20I.pdf>; <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/ORHIVHndbkIntro.pdf>; <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/i3iqcw5qda4tdclohfgdmqvpsuvonddh3v5ptcc5xb334f56on7zdibh4umw4r6ttgpl7vhzl/31776textR1.pdf>) [ILO/ FHI 2008:443].

### 4.1.3 Anhang

Das Booklet schließt mit einem achtseitigen Anhang ab. Im *Appendix A* des Booklets sind Muster an Zielen und Indikatoren von Arbeitsplatzprogrammen aufgelistet. Einleitend wird darauf hingewiesen, dass die Entwicklung dieser Sammlung von Zielen im Rahmen des ILO/USDOL HIV/AIDS-Programms zur Weiterbildung am Arbeitsplatz stattfand und vom Management System International (MSI) technisch unterstützt wurde. Die Sammlung besteht aus drei verschiedenen Kategorien von Zielen (Entwicklungsziele, unmittelbare Ziele, mittelfristige Ziele), zugehörigen Einzelzielen und jeweils konkreten Indikatorenbeispielen aufgezählt werden. In der folgenden Abbildung 31 sind die drei Gruppen von Zielen und die jeweils zugehörigen Einzelziele tabellarisch aufgelistet. Die Indikatorenbeispiele werden erst in Abschnitt 5.1 dieser Arbeit untersucht [ILO/ FHI 2008:447ff]. Die darauf folgenden Anhänge des Booklets beinhalten zwei Muster eines Formblatts zum Monitoring der BBC-Programme (*Appendix B*) und ein Muster eines Formblatts zu Peer-Education-Monitoring für lese- und schreibschwache PEs (*Appendix C*) [ILO/ FHI 2008:451ff.]. Alle drei Anhänge sind als Anlagen 1.1. bis 1.3 am Ende der Bachelorarbeit nachzulesen.

Zielkategorien	Einzelziele
<b>Entwicklungsziele</b>	1. Hochriskante Verhaltensweisen, die mit HIV zusammenhängen, innerhalb der Arbeiterschaft reduzieren
	2. Grad an Diskriminierung am Arbeitsplatz gegenüber Personen reduzieren, die mit HIV/AIDS leben
<b>Unmittelbare Ziele</b>	1. Wissen, Einstellungen und Ansicht von Normen, die mit hochriskanten Verhaltensweisen bezüglich HIV zusammenhängen.
	2. Nutzung verfügbarer HIV/AIDS-Arbeitsplatzdienste erhöhen
	3. Stigma gegenüber Menschen, die mit HIV/AIDS leben, reduzieren
	4. Wissen und Verständnis von HIV/AIDS-Arbeitsplatzrichtlinien bzw. -grundsätzen erhöhen
<b>Mittelfristige Ziele</b>	1. Verfügbarkeit von WPPs erhöhen
	2. Arbeitsplatzrichtlinien verbessern
	3. Grad an Arbeitsplatz-Kollaborationen und Engagement von Arbeiterschaft und Leitung erhöhen
	4. Arbeitsplatzkapazitäten erhöhen, um umfassende und dauerhafte HIV/AIDS-Politik und -Programme zu ermöglichen

**Abbildung 31: Entwicklungsziele, unmittelbare Ziele und mittelfristige Ziele eines BCC-Programms;**  
 Quelle: ILO/FHI 2008: 447ff.

## 4.2 HIV/AIDS – Tuberculosis – Malaria: Interactive Course: Monitoring and Evaluation of Workplace Programs

Zur Entwicklung, Implementierung und Verfeinerung von Interventionsprogrammen ist Monitoring und Evaluation unverzichtbar. Die Anwendung von betriebseigenen Fertigkeiten, Wissen und Ressourcen kombiniert mit Expertise kann den M&E-Prozess von Arbeitsplatzprogrammen bedeutend verbessern. Von diesen Erkenntnissen sowie der Beobachtung weltweit wachsender Zahlen an WPP-Initiativen geleitet, haben die *Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GBC) und die *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ) gemeinsam die CD-Rom *HIV/ AIDS, Tuberkulose, Malaria: Interaktiver Kurs: Monitoring und Evaluation von Arbeitsplatzprogrammen* veröffentlicht. Dieses wird im Folgenden als zweites Beispiel eines Evaluationswerkzeugs näher vorgestellt.

### 4.2.1 Hintergrund

Der interaktive Kurs zu M&E von WPPs soll nach Ansicht der GBC und GTZ Firmen dabei unterstützen, den Erfolg ihrer Maßnahmen zur HIV-Bekämpfung zu messen. Das Werkzeug soll zudem auch sicherstellen, dass alle Beteiligten wissen, wie die im WPP erbrachten Leistungen streng und ehrlich gemessen und evaluiert werden können. Bereits während der Planungs- und Einführungsphase von Arbeitsplatzprogrammen kann die CD eine wertvolle Orientierung bieten. Die einzelnen Kurswerkzeuge liefern geeignete evidenzbasierte Methoden und wichtige quantitative und qualitative Daten, die dabei helfen, die Wirksamkeit (Impact) von HIV/AIDS-Arbeitsplatzrichtlinien zu messen, die Qualität des Umgangs mit Firmenangestellten zu erfassen und die Programme hinsichtlich bewährter Verfahren verschiedener Branchen (Best practice) zu bewerten (benchmark). Letzteres ist vor allem aufgrund des weltweiten Netzwerks der GBC möglich [GBC/GTZ 2009b; GBC 2010c; GTZ 2010j].

2009 wurde der Kurs auf den neusten Stand gebracht. Seitdem beinhaltet das Werkzeug zusätzlich praktische Leitlinien und eine Sammlung von Schlüsselindikatoren, um Tuberkulose- und Malaria-Komponenten in das HIV/AIDS-WPP zu integrieren [GBC 2010c].

Bei der Entstehung der CD-Rom erhielten GBC und GTZ wertvolle Unterstützung von der französischen Unternehmensstiftung GlaxoSmithKline sowie ZMQ Software Systems. Die GlaxoSmithKline Stiftung Frankreich möchte dadurch ihre Unterstützung für Unternehmen des privaten Sektors vorantreiben, die sich im Kampf gegen HIV/AIDS engagieren. ZMQ, ein wachsendes Unternehmen im Bereich Entwicklungstechnologie ist darin spezialisiert, innovative Lösungen für verschiedene Gebiete (Public Health, Bildung, Umwelt, Katastrophenmanagement, usw.) zu entwickeln. So auch für den Bereich HIV/AIDS, wo Kernkompetenzen und Erfahrungen der ZMQ sehr gefragt sind [GBC/GTZ 2009b].

Die kopiergeschützte CD-Rom ist sowohl auf englischer als auch auf französischer Sprache über Email-Anfrage ([acca@gtz.de](mailto:acca@gtz.de)) erhältlich. Eine praktische Anwendung der vorgestellten Standards und Indikatoren fand bereits innerhalb von Kooperationsprojekten zwischen GTZ und Unternehmensbündnissen in Kenia, Mosambik, Namibia, Nigeria, Sambia und Tansania statt [GTZ 2010j].

## 4.2.2 Aufbau

Die CD-Rom *HIV/ AIDS, Tuberkulose, Malaria: Interaktiver Kurs: Monitoring und Evaluation von Arbeitsplatzprogrammen* stellt eine Art elearning-Programm dar, das sich in zwei große Bereiche gliedert. Die erste Hauptoption ist das *interaktive Werkzeug* (interactive Tool), das - in Form einer elektronischen Lern- und Informationsplattform - die Kursvorlage zur Gestaltung eines eigenen Monitoring- und Evaluationssystems beinhaltet. Das zweite Hauptfeld stellt die *Indikatorsammlung* (Indicator Library) dar. Hier werden jeweils getrennt für verschiedene Indikatoren, Schritt für Schritt, alle wichtigen Daten des individuellen Monitoring- und Evaluationsprozesses eingetragen und abgespeichert. Im Folgenden werden die Inhalte der zwei Hauptoptionen der CD näher erläutert.

### 4.2.2.1 Interaktives Werkzeug

Das *interaktive Werkzeug* besteht aus acht Teilen, die in einer Übersicht im Hauptmenü aufgelistet sind. Einleitend wird in der Option *Introduction* erst einmal eine Einführung zu GBC und GTZ gegeben und die fünf Kursziele genannt. So sollte das Unternehmen nach Vollendung des Kurses z.B. imstande sein, ein eigenes Monitoring- und Evaluationssystem für das spezifische betriebliche WPP zu entwickeln (Kursziel 5).

Darauf folgen die sechs Lernmodule, die in der Tabelle in Abbildung 32 aufgelistet sind. Nach Abarbeitung aller Module endet der interaktive Kurs mit einer Schlussfolgerung.

Während des Kursablaufs kann der/die Nutzer/in jederzeit auf die Extraoptionen *Tour*, *Download*, *Glossary* und *Print* zugreifen. Die Option *Tour* erklärt der Nutzerin bzw. dem Nutzer kurz und verständlich die verschiedenen Optionen des Kurses. Im *Glossary*, dem Glossar, werden von A bis Z die wichtigsten Begriffe, die im Verlauf des Kurses auftauchen definiert. Mit Klick auf die Unteroption *Tip* erfährt der/die Nutzer/in kurz und knapp, wie er/sie im jeweils geöffneten Modul vorgehen soll. Im Bereich *Download* kann der/die Anwender/in auf sieben Excel-Tabellen und 21 PDF-Dateien zugreifen: Von allgemeinen Informationen (Berichte von wichtigen Versammlungen zu WPPs) über Handlungsempfehlungen (Checklisten z.B. zum Entwurf eines betrieblichen Grundsatzes) bis hin zu Anwendungshilfen (verschiedene Bögen und Formulare für die schriftliche Dokumentation aller Maßnahmen des WPPs). Insgesamt sind somit alle Inhalte, die auf der CD-Rom interaktiv durchlaufen werden, auch in schriftlicher bzw. ausdrückbarer Form verfügbar. Im Anhang 2.1 dieser Bachelorarbeit ist als Beispiel das ausgedruckte PDF zum zweiten Modul *Einfache Leitlinien zu Monitoring und Evaluation* beigefügt.

Strukturell betrachtet, beginnt jedes der sechs Module mit einer Auflistung von Zielen – die durch das Durchlaufen der Kurseinheit erreicht werden sollten - und endet mit einer Schlussfolgerung.

Inhaltlich betrachtet widmet sich jedes Modul einer zentralen Thematik rund um M&E- von Arbeitsplatzprogrammen zur HIV/AIDS-Prävention. Welche genauen Kapitel des Kurses pro Modul durchlaufen werden, zeigt die folgende Tabelle in Abbildung 32.

MODUL	INHALTE/ KAPITEL
<b>1. Einführung in die Arbeitsplatzprogramme zu HIV/AIDS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV/AIDS am Arbeitsplatz</li> <li>• Faktoren die die Gefahr von HIV/AIDS für Betriebe erhöhen</li> <li>• Auf die Epidemie reagieren</li> <li>• Betrieblicher HIV/AIDS Grundsätze/ Richtlinien</li> <li>• Verbreitung und Umsetzungen von HIV/AIDS Grundsätzen</li> <li>• Bestandteile der betrieblichen HIV/AIDS Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung</li> <li>• Kernbausteine eines HIV/AIDS Arbeitsplatzprogramms</li> <li>• Gestaltung und Handhabung eines HIV/AIDS Arbeitsplatzprogramms</li> <li>• Umgang mit den Auswirkungen auf einen Betrieb</li> <li>• Schlüssel zur Verbesserung von HIV/AIDS Arbeitsplatzprogrammen</li> <li>• Unternehmen, die von der GBC empfohlene HIV/AIDS Programme erfolgreich eingeführt/ umgesetzt haben</li> </ul>
<b>2. Einfache Leitlinien zu Monitoring und Evaluation von Arbeitsplatzprogrammen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überblick zu Monitoring und Evaluation</li> <li>• Was ist Monitoring und was ist Evaluation?</li> <li>• Zusammenhang/ Beziehung zwischen Monitoring und Evaluation</li> <li>• Schlüsselindikatoren in Arbeitsplatzprogrammen</li> <li>• Beispiele von Monitoring und Evaluation</li> <li>• Der Nutzen von M&amp;E</li> <li>• Monitoring und Evaluations-Kreis</li> <li>• Leitsätze/ Prinzipien von M&amp;E</li> <li>• Entwicklung einer Arbeitsplanmatrix und eines Zeitplans</li> <li>• Roadmap (Strategieplan) als Werkzeug zum Programmstand</li> <li>• Mehr Quellen zu M&amp;E</li> </ul>
<b>3. Interventionen zu Tuberkulose und Malaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberkulose: Ein Fall der Wirtschaft</li> <li>• Tuberkulose-Grundlagen</li> <li>• Tuberkulose verstehen</li> <li>• Symptome, Übertragung und Behandlung von Tuberkulose</li> <li>• HIV und TB</li> <li>• TB in HIV/AIDS Arbeitsplatzprogramme integrieren</li> <li>• Hauptaktivitäten zu ganzheitlichen HIV/TB Arbeitsplatzprogrammen</li> <li>• Malaria: Ein Fall der Wirtschaft</li> <li>• Malaria-Grundlagen</li> <li>• Malaria verstehen</li> <li>• Symptome, Übertragung und Behandlung von Malaria</li> <li>• HIV und Malaria</li> <li>• Arbeitsplatzinterventionen zu Malaria</li> <li>• Hauptaktivitäten zu ganzheitlichen HIV/Malaria Arbeitsplatzprogrammen</li> <li>• Unternehmen, die von der GBC empfohlene TB und Malaria-Programme erfolgreich umgesetzt haben</li> </ul>
<b>4. Fallstudie zu Schlüsselindikatoren und Bewertungen (Benchmarks) für Arbeitsplatzinterventionen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was ist ein Indikator?</li> <li>• Ein Beispiel: Indikatoren für ein bestimmtes Programm beschließen</li> <li>• Arten von Indikatoren</li> <li>• Häufigkeit der M&amp;E-Berichterstattung/ -Protokoll</li> <li>• Allgemeine Richtlinien zur Entwicklung von Indikatoren</li> <li>• Praxisstudie</li> </ul>
<b>5. Kommunikations- und Berichterstattungssystem zu M&amp;E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichterstattung: warum ist sie so wichtig?</li> <li>• Fortschrittsberichterstattung</li> <li>• Von der Berichterstattung zur Selbsteinschätzung</li> <li>• Überblick über Bewertungswerkzeug zum “Best Practice Action Standard”</li> </ul>
<b>6. Kosten-Nutzen Analyse und weitere Quellen zu M&amp;E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Herausforderungen, denen Unternehmen begegnen</li> <li>• Ökonomische/ wirtschaftliche Evaluationsmethoden/ -verfahren</li> <li>• Argumente zur Kosten-Nutzen-Analyse</li> <li>• Grundlegende Schritte bei der Durchführung einer Kosten-Nutzen-Analyse</li> <li>• Die Messung des Nutzens im Sinne von Kosteneinsparungen</li> <li>• Sammlung bestehender Werkzeuge/ Instrumente</li> <li>• Zusätzliche Quellen</li> </ul>

Abbildung 32: Module und zugehörige Kapitel des interaktiven Werkzeugs; *Quelle: GBC/GTZ 2009c*

#### 4.2.2.2 Indikatorsammlung

Die zweite Hauptoption auf der CD-Rom, die *Indikatorsammlung*, umfasst zwei Aufzeichnungswerkzeuge, eines zum Monitoring und eines zur Evaluation.

Beide Aufzeichnungswerkzeuge sind thematisch und strukturell ähnlich aufgebaut: Beim Öffnen sollen einleitend erst einmal allgemeine Angaben (*Firmenname, Adresse, Anzahl an Angestellten, Kontaktperson, Startdatum des WPPs, Auswertungszeitraum, Name des Prüfteams, usw.*) im Bezug auf das eigene Unternehmen eingetragen und das Jahr ausgewählt werden, in dem das Monitoring bzw. die Evaluation stattfindet.

Das Menü der beiden Werkzeuge besteht aus den gleichen fünf Hauptindikatoren: *Programmdesign, Prävention, Behandlungsbetreuung und Unterstützung, Medizinisches und soziales Hilfesystem* sowie *Reichweite auf Gemeinden/ Lieferanten*. Die zugehörigen Unterkategorien weichen allerdings zwischen der Monitoring- und Evaluationsoption teilweise voneinander ab, wie die Tabelle von Abbildung 33 zeigt.

Im Aufzeichnungswerkzeug zum Monitoring öffnet sich beim Anklicken der Menü-Unterschriften jeweils ein Fenster mit freien Feldern zum Eintragen der individuellen Daten des Unternehmens. Was und wie viel in diesem Fenster abgefragt wird, hängt vom jeweiligen Indikator ab. So werden in eigenen Feldern lediglich ein oder zwei Aspekte abgefragt, wie z.B. in der Kategorie *Programmdesign* → *Basisinformation*, wo nur nach der Anzahl von männlichen und weiblichen Angestellten pro Monat gefragt wird. In anderen Kategorien erscheinen hingegen große Tabellen mit zahlreichen Spalten und Zeilen, wie etwa im Fenster zu *Prävention* → *Allgemeine Sensibilisierung für HIV/AIDS, TB und Malaria*, in der jeweils für jeden Monat die Anzahl durchgeführter IEC-Sitzungen zu 14 verschiedenen Themenbereichen abgefragt wird (Grundlagen von HIV/AIDS, Tuberkulose (TB), Malaria; Stigma und Diskriminierung; Sozialleistungen usw.).

Im Evaluationswerkzeug geht es hauptsächlich darum, zu zahlreichen verschiedenen Indikatoren Fragen zu beantworten. Für jeden abgefragten Indikator öffnet sich ein Fenster. Das Antworten geschieht durch Anklicken bzw. Ausfüllen der vier Felder: „ja/ nein oder freies Antwortfeld“, „Anmerkungen, Kommentare, Beobachtungen, Schlussfolgerungen“ „Informationsquelle“ und teilweise zusätzlich noch ein großes freies Feld zum Eintragen „weiterer Informationen“. So wird zum Beispiel unter *Programmdesign* → *Basiserhebungen* die Frage „Wurden im Unternehmen eine oder mehr der folgenden Untersuchungen durchgeführt?“ gestellt und die Punkte „Bedarfsanalyse“; „Erhebung der Prävalenz“; „Kosten-Nutzen-Analyse“ und „KABP“ aufgeführt, auf die mit ja/nein beantwortet werden kann. Im Anhang 2.2 dieser Arbeit sind alle Fragen und Indikatoren zur Evaluation der fünf Themenbereiche als 14-seitige Checkliste aufgeführt.

In beiden Aufzeichnungswerkzeugen, das heißt sowohl in dem zum Monitoring als auch in dem zur Evaluation, ermöglicht die Option *View* eine bildliche Darstellung der eingegeben Daten des aktuellen Indikators - zum Beispiel in Form eines Säulen- bzw. Balkendiagrammes. Darüber hinaus werden alle Legenden der entstandenen Grafiken verständlich erläutert.

Hauptindikatoren	Unterkategorien Monitoring	Unterkategorien Evaluation
<b>Programmdesign</b>	Basisinformation	Basiserhebungen
	Planung/ Budget	
	Personalbestand	
	Partnerschaften	
	Grundsatz/ Richtlinien	
		M&E-System
		Betriebliche Impact-Indikatoren
		Allgemeine Empfehlungen
<b>Prävention</b>	Allgemeine Sensibilisierung für HIV/AIDS, TB und Malaria	
	Peer Education	
	Kondomverteilung	
	Freiwillige Beratung und Bluttest-Untersuchung (VCT)	
	Verteilung von mit Insektiziden behandelten Moskitonetzen (ITN)	
	Tuberkulose Fall-Befund	
<b>Behandlungsbetreuung und Unterstützung</b>	Verfügbare medizinische Versorgungsdienste und Medikamente (vor allem im Betrieb oder in erreichbarer Nähe)	
	In Behandlung stehende Arbeitnehmer	
	TB-Behandlungsbetreuung und Unterstützung	
<b>Medizinisches und soziales Hilfesystem</b>	Betriebliche Arbeitsplatzrichtlinien zu HIV/AIDS, TB und Malaria	
	In Krankenkassen versicherte Personen	
	Prozentanteil der in Krankenkassen versicherten Personen	
<b>Reichweite auf Gemeinden/ Lieferanten</b>	Beitrag des Unternehmens zur Gemeindereichweite	
	Haushalte und Personen, die über weitreichende Aktivitäten erreicht werden	
	Betriebliche Aktivitäten zur Versorgungskette/ Zulieferkette	
	Unternehmen und Arbeitnehmer, die via Aktivitäten zur Zulieferkette erreicht werden	

Abbildung 33: Hauptthemenbereiche und Unterkategorien der Indikatorsammlung, getrennt nach Monitoring- und Evaluationsoption; *Quelle: GBC/GTZ 2009c*

### 4.3 AWISA Evaluation Tool

Auch der *Deutsche Entwicklungsdienst (DED)* und die *internationale Weiterbildung und Entwicklung GmbH (Inwent)* haben ein verfeinertes Instrument zum Monitoring und zur Evaluierung ihres Kooperationsprogramms AWISA erarbeitet. Mit der *AWISA Toolbox* wurde ein Werkzeugkasten entwickelt, der zur Unterstützung der Implementierung von WPPs in kleinen und mittleren Betrieben dient. Die sogenannte Toolbox umfasst eine Sammlung von englischsprachigen Dokumenten, Instrumenten und Werkzeugen, die auf jahrelanger Erfahrung im Aufbau maßgeschneiderter Programme für den privaten Sektor basieren. Der komplette Werkzeugkasten steht auf der Homepage von AWISA zum freien Download zu Verfügung [INWENT 2010e].

Eine wichtige Komponente dieser Sammlung ist das *Evaluation Tool*. Es handelt sich dabei um ein Informationswerkzeug, das zur systematischen Untersuchung der WPPs dient und eine Aussage darüber liefert, wie gut das AWISA-Programm in einem Betrieb umgesetzt wurde. Die Überprüfung erfolgt mit Hilfe des *Evaluation Questionnaire for Company Visits*. Dieser Evaluationsfragebogen wird von einem AWISA-Berater ausgefüllt, der im Rahmen der externen Evaluation den Betrieb zweimal jährlich besucht. Zum Evaluation Tool gehört aber auch eine Checkliste, mit der die FPs des jeweiligen Betriebes direkt die Qualität ihres WPPs einschätzen können. Sie dient sozusagen als eigene Basis-Überprüfung für die halbjährliche externe Evaluation. Darüber hinaus umfasst die Evaluationswerkzeugbox noch spezielle Leitlinien zu den verschiedenen AWISA-Formularen, die den Betrieben im Umgang mit den einzelnen Evaluationsinstrumenten helfen sollen. Die drei genannten Komponenten des Werkzeugkastens - Leitlinien zum Evaluationswerkzeug, die FP-Checkliste und der Evaluationsfragebogen – sind als Anlagen 3.1, 3.2 und 3.3 im Anhang der Arbeit nachzulesen [FÄRBER 2009:5; INWENT 2010e].

#### 4.3.1 Aufbau

Die Evaluation des implementierten Programms gegen HIV/AIDS basiert auf fünf verschiedenen Säulen mit jeweils individuellen Bausteinen und passenden Qualitätskriterien bzw. messbaren Indikatoren. Diese werden mittels eines dreiseitigen Evaluationsfragebogens Schritt für Schritt abgefragt. Dabei werden sowohl geschlossene Fragen gestellt, die mit ja/nein geantwortet werden können, als auch offene Textfragen oder eine Kombination aus beiden. Im System sind alle relevanten WPP-Aktivitäten des Maßnahmen- und Budgetplans erfasst, für die, je nachdem, wie sie erfüllt wurden, Punkte vergeben werden. Insgesamt können 700 Punkte erreicht werden [INWENT 2010e].

Die **erste Säule** stellt die **Programm-Koordinierung** dar. Dazu zählen diverse Bausteine, die sich auf die Arbeitsleistung der Betriebsleitung und FPs sowie auf Organisation, Kommunikation und Implementierung des WPPs beziehen. So werden im ersten Abschnitt des Evaluationsbogens z.B. die Fragen gestellt, ob ein aktueller Maßnahmenplan vorliegt, ob das Budget rechtzeitig zur Verfügung gestellt wird und ob das Gefühl vorherrscht, ausreichend Unterstützung von der Betriebsleitung zu erhalten.

Die **zweite Säule** umfasst die Bereiche **Information und Ausbildung**. Hier werden Informations- und Aufklärungsveranstaltungen, HIV/AIDS-Notiztafeln, Plakate und Informationsmaterial zu HIV/AIDS und Programme für die PEs betrachtet.

Die **dritte Säule** beinhaltet den Faktor **Gesundheitsförderung/ -management**. In dieser Kategorie werden Angaben zu Kondomverteilung, Verweisung auf HIV/AIDS-Dienstleistungen, VCT sowie Erste-Hilfe-Kästen abgefragt.

Die **vierte Säule** bezieht sich auf die **Arbeitsplatzrichtlinien**. Hier wird beispielsweise überprüft, ob die Richtlinien von allen Mitarbeitern gemeinsam entwickelt wurden, allen zugänglich sind und regelmäßig neu angepasst werden.

Schwerpunkte der **fünften Säule** liegen im Bereich **Monitoring und Berichterstattung**. Die Prüfkriterien beziehen sich auf die regelmäßige Datenerfassung verschiedener Programmpunkte, auf die inner- und außerbetriebliche Kommunikation und auf die regelmäßigen Fortschrittsberichte. Abschließend werden noch **herausragende Aktivitäten**, die über die Inhalte der fünf Säulen hinausgehen, erfasst, wie beispielsweise, wenn Aufklärungssitzungen nie verschoben wurden, FPs Improvisationstalent bewiesen haben oder Mitarbeiter einen Anti-AIDS-Club gegründet haben [INWENT 2010e].

Workplace Programme Coordination	Information & Education	Health Management	Workplace Policy	Monitoring & Reporting
Action- and Budgetplan	Regular Awareness Sessions	Condom Provision (Male and Female)	<u>Good</u> : Standard Policy Statement ('mini-policy') OR <u>Best</u> : Workplace Policy	Continuous Recording of WPP activities
Clarification of roles & responsibilities	HIV/AIDS Noticeboard	Linking up with HIV/AIDS Services		
Selection of FP & Peer	Dissemination of Information Material	(On-Site) VCT	Communication of policy to staff	Quarterly Reporting to Mgt. (Cc to AWISA)
Job Description FP & Peer	Peer Education Programme			
<b>75 points</b>	<b>250 points</b>	<b>200 points</b>	<b>100 points</b>	<b>75 points</b>

Abbildung 34: AWISA-Säulen und Unterbausteinen (Good Practice Standards für WPPs); *Quelle: INWENT 2010e*

### 4.3.2 Evaluationsbericht

Inwieweit die einzelnen Bausteine erfüllt werden, wird regelmäßig von AWISA gemessen, evaluiert und schließlich der Betriebsleitung und dem FP berichtet. Dazu erhält der Betrieb, einen Monat nach dem Betriebsbesuch, einen WPP-Evaluationsbericht. Der erste Teil umfasst eine dreiseitige Übersicht über die Hauptergebnisse der Evaluation. Die erreichten Ergebnisse werden bewertet und verglichen, und zwar sowohl mit vorherigen Evaluationen im selben Unternehmen als auch mit anderen Betrieben, als eine Art Benchmarking. Anschließend werden Empfehlungen gegeben. Abbildung 35 zeigt ein Säulendiagramm, in dem die Ergebnisse zweier WPP-Evaluationen im selben Betrieb hinsichtlich der fünf thematischen Kernbereiche (Säulen) miteinander verglichen werden [INWENT 2010e].

Der zweite Teil des Berichts beinhaltet vier Seiten Anhang mit den detaillierten Ergebnissen. Schließlich wird dem Betrieb noch eine Zertifizierung bzw. ein Zeugnis ausgehändigt. Je nach Punkteergebnis der Evaluation kann einer von sechs Rängen erreicht werden: hervorragend, sehr gut, gut, ausreichend, mangelhaft und ungenügend. In den Anlagen 3.4 und 3.5 des Anhangs der vorliegenden Arbeit ist jeweils ein Muster für einen WPP-Evaluationsbericht und für ein Zeugnis von AWISA dargestellt [INWENT 2010e].

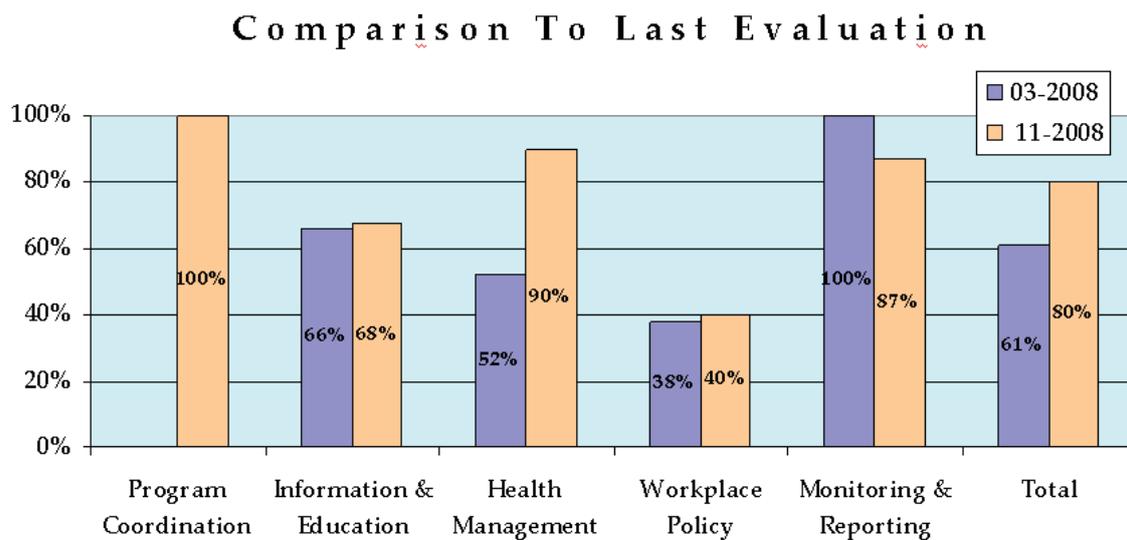


Abbildung 35: Vergleich der Ergebnisse von zwei verschiedenen WPP-Evaluationen im selben Betrieb (Auszug aus dem AWISA-Evaluationsbericht); *Quelle: INWENT 2010e*

## 5 Systematischer Vergleich der Werkzeuge

Um ein Evaluationswerkzeug beurteilen zu können, muss in erster Linie erfasst werden, ob es seinen Zweck erfüllt. So stellt sich die Frage, ob es anhand des Werkzeugs tatsächlich gelingt, die Wirksamkeit des jeweiligen WPPs in Subsahara-Afrika zu ermitteln (Vgl. Ziele von WPPs Kapitel 2.1). Es gilt herauszufinden, ob die einzelnen Komponenten des Werkzeugs - z.B. Fragen im Evaluationsbogen und einbezogene Indikatoren - ausreichend, angemessen und praktikabel sind, um einer qualitativ hohen WPP-Evaluation gerecht zu werden.

Im Rahmen der Analyse von Evaluationswerkzeugen für WPPs spielen drei zentrale Themenbereiche eine wichtige Rolle: die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), die HIV/AIDS-Prävention und die Evaluation. Um die vorgestellten Evaluationswerkzeuge – *Tools for Monitoring and Evaluation of the Behaviour Change Communication Programme for the Workplace*; *HIV/AIDS – Tuberculosis – Malaria: Interactive Course: Monitoring and Evaluation of Workplace Programs* und *AWISA Evaluation Tool*<sup>1</sup> - möglichst systematisch vergleichen zu können, werden sie hinsichtlich ihres Erfüllungsgrads bestimmter Qualitätsstandards aus den drei Themenfeldern untersucht. Im Bereich der BGF wird zum Beispiel die Partizipation zu den wichtigen Qualitätsstandards gezählt, während im Feld der HIV/AIDS-Prävention beispielsweise die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung als relevanter Qualitätsindikator betrachtet wird. Im Bereich Evaluation wird die Auswahl der Qualitätsstandards nicht selbst festgelegt, sondern direkt auf die Evaluationsstandards der DeGEval - Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit – zurückgegriffen (vgl. Abschnitt 3.2).

Zu den Themenbereichen BGF und HIV/AIDS-Prävention wird jeweils eine Tabelle aufgeführt, in der die drei Werkzeuge hinsichtlich Qualitätsstandards gegenübergestellt werden. Daraus folgernd werden die Instrumente hinsichtlich ihrer erfüllten bzw. nicht-erfüllten Eigenschaften kommentiert. Um den Umfang des Vergleichs einzugrenzen, werden ausschließlich Fragen und Indikatoren aus dem Bereich der Evaluation (ohne Monitoring) betrachtet. In der Regel können damit sowohl qualitative Ziele des WPPs – wie z.B. die Entmythisierung - als auch quantitative Ziele – wie etwa die Erhöhung der Kondomnutzung – abgefragt werden.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die Evaluationswerkzeuge im weiteren Verlauf der Arbeit namentlich abgekürzt:

- *Tools for Monitoring and Evaluation of the Behaviour Change Communication Programme for the Workplace* mit *BBC-Tool*
- *HIV/AIDS – Tuberculosis – Malaria: Interactive Course: Monitoring and Evaluation of Workplace Programs* mit *Interactive Course*
- *AWISA Evaluation Tool* mit *AWISA-Tool*

## 5.1 Standards für betriebliche Gesundheitsförderung

Als wichtige Standards für betriebliche Gesundheitsförderung, die ein Evaluationswerkzeug mittels Indikatoren bzw. Fragen erfassen sollte, werden folgende fünf Aspekte betrachtet:

### **Arbeitsplatzpolitik: Grundsatz und Richtlinien**

Die Unternehmenspolitik stellt das Fundament dar, auf dem die Strategien bzw. Aktionspläne und verknüpften Maßnahmen eines Arbeitsplatzprogramms basieren. Im Bereich HIV/AIDS sollten darin z.B. Richtlinien zu Prävention, medizinischen Versorgung, Gemeindereichweite, Nicht-Diskriminierung, usw. schriftlich fixiert sein. Ein Evaluationswerkzeugs sollte daher grundsätzlich überprüfen, ob im Unternehmen ein HIV/AIDS-Grundsatz entwickelt wurde. Weiter könnte mittels spezifizierter Indikatoren und Fragen beispielsweise herausgefunden werden, welche Themenbereiche mit dem Grundsatz abgedeckt und welche Strategien damit verfolgt werden [ILO/FHI 2008:76].

### **Aufklärung und Sensibilisierung zu HIV/AIDS**

Einen zentralen Baustein von WPPs stellen Aktionen zur Information, Ausbildung und Kommunikation dar, die auf Veränderungen von Wissen, Einstellung, Verhalten und Überzeugungen bezüglich HIV/AIDS zielen, kurz IECs. Daher sollte erfasst werden, ob eine Wissensvermittlung zu grundlegenden Themen wie HIV/AIDS, Kondome, Übertragungswege, Leben mit AIDS, Konsequenzen und Nutzen von Tests, usw. stattfindet und wie viele Arbeitnehmer/innen an den Informationsveranstaltungen teilnehmen. Zudem kann die Anzahl der ausgelegten bzw. verteilten Informationsmaterialien bzw. Broschüren gezählt werden. Darüber hinaus kann danach gefragt werden, ob zusätzliche Bemühungen z.B. in Form parallel laufender Aufklärungsmaßnahmen zu Tuberkulose und Malaria stattfinden [FÄRBER 2009:9].

### **Gender-Aspekt**

Neben der geschlechtsspezifischen Differenzierung spielt auch die Frauenstärkung eine erhebliche Rolle. Diesbezüglich sollte erhoben werden, ob spezielle Maßnahmen für Frauen stattfinden, die ihnen helfen, sich vor einer Infektion zu schützen und eventuell auch einen Beitrag in Richtung Stärkung der Gleichberechtigung, des individuellen Durchsetzungsvermögens und der sexuellen Selbstbestimmung von Frauen leisten [BMZ 2007b:16f.].

Grundlegend sollte hinsichtlich der Berücksichtigung des Gender-Aspekts die Anzahl von Frauen und Männern unter den FPs, PEs sowie Teilnehmern an IECs, VCTs und ARVTs erhoben werden. Weiter sollte überprüft werden, ob die Aufklärungskurse nach Geschlechtern getrennt stattfinden und ob auf eine geschlechtergerechte Darstellung und Verwendung von Ressourcen geachtet wird. Das Geschlechtsbewusstsein der Ausbilder/innen, die gleichwertige Bevollmächtigung von Frauen und Männern während der IECs, der Einbezug von Mädchen und Jungen in die Familienprogramme und weitere qualitative Aspekte können nicht so einfach dokumentiert werden. Hier müssen Beobachtungen und Interviews mit den Akteuren stattfinden [FÄRBER 2009:9f., ILO/FHI 2008:339].

### **Partizipation, Qualifizierung, Demokratisierung**

Eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz und somit den Erfolg von WPPs ist neben der Einbindung der Belegschaft auch die der Familien und Gemeinden (vgl. Abschnitt 2.2.2). Indikatoren sollten überprüfen, ob im Betrieb alle Beschäftigten ein Mitspracherecht besitzen, ob Netzwerke mit partizipativem und demokratischem Aufbau existieren und wie hoch die individuelle Einsatzbereitschaft ist. Ausschlaggebend sind diesbezüglich zum Beispiel Fragen zu den Gruppenausbilderinnen und -ausbildern (PEs), das heißt, wie viele es gibt, wie oft sie sich mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern treffen und wie die PEs gewählt, ausgebildet und betreut sowie ausgestattet und finanziert werden. Darüber hinaus sollten Indikatoren zur Einschätzung der Qualifikation von PEs verwendet werden. So könnten Befragungen und Beobachtungen dazu dienen, die didaktischen, beratenden und betriebswirtschaftlichen Fertigkeiten der PEs zu beurteilen [GREIFELD 2006: 217; FÄRBER 2009:9; GTZ 2006:2].

Bezüglich der Reichweite auf Familien und Gemeinden sollte z.B. erhoben werden, ob mit Gewerkschaften zusammengearbeitet wird, ob Familienprogramme existieren und inwieweit Ehemänner und Ehefrauen, Söhne und Töchter und größere Familienteile im Rahmen der WPP-Maßnahmen mitberücksichtigt werden [KROMREY 2001:127; FÄRBER 2009: 2, 7,10].

### **Arbeits(un)fähigkeit, Versicherungsschutz, Kosten**

Die Wirksamkeit eines WPPs spiegelt sich unter anderem darin wider, ob durch die diversen Bemühungen eine Reduzierung von Fehlzeiten und frühzeitigen Berentungen erreicht werden kann. In diesem Zusammenhang kann z.B. erfasst werden, wie hoch die durch HIV/AIDS bedingte Personalfuktuation ist bzw. wie viele HIV/AIDS-positive Arbeitnehmer/innen trotz Krankheit weiterhin im Unternehmen arbeiten. Zudem sollten Indikatoren danach fragen, ob im jeweiligen Betrieb eine soziale und medizinische Risikoabsicherung gewährleistet ist, das heißt z.B. ob und wie viele Mitarbeiter/innen krankenversichert sind. Darüber hinaus sollte gemessen werden, wie sich die Kosten für medizinische Versorgung und Versicherung langfristig verhalten [ILO 2003:11; ILO 2005a:2f.].

### 5.1.1 Vergleichstabelle für den Bereich „Betriebliche Gesundheitsförderung“

Ziele	BCC-Tool (ILO)	Interactive Course (GBC/ GTZ)	AWISA-Tool (DED/ Inwent)
<b>Arbeitsplatzpolitik: Grundsatz und Richtlinien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unmittelbares Ziel 4: Wissen und Verständnis von HIV/AIDS-Arbeitsplatzrichtlinien bzw. -grundsätzen erhöhen (3 Indikatoren), z.B.: *<sup>i</sup> Anzahl und Prozentanteil der MA (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter)<sup>ii</sup>, die drei oder mehr Schlüsselprinzipien des HIV/AIDS-Grundsatzes richtig identifizieren können</li> <li>Beispielfragen für M&amp;E basierend auf der Fallstudie der „Mumias Sugar Company“:</li> <li>- Werden Programmaktivitäten gemäß Leitlinien und mit dem erwarteten Qualitätsstandard verrichtet?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hauptindikator Programmdesign → Grundsatz/Richtlinien (5 Fragen), z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hat Ihr Unternehmen einen HIV/AIDS, TB, und/oder Malaria-Grundsatz verabschiedet?</li> <li>- Welche Themenbereiche werden von Arbeitsplatzgrundsatz bzw. -richtlinien abgedeckt?</li> <li>- Wie viel Prozent der MA kennen den Grundsatz?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Säule 4: HIV/AIDS- Arbeitsplatzrichtlinien (6 Fragen), z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gibt es einen HIV/AIDS-Grundsatz oder Richtlinien?</li> <li>- Wann wurden die Richtlinien das letzte Mal neu angepasst?</li> </ul> </li> </ul>
<b>Aufklärung und Sensibilisierung zu HIV/AIDS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unmittelbares Ziel 1: Wissen, Einstellungen und Ansicht von Normen verbessern, die mit hochriskanten Verhaltensweisen bezüglich HIV zusammenhängen (7 Indikatoren):</li> <li>* Anzahl und Prozentzahl der MA, die drei effektive Möglichkeiten zum Schutz vor einer HIV-Infektion richtig identifizieren können</li> <li>* Anzahl und Prozentzahl der MA, die drei oder mehr HIV Übertragungswege richtig identifizieren können</li> <li>- Wie ist die Auswirkung auf den Wissensstand der Bevölkerung?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prävention → Allgemeine Sensibilisierung für HIV/AIDS, TB und Malaria (5 Fragen):</li> <li>- Ist Material zu IEC jederzeit verfügbar?</li> <li>- Wie viele IEC-Sitzungen haben pro Jahr für die MA zu folgenden Themen stattgefunden?</li> <li>- Wie viele MA und wie viele Angehörige wurden pro Sitzung erreicht?</li> <li>- Wie hoch ist innerhalb der Arbeiterschaft der Prozentanteil korrekten Wissens bezüglich Möglichkeiten der HIV-Prävention?</li> <li>Programmdesign → Basiserhebungen</li> <li>- Wurden im Unternehmen eine oder mehrere KABP-Studien durchgeführt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Säule 2: Information und Ausbildung:</li> <li>A. Aufklärungsveranstaltungen (7 Fragen): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Module wurden während der letzten 6 Monate angeboten?</li> <li>- Wie viele MA nahmen an den Aufklärungssitzungen teil (in % der gesamten Arbeiterschaft)?</li> </ul> </li> <li>B. HIV/AIDS- Notiztafel (6 Fragen): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist eine HIV/AIDS-Notiztafel vorhanden? Wie viele?</li> <li>- Wie häufig werden die Informationen zu HIV/AIDS aktualisiert?</li> </ul> </li> <li>C. Informationsmaterial zu HIV/AIDS (7 Fragen): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Über welche Themen wurden Broschüren oder Handzettel verteilt?</li> </ul> </li> </ul>
<b>Gender-Aspekte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beispielfragen für M&amp;E basierend auf der Fallstudie der „Mumias Sugar Company“:</li> <li>- Wie viele PEs wurden ausgebildet? Wie viele davon waren Männer und wie viele waren Frauen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prävention → VCT, Kondomverteilung</li> <li>- Wie viele MA wurden beraten und getestet (Prozentanteil aller MA, Anzahl an Frauen, Anzahl an Männern)?</li> <li>- Welche Art von Kondomverteilungssystem wurde eingerichtet (gewöhnliche Kondome, spezielle Kondome für Frauen bzw. für Männer)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Säule 3: Gesundheitsförderung/ -management: A. Kondomverteilung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gibt es Kondome für Männer in den Toiletten?</li> <li>- Gibt es Kondome für Frauen in den Toiletten?</li> </ul> </li> </ul>

Ziele	BCC-Tool (ILO)	Interactive Course (GBC/ GTZ)	AWISA-Tool (DED/ Inwent)
Partizipation, Qualifizierung, Demokratisierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mittelfristiges Ziel 3: Grad an Arbeitsplatz-Kollaborationen und Engagement von Arbeiterschaft und Leitung erhöhen (6 Indikatoren):</li> <li>* Anzahl und Prozentzahl der MA, die an der Implementierung des HIV-AIDS-Grundsatzes teilgenommen haben</li> <li>• Output-Indikator:</li> <li>* Prozentanteil von MA, die angeben im vergangenen Jahr mit einem PE kommuniziert zu haben</li> <li>* Gesamtzahl der erreichten MA (der Zielgruppe)</li> <li>• Beispielfragen für M&amp;E basierend auf der Fallstudie der „Mumias Sugar Company“:</li> <li>- Wie viele PEs wurden ausgebildet?</li> <li>- Wie viele MA konnten von den PEs erreicht werden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prävention → Peer Education (6 Fragen):</li> <li>- Bietet der Betrieb den PEs einen Leistungsanreiz?</li> <li>- Existiert eine Qualitätskontrolle/ ein Feedback-System für PEs?</li> <li>- Wie viele PE-Sitzungen haben zu folgenden Themen stattgefunden?</li> <li>• Programmdesign → Personalbestand:</li> <li>- Welche Art von Ausbildung haben folgende Personen im Laufe der letzten 12 Monate erhalten?</li> <li>- Würden die PE demokratisch gewählt?</li> <li>- Würden Programmkoordinator, Einsatzgruppe und PEs der Unternehmensleitung den MA vorgestellt?</li> <li>• Reichweite auf Gemeinden (4 Fragen):</li> <li>- Wie viele Haushalte oder Personen werden mit den betrieblichen Programmen erreicht?</li> <li>- Wie viele Haushalte oder Personen nehmen an den Aktivitäten zur Gemeinereichweite teil?</li> <li>- Würden spezielle IEC Veranstaltungen für Angehörige organisiert?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Säule 1: Programm-Koordinierung: Punkt Unterstützung der Betriebsleitung (6 Fragen):</li> <li>- Erfahren Sie genügend Unterstützung von der Betriebsleitung?</li> <li>Punkt Engagement des FPs:</li> <li>- Wie oft nehmen Sie an Runden Tischen und Weiterbildungskursen teil?</li> <li>• Säule 2: Information und Ausbildung: D.Peer Education (9 Fragen):</li> <li>- Welche Abteilung verfügt über PEs und wie viele gibt es dort?</li> <li>- Wie häufig führen PE Gruppendiskussionen durch? Wann war die letzte?</li> <li>• Säule 4: HIV/AIDS- Arbeitsplatzrichtlinien:</li> <li>- Würden die Richtlinien gemeinsam mit den MA entwickelt?</li> <li>- Würden die MA in den Grundsatz eingeführt?</li> <li>• Herausragende Aktivitäten, z.B. Gründung eines Anti-AIDS-Clubs durch Mitarbeiter/innen</li> </ul>
Arbeits(un)fähigkeit, Versicherungsschutz, Kosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurzfristige Outcome-Indikatoren:</li> <li>* Anzahl von mit HIV/AIDS lebenden Menschen, die ein Jahr nach Feststellung ihres HIV-positiven Status, immer noch für das Unternehmen arbeiten</li> <li>* Anzahl der gesundheitsbezogenen Abwesenheiten pro Monat</li> <li>* Anstieg oder Rückgang der medizinischen Kosten, in Kostenarten (unterteilt)</li> <li>• Beispielfragen für M&amp;E basierend auf der Fallstudie der „Mumias Sugar Company“:</li> <li>- Was hat die Programmeinführung bislang gekostet?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmdesign → Betriebliche Impact Indikatoren (5 Fragen):</li> <li>- Würde die Personalfuktuation bedingt durch HIV/AIDS, TB und Malaria reduziert?</li> <li>- Sind die medizinischen Kosten bedingt durch HIV/AIDS, TB und Malaria gesunken?</li> <li>- Sinken die Kosten betrieblicher Sozialleistungen?</li> <li>- Würde der Produktionsausfall reduziert?</li> <li>• Med. und soziales Hilfesystem (4 Fragen):</li> <li>- Wie viel Prozent der MA sind krankenversichert?</li> <li>- Wie viel Prozent des Bruttolohns der MA fließt in Vorsorgeleistungen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Säule 3: Gesundheitsförderung/ -management: B. Hinweise auf und Überweisung zu HIV/AIDS-Diensten:</li> <li>- Wie viele MA sind krankenversichert?</li> </ul>

<sup>i</sup> Indikatorbeispiele werden mit einem Stern (\*) aufgezählt, Fragebeispiele hingegen mit einem Bindestrich (-).  
<sup>ii</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird der Begriff Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit MA abgekürzt.

### 5.1.2 Vergleichsergebnisse für den Bereich „Betriebliche Gesundheitsförderung“

In allen drei Evaluationswerkzeugen werden für den Bereich **Arbeitsplatzpolitik: Grundsatz und Richtlinien** wichtige Fragen aufgegriffen. So wird in jedem der Tools nach den genauen Inhalten und der regelmäßigen Aktualisierung des Grundsatzes gefragt. Mit dem *BCC-Tool* und dem *Interactive Course* kann darüber hinaus noch überprüft werden, ob die Arbeitsplatzrichtlinien tatsächlich auch von der Arbeiterschaft verinnerlicht wurden.

Das Themenfeld **Aufklärung und Sensibilisierung zu HIV/AIDS** wird sowohl im *Interactive Course* als auch im *AWISA-Tool* gut abgedeckt. Es werden nicht nur Fragen zur Verfügbarkeit von Informationsmaterial gestellt, sondern auch zu Anzahl, Häufigkeit, Inhalt und Nachfrage von Aufklärungssitzungen. Im Gegensatz zum *AWISA-Tool* beinhaltet der *Interactive Course* zusätzlich noch die Fragestellung, ob tatsächlich eine Verbesserung des Wissens über HIV/AIDS erreicht wurde. Zudem wird danach gefragt, ob Wissen, Einstellungen, Praktiken und Verhalten gegenüber HIV/AIDS regelmäßig erhoben werden, das heißt, ob eine KAPB-Studie stattfindet. Die Indikatoren des *BCC-Tools* beziehen sich ausschließlich auf diesen Aspekt der Wissensverbesserung. Das *AWISA-Tool* enthält dafür zusätzlich noch die Frage, warum Aufklärungssitzungen nicht mehr stattfinden. Positiv ist zudem anzumerken, dass der Fragenkatalog strukturell so aufgebaut ist, dass Antworten oftmals überprüft bzw. abgesichert werden: Auf die Frage nach der Häufigkeit einer Sitzung folgt sofort die Frage nach dem Termin der letzten Veranstaltung dieser Art. Zudem enthält das Tool die Kategorie *Herausragende Aktivitäten*, in dem als Beispiel *nie-verschobene Aufklärungssitzungen* genannt wird.

Zu bemängeln ist allerdings, dass keines der Werkzeuge auf den sprachlichen Aspekt eingeht. Somit bleibt unklar, ob die Aufklärung, sei es mündlich oder schriftlich, tatsächlich in der einheimischen Sprache vermittelt wird. Ferner wird nicht spezifisch abgefragt, ob die Kurse und Trainings während oder außerhalb der Arbeitszeit stattfinden.

Der für die erfolgreiche Durchführung von Arbeitsplatzprogrammen so zentrale **Gender-Aspekt** wird in allen drei Werkzeugen stark vernachlässigt. Es sind kaum Fragen dazu vorhanden, von wem die WPP-Maßnahmen durchgeführt werden, das heißt ob von Frauen, von Männern oder von beiden. Insbesondere im Bezug auf VCTs wäre diese Information essentiell zu ermitteln. Werden die Tests und Beratungen ausschließlich von Männern durchgeführt, könnte der Fall eintreten, dass die weiblichen Mitarbeiterinnen sich scheuen, diese Maßnahme wahrzunehmen. Werden Frauen allerdings von Frauen befragt und beraten, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie sich ihrem Gegenüber wirklich öffnen. Ferner fragt keines der Werkzeuge danach, ob frauenspezifische Aufklärungsangebote vorhanden sind, wie z.B. zur Förderung der Gleichberechtigung und sexuellen Selbstbestimmung oder zur Aufklärung über die Mutter-Kind-Übertragung.

Nichtsdestotrotz sind einige kleine Ansätze der Geschlechterdifferenzierung erkennbar. Mit dem *BCC-Tool* wird beispielsweise ermittelt, wie viele PEs weiblich und wie viele männlich sind. Im *Interactive Course* sollen zahlreiche Fragen - wie z.B. zur Anzahl von Teilnehmern an VCTs -

getrennt für einzelne Kategorien beantwortet werden, das heißt bezogen auf die ganze Zielgruppe, nur bezogen auf Frauen und nur bezogen auf Männer. Zudem werden sowohl hier als auch im *AWISA-Tool* verschiedene Kondomtypen berücksichtigt. So wird zwischen gewöhnlichen Kondomen, speziellen Kondomen für Frauen und speziellen Kondomen für Männer differenziert. Im *Interactive Course* wird zudem näher auf die Kondomverteilungsstellen eingegangen. So kann herausgefunden werden, ob letztere so eingerichtet sind, dass Männer und Frauen sich bei der Entnahme von Verhütungsmitteln gegenseitig nicht beobachten können. Kann diese Anonymität nicht gewährleistet werden, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen ganz auf Kondome verzichten, aus Angst, beim Herausholen gesehen zu werden.

Der Punkt **Partizipation, Qualifizierung und Demokratisierung** ist am ausführlichsten im *Interactive Course* ausarbeitet. So wird mit dem Werkzeug zum Beispiel überprüft, nach welchem Verfahren die PEs gewählt wurden und inwiefern sie ausgebildet und unterstützt werden. Außerdem wird spezifisch nach Aktivitäten und Veranstaltungen für Angehörige und Gemeinden gefragt. Obendrein werden sogar Angaben zu Partnerschaften erfasst, wobei danach gefragt wird, welche Partnerschaften aufgebaut wurden, was sie zum WPP beigetragen haben und ob die erbrachten Dienstleistungen zufriedenstellend sind. Das *AWISA-Tool* beinhaltet Fragen zum Austausch und zur Mitbestimmung aller Beteiligten im Betrieb (Betriebsleitung, PEs und Mitarbeiter/innen) und nennt in der Rubrik *Herausragende Aktivitäten* sogar das Beispiel der Gründung eines Anti-AIDS-Clubs durch die Mitarbeiter/innen. Der Aspekt der Familienreichweite wird allerdings komplett vernachlässigt. Dieser fehlt auch im *BBC-Tool* gänzlich. Dafür enthält letzteres Werkzeug u.a. Indikatoren, die auf den Einbezug von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in die Entwicklung und Durchführung der Arbeitsplatzprogramme eingehen.

Kritisch zu betrachten ist, dass kein einziges Werkzeug danach fragt, ob Gruppen nach dem Alter der Mitglieder getrennt werden. Dies wäre wichtig zu erfahren, da jüngere Mitarbeiter/innen bei Anwesenheit von älteren Personen häufig Probleme damit haben, sich offen zu äußern.

Das *BCC-Tool* und der *Interactive Course* enthalten zahlreiche Indikatoren und Fragen, die sich auf den Aspekt **Arbeits(un)fähigkeit und Kosten** beziehen. Das *AWISA-Tool* geht mit einer einzelnen Frage ausschließlich auf den Aspekt des **Krankenversicherungsschutzes** ein, den die Unternehmen ihrem Personal zu Verfügung stellen sollten. Mehr Details werden diesbezüglich im *Interactive Course* erhoben. So wird beispielsweise nach dem Prozentanteil des Bruttolohns für Vorsorgeleistungen gefragt.

## 5.2 Standards für HIV/AIDS-Prävention

Im Themenbereich der HIV/AIDS-Prävention sollte ein Evaluationswerkzeug auf folgende fünf Punkte eingehen:

### **Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung**

Die Unterstützung von Betroffenen in ihrer Notlage stellt eine der obersten Prioritäten in der HIV/AIDS-Prävention dar. Hoher Handlungsbedarf besteht vor allem im Bereich der psychischen Belastung HIV-positiver Menschen aufgrund von Diskriminierung und gesellschaftlicher Ausgrenzung. Daher sollte mittels Indikatoren und Fragen erfasst werden, wie groß das Ausmaß von Stigmatisierung oder Diskriminierung im Unternehmen ist und was für Maßnahmen unternommen werden, um dagegen anzugehen. So kann z.B. abgefragt werden, inwieweit PLWHA Toleranz entgegengebracht wird, ob sie ihren HIV-positiven-Status offenlegen und weiterhin im Unternehmen arbeiten können oder ob sie Angst empfinden, ihren Arbeitsplatz zu verlieren [FÄRBER 2009: 2; UNESCO 2006:9].

### **Kulturelle Aspekte und Entmythisierung**

Die vorherrschenden kulturellen Verhältnisse haben bedeutenden Einfluss auf die Wirkung der Präventionsprogramme zu HIV/AIDS. Viele WPPs scheitern daran, dass sie traditionelle und kulturelle Werte nicht berücksichtigen. In Afrika existieren unterschiedliche Bezeichnungen für HIV/AIDS und verschiedene Vorstellungen zu Krankheitsursachen und -wirkung. Daher sollten einheimische Erklärungsmodelle und gebräuchliche Alltagsworte identifiziert und in entsprechende Indikatoren verankert werden. Zudem sollte erhoben werden, ob aufklärende Maßnahmen zur Beseitigung schädigender Mythen und kultureller Praktiken stattfinden und inwieweit falsche Vorstellungen von HIV/AIDS rückläufig sind. Denn sexuelle Rituale, wie zum Beispiel die Witwenreinigung - die auf dem Glauben beruht, dass durch Geschlechtsverkehr mit einem nahen Verwandten des Toten die Ursachen der Verunreinigung bei der Witwe beseitigt werden können - tragen erheblich zur Verbreitung von HIV/AIDS bei. Darüber hinaus sollten Evaluationswerkzeuge überprüfen, inwieweit tabuisierte Ansichten - wie zum Beispiel Analsex, Beschneidung und sexuelle Rituale - ins WPPs einbezogen werden und Mitarbeiter/innen offen über solche Themen reden können. Grundsätzlich sollten Evaluationswerkzeuge also ermitteln, wie sich Einstellungen und Überzeugungen zu HIV/AIDS bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern verändern [GREIFELD 2006:210f., 214ff.; FÄRBER 2009: 5f., 10; RIEDLBERGER 2007:9].

### **Freiwillige Beratung und Bluttest-Untersuchung (VCT)**

Ein Grundgedanke von WPPs besteht darin, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Gewissheit über ihren HIV/AIDS-Status zu vermitteln. Evaluationswerkzeuge sollten daher überprüfen, ob und wie viele Arbeitnehmer/innen und gegebenenfalls auch Partner/innen die Möglichkeit erhalten sich freiwillig auf HIV/AIDS testen zu lassen und die damit verbundenen Beratung in Anspruch zu nehmen. Hier sollten Indikatoren dazu präzisiert werden, inwieweit die Tests tatsächlich freiwillig

erfolgen. Zusätzlich können Fragen eingebunden werden, die erfassen, ob die Testergebnisse vertraulich behandelt werden oder eventuell von den Arbeitnehmer/innen der Firma offen bekanntgeben werden [UNESCO 2006:20f.; FÄRBER 2009:7].

### **Medizinische und pharmazeutische Behandlung und Therapie**

Die Infektionskrankheit HIV/AIDS ist nicht heilbar, doch dank medizinischer Behandlungen mit speziellen antiretroviralen Medikamente (ARVT), die die Replikationsrate des HI-Virus im Körper verringern, kann der Ausbruch von AIDS drastisch verzögert werden. So können PLWHA viele Jahre ohne größere Beschwerden leben und arbeiten. Besonders relevant in Hinblick auf WPPs ist daher zu erfahren, ob betroffene Arbeitnehmer/innen direkten Zugang zu einer solchen Behandlung haben bzw. eine Überweisung zu externen medizinischen Versorgungsstellen gewährleistet werden kann. Neben der Verfügbarkeit sollte auch nach der tatsächlichen Inanspruchnahme von Behandlungs- und Pflegediensten und dem Absatz von Medikamenten gefragt werden [FÄRBER 2009:8; UNESCO 2006:23]

### **Präventive Verhaltensweisen: Kondomnutzung und Partnertreue**

Im Kontext von HIV/AIDS zielen Präventionsmaßnahmen vor allem auch auf die Reduzierung von riskanten Verhaltensweisen, die zu einer Infektion mit dem Virus führen können. Dazu zählen etwa ungeschützter Geschlechtsverkehr, sexuelle Beziehungen mit mehreren Partnern (Promiskuität) und Drogenmissbrauch. Als effektivste Schutzmaßnahme gilt die Kondomnutzung. Daher sollten Fragen zu Kondomverteilung, -absatz und -nutzung gestellt werden. Zudem sollte erfasst werden, inwieweit die Arbeitnehmer/innen in sexueller Hinsicht Partnertreue zeigen und ob die WPP-Maßnahmen dazu beitragen, dass die Anzahl sexueller Beziehungen mit unterschiedlichen Partnerinnen bzw. Partnern sinkt. Darüber hinaus könnte bei der Evaluation auf den Aspekt des Drogenmissbrauchs eingegangen werden, indem z.B. nach der Art des Injektionsbestecks gefragt wird [FÄRBER 2009:6f.,9; UNESCO 2006:11].

### 5.2.1 Vergleichstabelle für den Bereich „HIV/AIDS-Prävention“

Ziele	BCC-Tool (ILO)	Interactive Course (GBC/ GTZ)	AWISA-Tool (DED/ Inwent)
<b>Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Entwicklungsziel 2: Grad an Diskriminierung am Arbeitsplatz gegenüber PLWHA reduzieren (8 Indikatoren) und</i></li> <li>• <i>Unmittelbares Ziel 3: Stigma gegenüber PLWHA reduzieren (5 Indikatoren):</i>  *<sup>i</sup> Anzahl der Frauen und Männer, die berichten jemanden zu kennen, der in den letzten 12 Monaten bezüglich HIV/AIDS Opfer von Stigmatisierung oder Diskriminierung geworden ist</li> <li>*Anzahl und Prozentzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (MA)<sup>ii</sup>, die ihren HIV-positiven-Status offen ausgesprochen haben und für über ein Jahr von ihrer Arbeit befreit wurden</li> <li>*Anzahl und Prozentzahl der MA, die berichten, dass sie Angst hätten ihren Job zu verlieren, wenn sie HIV-positiv wären oder dabei gesehen werden würden, wie sie VCT in Anspruch nehmen oder Informationen darüber empfangen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Prävention → Kondomverteilung:</i>  - Welcher Prozentanteil der MA bestätigt, dass Stigma und Diskriminierung reduziert wurden?</li> <li>- Ist der Prozentanteil der MA, die sich unbehaglich fühlen, mit PLWHA zusammenzuarbeiten zurückgegangen?</li> <li>• <i>Prävention → Allgemeine Sensibilisierung für HIV/AIDS, TB und Malaria:</i>  - Wie viele IEC-Sitzungen haben pro Jahr für die MA zum Thema Stigma und Diskriminierung stattgefunden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Säule 2: Information und Ausbildung:</i>  <i>A. Aufklärungssitzungen:</i>  - Wurde in den letzten 6 Monaten Aufklärungsarbeit zu Stigmatisierung und Diskriminierung durchgeführt?</li> </ul>
<b>Kulturelle Aspekte und Entmythisierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Unmittelbares Ziel 1: Wissen, Einstellungen und Ansicht von Normen verbessern, die mit hochriskanten Verhaltensweisen bezüglich HIV zusammenhängen (7 Indikatoren):</i>  - Ändern sich die Einstellungen zu Abstinenz, Treue und Kondome bei den betroffenen MA?  - Was für eine Auswirkung haben die BCC-Aktivitäten auf Einstellungen und Überzeugungen zu HIV/AIDS?  - Hat sich die Gesprächsführungskompetenz bezüglich Kondomen verbessert?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Prävention → Kondomverteilung:</i>  - Welcher Prozentanteil an MA ist der Meinung, dass falsche Vorstellungen von HIV/AIDS rückläufig sind?</li> </ul>	X
<b>VCT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Beispielfragen „Mumias Sugar Company“:</i>  - Wie viele MA konnten PEs an VCT- Dienste überweisen?  *Anzahl der Frauen und Männer, die in den letzten 12 Monaten einen HIV-Test durchgeführt haben  *Anzahl und Prozentzahl der Abteilungen, die keine Einführungsuntersuchung bzgl. HIV-Status verlangen und Unterstützungs- und Pflegedienste anbieten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Prävention → VCT (4 Fragen):</i>  - Sind VCT-Dienste für MA vorhanden?  - Wie viele MA und Angehörige wurden beraten und getestet? Wie hoch ist deren Prozentanteil?  - Wie viele MA haben ihre Ergebnisse dem Betrieb/ dem Gesundheitscenter mitgeteilt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Säule 3: Gesundheitsförderung/ -management: C. freiwillige Beratung und Bluttest-Untersuchung: (9 Fragen):</i>  - Wurden in den letzten 6 Monaten VCTs direkt im Hause durchgeführt?  - Wie hoch war die Inanspruchnahme der internen und externen VCTs (in %)?</li> </ul>

Ziele	BCC-Tool (ILO)	Interactive Course (GBC/ GTZ)	AWISA-Tool (DED/ Inwent)
<b>Medizinische und pharmazeutische Behandlung und Therapie</b>	<p><b>BCC-Tool (ILO)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Unmittelbares Ziel 2: Nutzung verfügbarer HIV/AIDS-Arbeitsplatzdienste erhöhen (1 Indikator):</i></li> <li>* Anzahl und Prozentzahl der MA, die berichten, während des vergangenen 12 Monate Behandlungs- und Pflegedienste genutzt zu haben</li> <li>• <i>Beispielfragen „Mumias Sugar Company“:</i></li> <li>- Wie viele MA konnten PEs an spezielle Dienste für sexuell übertragbaren Infektionen verweisen bzw. überweisen?</li> <li>* Anzahl der MA, die über die Laufzeit des Projektes Medikamente einnehmen</li> <li>* Anzahl und Prozentzahl der MA, die Behandlungs- und Pflegedienste beanspruchen und für über ein Jahr von ihrer Arbeit befreit werden</li> </ul>	<p><b>Interactive Course (GBC/ GTZ)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Prävention → Behandlungsbetreuung und Unterstützung (10 Fragen):</i></li> <li>- Gibt es eine medizinische Versorgungseinrichtung hausintern oder in erreichbarer Nähe?</li> <li>- Sind die folgenden Medikamente verfügbar?</li> <li>- Gibt es irgendwelche Barrieren im Zugang medizinischer Behandlung?</li> <li>- Wie hoch ist der Prozentanteil der Arbeitnehmer/innen / Angehörigen mit fortgeschrittenem HIV, die eine ART erhalten?</li> <li>- Wie hoch ist der Prozentanteil an STI bei Patienten, die in Ihrer ambulanten Klinik behandelt werden? Wie ist die Tendenz?</li> <li>- Wie viele Überweisungen in die Pflege und Unterstützung hat es gegeben?</li> </ul>	<p><b>AWISA-Tool (DED/ Inwent)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Säule 3: Gesundheitsförderung/ -management:</i></li> <li>B. <i>Hinweise auf und Überweisung zu HIV/AIDS-Diensten (4 Fragen):</i></li> <li>- Woher erhalten MA Informationen zu HIV/AIDS-Diensten?</li> <li>- Wie oft wird diese Information aktualisiert?</li> <li>• <i>Erste-Hilfe-Kasten</i></li> <li>- Gibt es einen Erste-Hilfe-Kasten? Wie viele?</li> <li>- Was ist darin enthalten?</li> </ul>
<b>präventive Verhaltensweisen: Kondomnutzung und Partnertreue</b>	<p><b>BCC-Tool (ILO)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Entwicklungsziel 1: Hochriskante Verhaltensweisen, die mit HIV zusammenhängen innerhalb der Arbeiterschaft reduzieren (4 Indikatoren):</i></li> <li>* Anzahl und Prozentzahl der Frauen und Männer, die berichten beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom genutzt zu haben</li> <li>* Anzahl und Prozentzahl der MA, die berichteten über die vergangenen zwölf Monate lediglich einen Sexualpartner gehabt zu haben</li> <li>• <i>Beispielfragen „Mumias Sugar Company“:</i></li> <li>- Steigt die beständige Kondomnutzung?</li> <li>- Wie ist die Auswirkung auf riskante Verhaltensweisen, wie Drogenmissbrauch, Mehrfachbenutzung von Injektionsnadeln im Vergleich zum Verhalten der Normalbevölkerung?</li> </ul>	<p><b>Interactive Course (GBC/ GTZ)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Prävention → Kondomverteilung (9 Fragen):</i></li> <li>- Welche Art von Kondomverteilungssystem wurde eingerichtet?</li> <li>- Sind Kondome jederzeit verfügbar?</li> <li>- Wie viele Kondome wurden während der vergangenen 12 Monate verteilt?</li> <li>- Gab es einen Anstieg in der Kondomabnahme?</li> </ul>	<p><b>AWISA-Tool (DED/ Inwent)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Säule 3: Gesundheitsförderung/ -management: A. Kondomverteilung (8 Fragen):</i></li> <li>- Wie viele Kondome werden pro Monat bestellt?</li> <li>- Wann wurden die Kondomspender zuletzt nachgefüllt?</li> </ul>

<sup>i</sup> Indikatorbeispiele werden mit einem Stern (\*) aufgezählt, Fragebeispiele hingegen mit einem Bindestrich (-).

<sup>ii</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird der Begriff *Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter* mit MA abgekürzt.

### 5.2.2 Vergleichsergebnisse für den Bereich „HIV/AIDS-Prävention“

Auf den Aspekt der **Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung** wird im *BCC-Tool* sehr viel Wert gelegt. Das Werkzeug enthält beispielsweise Indikatoren mit denen überprüft werden kann, wie der Umgang mit PLWHA im Unternehmen ist, wie viel Toleranz ihnen gegenüber gebracht wird und inwieweit Angst und Unsicherheit bezüglich eines offenbarten HIV-positiven Status vorhanden ist. Das *AWISA-Tool* stellt zu diesem zentralen Thema nur eine Frage, mit der überprüft werden soll, ob Aufklärungssitzungen zu Stigmatisierung und Diskriminierung im Betrieb stattfinden. Nach der Anzahl solcher Sitzungen fragt auch der *Interactive Course*. Allerdings geht das Werkzeug noch mehr in die Tiefe und erfasst zentrale Aspekte wie z.B. den tatsächlichen Rückgang von Diskriminierung und Stigma aufgrund des WPPs.

Große Defizite zeigen die drei Instrumente im Bezug auf **kulturelle Aspekte und Entmythisierung**. Das *AWISA-Tool* vernachlässigt diesen Themenbereich komplett, während der *Interactive Course* zumindest eine Frage zum Rückgang falscher Vorstellungen formuliert. Das *BCC-Tool* geht etwas weiter und fragt nicht nur nach dem Effekt des WPPs auf Einstellungen und Überzeugungen zu HIV/AIDS, sondern auch nach Veränderungen bezüglich der Gesprächsführungskompetenz der Mitarbeiter/innen zum Thema Kondome.

Keines der Instrumente erfasst, ob im WPP Tabuthemen wie beispielsweise Prostitution, Analverkehr und sexuelle Rituale angesprochen werden, obwohl diese Praktiken erheblich zur Ausbreitung von HIV/AIDS beitragen. Darüber hinaus fehlen in den Werkzeugen konkrete Fragen, mit denen ermittelt werden könnte, in welchem Rahmen Geschlechtsverkehr bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stattfindet, das heißt ob der letzte Sexualakt zum Beispiel mit einer materiellen Transaktion – wie etwa einem Geschenk – verbunden war.

Im Bezug auf die **freiwillige Beratung und Bluttest-Untersuchung (VCT)** enthalten alle drei Instrumente Fragen bzw. Indikatoren, mit denen die tatsächliche Inanspruchnahme dieser Dienste ermittelt werden kann. Im *Interactive Course* wird darüber hinaus abgefragt, ob Mitarbeiter/innen ihre Testergebnisse dem Betrieb freiwillig mitteilen. Auf den Aspekt der Freiwilligkeit geht das *BCC-Tool* näher ein. So dient ein Indikator dazu, herauszufinden, ob Unternehmen bei der Einstellung neuer Mitarbeiter/innen einen HIV-Test verlangen.

Wichtige konkrete Details zu Ort, Dauer, Sprache, Anonymität und geschlechtergerechte Zugänglichkeit der VCTs fehlen in allen drei Instrumenten.

Sowohl das *BCC-Tool* als auch der *Interactive Course* nehmen mittels verschiedener Indikatoren und Fragen Bezug auf die Inanspruchnahme der **medizinischen und pharmazeutischen Behandlung und Therapie**. Im *Interactive Course* werden noch weitere Details abgefragt, wie zum Beispiel, welche genauen Medikamente verfügbar sind oder wie viele Arbeitnehmer/innen mit Geschlechtskrankheiten ambulant behandelt werden. Kritisch zu betrachten ist, dass das *AWISA-Tool* eher banale Aspekte wie das Vorhandensein eines Erste-Hilfe-Kastens überprüft und lediglich

danach fragt, ob Informationen zu speziellen HIV/AIDS-Diensten verfügbar sind. Ob medizinische Behandlungen tatsächlich auch im Betrieb angeboten werden, bleibt unklar.

Negativ fällt zudem auf, dass alle drei Instrumente vernachlässigen, wirklich relevante Daten zu erfassen, wie etwa die Menge verteilter Medikamente, die Therapiedauer und -häufigkeit, der Umfang der Kostenübernahme durch das Unternehmen sowie die Anonymität hinsichtlich der Inanspruchnahme von HIV/AIDS-Diensten.

Das Thema **Kondome** spielt in allen Werkzeugen eine große Rolle. So wird im *AWISA-Tool* und *Interactive Course* nach der Verfügbarkeit und dem Absatz von kostenlosen Kondomen gefragt. Der *Interactive Course* nimmt Bezug auf die Anonymität, in dem die Frage aufgeführt wird, um was für eine Art von Kondomverteilungssystem es sich handelt. Zudem wird zwischen verschiedenen Kondomtypen unterschieden. Das *BCC-Tool* geht weiter in die Tiefe und fragt nach dem tatsächlichen Gebrauch von Kondomen bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Darüber hinaus werden im Booklet weitere **präventive Verhaltensweisen** wie die Partnertreue oder Vorsichtsmaßnahmen beim Drogenmissbrauch abgefragt.

## 5.3 Standards für Evaluationen

Um die Evaluationswerkzeuge hinsichtlich Qualitätskriterien aus dem Bereich der Evaluation zu analysieren, werden sie nicht mehr ausschließlich bezüglich ihrer zugehörigen Indikatoren und Fragen untersucht, sondern einer grundlegenden methodischen Überprüfung und Beurteilung unterzogen. Die Bewertung soll sich grob an den Standards für Evaluationen der deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) orientieren (vgl. Abschnitt 3.2).

### 5.3.1 Nützlichkeit

#### Zielgruppe

Im Kontext von WPPs kann davon ausgegangen werden, dass die Evaluationswerkzeuge sich in erster Linie an die Unternehmen richten, die ein Arbeitsplatzprogramm zu HIV/AIDS-Prävention durchführen. Als direkte Nutzer/innen der Instrumente fungieren somit die an der Evaluation des WPPs beteiligten Personen.

Im *Interactive Course* werden diese gleich zu Beginn erfasst, in dem in der Option *Indikatorsammlung* einleitend u.a. Firmenname, Adresse, Anzahl an Angestellten, Kontaktperson, Name des Evaluations- bzw. Prüfteams und Empfänger des Abschlussberichts (intern, extern) abgefragt werden.

Das *BCC-Tool* ist diesbezüglich weniger konkret. Eine direkte Zielperson bzw. Zielgruppe wird im M&E-Booklet nicht explizit angesprochen. Mögliche Anwender/innen werden nur einleitend zur kompletten Booklet-Sammlung, das heißt bezogen auf den gesamten BCC-Leitfaden, genannt (Regierungsbehörden, Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber/innen, Betriebe sowie ihre FPs und PEs usw., vgl. Abschnitt 2.3.3.1.2). Nichtsdestotrotz wird innerhalb der Empfehlungen des M&E-Booklets selbst – in Kapitel 3, Schritt 4 - beschrieben, wie die Personen bestimmt werden sollten, die für die Implementierung des M&E-Systems zuständig sind.

Mit dem *AWISA-Tool* werden eindeutig die FPs der Betriebe angesprochen, die eine Schlüsselrolle im WPP spielen und daher auch die Verantwortung für die Evaluation übernehmen sollten. Eine Checkliste hilft ihnen als Orientierung, u.a. um auf die externe Evaluation vorbereitet zu sein. Im Leitfaden zum Evaluationswerkzeug (siehe Anlage 3.1), der die einzelnen AWISA-Formulare kurz erläutert, werden jeweils auch die Zielpersonen des jeweiligen Dokuments genannt. So richtet sich z.B. der Evaluationsbericht an den Berater/in bzw. Interviewer/in, den FP und die Betriebsleitung. Als Berater/in bzw. Interviewer/in fungieren externe Evaluationsfachleute, die zweimal jährlich direkt von AWISA in die Betriebe entsandt werden. Dadurch wird sichergestellt, dass die Evaluationsfragebögen von glaubwürdigen und kompetenten Fachleuten ausgefüllt werden.

#### Zweck und Nutzen

Im *Interactive Course* wird bereits in der Einleitung erwähnt, dass die CD-Rom zur Entwicklung, Implementierung und Verfeinerung eines M&E-Systems für WPPs dienen soll. Das Evaluationswerkzeug soll dabei helfen, betriebseigene Fertigkeiten, Wissen und Ressourcen gezielt zu nutzen und Firmen schließlich dabei unterstützen, den Erfolg ihrer Maßnahmen zur

HIV/AIDS-, TB- und Malaria-Bekämpfung zu messen. Auch im Verlauf der direkten Anwendung des Werkzeugs werden immer wieder Ziele genannt, die mit der jeweiligen Kurskomponente verfolgt werden. So werden zum Beispiel in der Option *interaktives Werkzeug* einleitend die fünf Kursziele genannt (z.B. das Verstehen von Zweck und Grund für das M&E von WPPs).

Was den tatsächlichen praktischen Nutzen des *Interactive Course* betrifft, zeigen sich Unterschiede zwischen dem *Interaktiven Werkzeug* und der *Indikatorsammlung*. Der interaktive Teil nützt in erster Linie nur dem/der direkten Anwender/in, der/die durch das Absolvieren der sechs Module an Erkenntnissen zu wichtigen Themen rund um M&E von WPPs zur HIV/AIDS-, Tuberkulose- und Malaria-Prävention gewinnt. Nur wenn der/die Nutzer/in dieses Wissen auch an andere Mitarbeiter/innen weitertransportiert, kann sichergestellt werden, dass die Evaluation von allen Beteiligten aufmerksam zur Kenntnis genommen wird und ihre Ergebnisse tatsächlich genutzt werden. Die Option *Indikatorsammlung* hat einen allgemein hohen Nutzen für den gesamten Betrieb: Durch die ständige Dokumentation des WPPs können wichtige quantitative und qualitative Daten bereitgestellt werden, die schließlich u.a. dabei helfen können, die Wirksamkeit der Arbeitsplatzrichtlinien zu messen, die Qualität der Betreuung von HIV-positiven Firmenangestellten zu erfassen und die Programme hinsichtlich bewährter Verfahren verschiedener Branchen (Best practice) zu bewerten (Benchmark).

Das *BBC-Tool* zielt darauf, seinen Leserinnen und Lesern Instrumente vorzustellen, die dazu dienen, Fortschritte und Schwachstellen eines Programms zu identifizieren, die Wirksamkeit der BBC-Ziele zu erfassen und die Evaluationsergebnisse in realisierbare Maßnahmen zu übertragen. Auf diesem Weg soll das Instrument schließlich zur Programmverbesserung beitragen. Innerhalb des Booklets werden in Abschnitt 2 neun Gründe für die Durchführung von M&E genannt (z.B. die Planung zukünftiger Bedürfnisse). Auch in Kapitel 6, in dem es um die Umsetzung der Evaluationsergebnisse geht, werden Gründe aufgeführt, warum mittels M&E-Daten Programmleistungen und -erfolge dokumentiert werden sollten (z.B. zur Rechtfertigung zusätzlicher Ausstattung).

Das *BBC-Tool* dient als Leitfaden, der eine schrittweise Anleitung liefert, wie M&E vollzogen werden sollten. Allerdings sind die enthaltenden Beispiele sehr allgemein formuliert und theoretisch. Der/die Anwender/in muss somit selbst einen Weg finden, wie die Empfehlungen tatsächlich in die Praxis umgesetzt werden können. Ob dies im realen Umfeld erfolgreich gelingt, sodass sich daraus ein Nutzen ergibt – im besten Fall die Optimierung des Programms - bleibt unklar.

Das *AWISA-Tool* zielt darauf, Unternehmen bei der Implementierung und Umsetzung ihrer WPP-Aktivitäten zu unterstützen. Im Leitfaden zum Evaluationswerkzeug (siehe Anlage 3.1), wird u.a. jeweils der Zweck der verschiedenen AWISA-Formulare aufgeführt (im Evaluationsfragebogen z.B. die Identifizierung von Problemen und Stolpersteinen in der Programmimplementierung).

Der praktische Nutzen des AWISA-Werkzeugs besteht darin, dass es die Arbeitsleistung der FPs erfasst und ihnen somit als Selbsteinschätzungswerkzeug dient. Durch die Vergabe von Punkten

im Evaluationsbericht erhalten die FPs klare Leitlinien, was bezüglich der WPP-Implementierung besonders zu beachten ist. Gleichzeitig dient das Instrument als Anerkennung ihrer Bemühungen und somit als weitere Motivation. Die regelmäßigen AWISA-Berichte geben dem Betrieb ein Feedback zum Fortschritt und zur Qualität der WPP-Implementierung gemäß festgesetzter Standards (siehe Anlage 3.4). Die Betriebsleitung und FPs gewinnen damit einen Überblick zum aktuellen Stand der Implementierung und zur Umsetzung der Aktivitäten. So können schließlich auch Probleme und Stolpersteine in der Programmimplementierung identifiziert werden.

### 5.3.2 Genauigkeit

Deutliche Unterschiede zwischen den drei Werkzeugen sind hinsichtlich ihres Informationsgehalts zu beobachten.

Das *AWISA-Tool* ist aufgrund seines geringen Umfangs (dreiseitiger Evaluationsfragebogen) mit simplem Aufbau (fünf Themensäulen und zugehörigen Kriterien) sehr übersichtlich. Doch wie bei der Auswertung der Vergleichstabellen in den Abschnitten 5.1.1.2 und 5.1.2.2 deutlich wurde, fehlen im *Evaluation Questionnaire for Company Visits* viele wichtige Punkte – insbesondere geschlechterspezifische Aspekte –, die notwendig wären, um eine qualitativ hochwertige Evaluation zu gewährleisten. Mit dem Werkzeug wird kein Wissensinput zu grundlegenden Themen wie HIV/AIDS, WPPS oder M&E geliefert, sondern ausschließlich Information erfasst. Deskriptive Informationen sind lediglich im Leitfaden zu finden, der die verschiedenen AWISA-Formulare erläutert. Darüber hinaus enthält der Fragebogen viele Abkürzungen (MASM, HCT, OIs usw.), die nicht näher definiert werden und somit Verständnisprobleme verursachen könnten.

Das *BBC-Tool* stellt einen 19-seitigen Leitfaden dar, in dem – im Gegensatz zum AWISA-Werkzeug - die Theorie von M&E im Vordergrund steht. Das Werkzeug enthält fünf Kapitel, wobei der Kerninhalt darin besteht, eine schrittweise Anleitung zu geben, wie M&E vollzogen werden sollte. Dabei werden Begriffe definiert (z.B. Indikatortypen), wichtige Eigenschaften aufgezählt (z.B. Programmziele sollten SMART sein) und viele Beispiele angeführt (z.B. für quantitative bzw. qualitative Methoden der Datenerfassung). Darunter befinden sich auch zahlreiche, in verschiedene Kategorien (Input, Prozess, Output usw.) klassifizierte Indikatorbeispiele. Anders als im *AWISA-Tool* und *Interactive Course*, die nur Input und Output erfassen, wird im *BBC-Tool* auch auf Outcome und Impact der WPP-Maßnahmen eingegangen. So wird z.B. die Evaluationsfrage aufgeführt „Sinkt mit der Zeit die Inzidenz und Prävalenz von HIV und anderen Infektionen innerhalb der Arbeiterschaft?“. Darüber hinaus enthält das Booklet unterschiedliche Infoboxen mit Erklärungen zu zentralen Aspekten, wie z.B. die Box 2: „Eigenschaften eines guten Indikators“ im dritten Kapitel. Als einziges Beispiel aus der Praxis wird in der Einleitung die *Mumias Sugar Company* und ihr BCC-WPP vorgestellt. Dazu werden entsprechende Fragen zu M&E formuliert (Vgl. Abschnitt 4.1.1). Zur direkten Anwendung von M&E werden dem/der Nutzer/in im Anhang drei Musterformulare zur Verfügung gestellt (siehe Anlagen 1.2 und 1.3). Zudem sind auf der letzten Seite des Booklets die Referenzen aufgelistet, das heißt die Informationsquellen, die bei der

Erstellung des Leitfadens genutzt wurden. Somit kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Empfehlungen zu M&E um verlässliche und angemessene Informationen handelt.

Der *Interactive Course* liefert eine Mischung aus beidem, Informationsvermittlung und – ermittlung: Auf der einen Seite wird in der Option *Interaktives Werkzeug* auf spielerische Art und Weise Wissen zu verschiedenen Themen rund um M&E von WPPs zur HIV/AIDS-, TB- und Malaria-Prävention vermittelt. Dabei sorgen die Zusatzoptionen *Tour*, *Glossary* und *Download* für Struktur und Klarheit während des Kursablaufs. Im Bereich *Download* wird gewährleistet, dass alle Inhalte, die auf der CD-Rom interaktiv durchlaufen werden, auch in schriftlicher Form zur Verfügung stehen. Darüber hinaus werden auch Links zu wichtigen Informationsquellen und Ansprechpartnern genannt.

Auf der anderen Seite werden in der Option *Indikatorsammlung*, höchst ausführlich und scheinbar nahezu lückenlos, das heißt mit einer großen Auswahl an Antwortkategorien, Informationen für das M&E abgefragt (siehe Anlage 2.2). So werden bereits zu Beginn wichtige allgemeine Daten erfasst, wie etwa das Anfangsdatum des WPP, das Prüfdatum und der Auswertungszeitraum. Anschließend werden für jeden einzelnen Indikator der fünf Hauptthemenbereiche viele Details abgefragt, wobei komplexe Matrizen wie z.B. große Tabellen mit zahlreichen Spalten und Zeilen ausgefüllt werden sollen. Doch ob simpel oder komplex, die dargestellte Struktur und die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sind grundsätzlich sehr übersichtlich, umfassend und hilfreich. Im Gegensatz zu den anderen Werkzeugen befasst sich der *Interactive Course* auch mit den Krankheiten TB und Malaria. So werden u.a. Indikatoren zum Zusammenhang zwischen TB und HIV/AIDS sowie Malaria und HIV/AIDS einbezogen und diesbezüglich beispielsweise Angaben zur Verteilung von mit Insektiziden behandelten Mosquito-Netzen (ITN) abgefragt.

### 5.3.3 Durchführbarkeit

Bei diesem Kriterium stellt sich die Frage, inwieweit die drei Toolboxes beispielsweise hinsichtlich Zeit, Sprache und Bildungsniveau tatsächlich praktikabel sind. Unterschiede zwischen den drei Werkzeugen sind bereits im Hinblick auf Beschaffung und Zugang zu beobachten.

Das *AWISA-Tool* kann im Internet frei heruntergeladen und mit Microsoft Office – das heißt je nach Formular mit Word, Powerpoint oder Excel - geöffnet werden. Ähnlich unkompliziert ist das Evaluationswerkzeugs selbst gestaltet. Durch seinen simplen Aufbau aus fünf Säulen mit klar untergliederten, leicht formulierten Fragen, ist das AWISA-Instrument für die am Evaluationsprozess beteiligten Personen grundsätzlich leicht verständlich und gut anwendbar - Basiskenntnisse der englischen Sprach vorausgesetzt.

Zu kritisieren ist hingegen, dass kein Verzeichnis für die diversen Abkürzungen existiert, was Nutzer/innen, die mit WPPs und zugehörigen Fachbegriffen noch keine oder erst wenig Erfahrung haben, verwirren könnte. Kritisch zu betrachten ist zudem die Tatsache, dass im halbstandardisierten Fragebogen Antwortmöglichkeiten fehlen, die eine Indifferenz gegenüber der

Aussage darlegen, wie z.B. „Weiß nicht“ oder „Sonstiges“. Folglich wird die wahrheitsgetreue Beantwortung durch den Evaluator/in erschwert.

Positiv fällt auf, dass hinter einigen Fragen im *Evaluation Questionnaire for Company Visits* zusätzliche Tipps in Klammern stehen, die die Antwort absichern sollen. Zum Beispiel in der Säule „Programm-Koordinierung“ unter dem Punkt „Unterstützung der Betriebsleitung“ bei der Frage „Verfügen Sie über einen aktuellen Aktionsplan? Und bis wann ist dieser gültig? (*Fragen Sie nach einer Kopie*)“ oder in der Säule „Information und Ausbildung“ unter dem Punkt „Peer Education“ bei der Frage: „Wie viele PEs gibt es? (*Sprechen Sie, falls möglich, kurz mit einem PE*)“.

Der Zeitaufwand ist sowohl für den/die Evaluator/in, der/die den dreiseitigen Bogen ausfüllt überschaubar, als auch für den Betrieb selbst. Letzterer muss dafür sorgen, dass die Arbeit der FPs sich kontinuierlich an der AWISA-Checkliste orientiert. Die gesamte Auswertung der Evaluation übernimmt allerdings AWISA. Schließlich erhält der Betrieb einen Evaluationsbericht, der durch sein Punktesystem und diversen Verbildlichungen der Ergebnisse auch für FPs und Betriebsleitung mit geringem Bildungsniveau gut nachvollziehbar und hilfreich ist.

Beim *BBC-Tool* besteht von vornherein die Hürde, dass das Booklet nur auf Email-Anfrage bei der ILO erhältlich ist. Die Praktikabilität des Werkzeugs ist sehr beschränkt. Allein das Durchlesen des 19-seitigen Leitfadens nimmt viel Zeit in Anspruch. Um das M&E-Tool zu nutzen, sollte der/die Anwender/in mit dem gesamten BCC-Programm vertraut sein. Dies setzt voraus, dass er/ sie im Vorfeld zumindest noch das erste 37-seitige Booklet liest, das einen Überblick über das BCC-Programm liefert. Die komplette Booklet-Sammlung mit insgesamt 630 Seiten durcharbeiten ist realistisch gesehen nicht zumutbar.

Vom Sprachniveau her beurteilt, setzt das Lesen und Nachvollziehen der Handlungsempfehlungen und Indikatorbeispiele des Booklets einen hohen Bildungsgrad und gute Englischkenntnisse voraus. Selbst dann bleibt unklar, wie Unternehmen die theoretischen Grundlagen tatsächlich in die Praxis umsetzen sollen. Denn abgesehen von den drei Musterformularen im Anhang sind die Inhalte des Werkzeugs nicht anwendungsbezogen.

Um Zugang zum *Interactive Course* zu erhalten ist, wie beim *BCC-Tool*, eine Anfrage per Email nötig. Allerdings wird das Werkzeug nicht elektronisch als Datei geschickt, sondern postalisch in Form einer kopiergeschützten CD-Rom. Dieser Duplizierungsschutz ist insofern widersinnig, dass erschwert wird, dass die nützlichen Informationen und Instrumente der CD beispielsweise an Nachbarbetriebe weitergegeben werden. Praktisch ist andererseits, dass der *Interactive Course* nur einmal installiert werden muss und anschließend auch ohne CD funktioniert.

Für PC-erfahrene Personen, die zudem Englisch und/oder Französisch verstehen, ist das Programm relativ einfach zu bedienen. Einen leichten Einstieg und weitere Hilfestellungen bieten die Extraoptionen *Tour* und *Tip*. Sobald dem/der Nutzer/in ein Begriff unklar erscheint, kann er/sie ihn im *Glossary* nachschlagen. Die Kursmodule sind inhaltlich gut strukturiert, enthalten wenig Fließtext, viele Stichpunkte und ansprechende Bilder und sind damit auch für Mitarbeiter/innen mit geringem Bildungsgrad leicht verständlich. Allerdings nimmt das Durchlaufen der Module viel Zeit

in Anspruch. Zur Vervielfältigung des Wissens, ist die Option *Download* sehr hilfreich. Dort hat der/die Anwender/in Zugriff auf zahlreiche Excel-Tabellen und PDF-Dateien, die alle Informationen des Werkzeugs in ausdrückbarer Form bündeln (siehe Anlage 2).

Die Datenerfassung zu M&E wird dem/der Nutzer/in mittels der Programmkomponente *Indikatorsammlung* sehr erleichtert. Bei jedem Indikator bekommt er/sie ein gut strukturiertes Rahmengerüst mit zahlreichen Antwortmöglichkeiten vorgelegt. Somit spart sich der/die Anwender/in die Mühe, alle Antworten selbst formulieren zu müssen. Da die vorgegebenen Antwortkategorien sehr ausführlich sind, werden auch Aspekte einbezogen, auf die der/die Nutzer/in selbst gar nicht gekommen wäre. Je nachdem wie umfangreich das WPP im Unternehmen umgesetzt wurde, könnten die vielen Fragen und detaillierten Antwortkategorien den/die Anwender/in jedoch auch überfordern - sowohl inhaltlich als auch zeitlich.

#### **5.3.4 Fairness und Respekt**

Grundsätzlich kann schwer beurteilt werden, ob mit den drei Instrumenten Sicherheit, Würde und Rechte der einbezogenen Personen geschützt werden können. Dies offenbart häufig erst die praktische Umsetzung.

Rein von den Inhalten her, ist zum *BCC-Tool* allerdings anzumerken, dass sich ein ganzer Abschnitt im Booklet auf das Thema Fairness und Respekt bezieht. So wird in Kapitel 4 „Erfüllung ethischer Standards“ u.a. darauf hingewiesen, dass bei der Planung und Implementierung von M&E Rechte, Standesethik und Privatsphäre der Arbeitnehmer/innen geschützt werden sollten. Zudem wird empfohlen, dass jede einzelne Information, die direkt von einem/ einer Mitarbeiter/in bezogen wurde, nur mit dem ausdrücklichen, freiwilligen, nicht erzwungenen Einverständnis dieser Person erfasst werden sollte. Darüber hinaus wird im Booklet betont, dass die Evaluation auf den Wissenstand der Beteiligten ausgerichtet werden sollte. So wird in Kapitel 3, Schritt 4 dazu geraten, Formulare zu entwickeln, die am Fachkenntnisstand und an der Lese- und Schreibfähigkeit der Mitarbeiter/innen angepasst sind. Ein beispielhaftes Formular mit leicht verständlichen Piktogrammen wird schließlich im Anhang aufgeführt (siehe Anlage 1.3).

Diese - im *BBC-Tool* rein theoretischen - Empfehlungen, werden im *AWISA-Tool* und dem *Interactive Course* mehr oder weniger praktisch umgesetzt. Das *AWISA-Tool* ist durch seine Einfachheit und gute Struktur auf den Wissenstand von FPs kleiner und mittlerer Betriebe in Subsahara-Afrika ausgerichtet. Der *Interactive Course* ist zwar sehr detailliert, aber dafür abwechslungsreich gestaltet und gut erläutert, sodass er sich für die an der Evaluation beteiligten Mitarbeiter/innen gut eignet – vorausgesetzt sie besitzen das notwendige Fachwissen im grundlegenden Umgang mit Computern. Das *BBC-Tool* selbst ist hingegen nur auf den Informationsbedarf gut ausgebildeter Programmkoordinatorinnen und –koordinatoren ausgerichtet und für Mitarbeiter/innen eines durchschnittlichen Betriebes in Subsahara-Afrika ungeeignet.

## 6 Diskussion

Im Diskussionsteil sollen die vorgestellten Evaluationswerkzeuge abschließend kritisch beurteilt werden, indem auf die Ergebnisse des Vergleichs eingegangen wird. Zudem werden methodologische Schwierigkeiten aufgeführt, die bei der Wirksamkeitsanalyse von WPPs auftauchen können. Der Abschnitt endet mit Handlungsempfehlungen für zukünftige Evaluationen.

### 6.1 Kritik: Chancen und Grenzen

Einzelnen Betrieben fällt es gewöhnlich schwer, die Evidenz ihres WPPs darzulegen. Ein individuelles Monitoring durch den zuständigen FP gestaltet sich häufig als zu teuer und umständlich. Daher sind standardisierte Evaluationswerkzeuge, wie etwa das *AWISA-Tool* von Inwent und DED, das *BCC-Tool* von ILO und der *Interactive Course* von GTZ und GBC äußerst hilfreich zur systematischen Überprüfung der betrieblichen Umsetzung der Programme.

Doch nicht nur der M&E-Prozess im Betrieb selbst, sondern auch die Art und Weise, mit der die gesammelten Daten durch externe Expertinnen und Experten nachbereitet werden, und das anschließende Feedback an das Unternehmen mit der Endauswertung der Evaluationsergebnisse spielen eine entscheidende Rolle. Im Idealfall findet eine Art Benchmarking statt, bei dem der Betrieb im Bezug auf sein WPP bewertet wird und erfährt, wie gut oder schlecht es im Vergleich zu WPPs anderer Unternehmen gestellt ist. Werden Evaluationswerkzeuge angemessen angewandt und ihr Output professionell ausgewertet, fällt es leichter, Stärken und Schwächen der Programmmaßnahmen aufzuzeigen und das WPP folglich gezielt zu verbessern [ELKELES, KIRSCHNER 2003: Kap.9; INWENT 2010e; KROMREY 2001:121].

Dennoch stellen die Evaluationsinstrumente keine vollkommen fairen und fehlerfreien Messwerkzeuge dar. In jedem beteiligten Betrieb sind Unterschiede bezüglich Größe, Aufgabenbereich, Komplexität und weiteren Eigenschaften vorzufinden. Beispielsweise können einige kleine Betriebe keine VCT vor Ort anbieten und andere sind aus wirtschaftlichen Gründen nicht in der Lage, die Aufklärungssitzungen während der Arbeitsstunden durchzuführen. Trotz festgesetzter Standards der Evaluationsmethoden sollten solche Unterschiede so gut wie möglich berücksichtigt werden [GTZ 2006: 1ff.; INWENT 2010a].

Spezifischer betrachtet haben die Ergebnisse aus dem vorausgegangenen Vergleich gezeigt, dass einige zentrale Aspekte in den Indikatoren und Fragen der Werkzeuge nicht ausreichend integriert werden oder ganz fehlen. Darunter fallen geschlechtsspezifische oder kulturelle Aspekte, die speziell auf die Problematik in den Regionen von Subsahara-Afrika eingehen. Deren Einbeziehung wäre jedoch zwingend notwendig, um die Informationen aus der Evaluation herauszufiltern, die schließlich eine valide Aussage zur Zielerreichung und Wirksamkeit des WPPs ermöglichen können. Der Vergleich führt diesbezüglich zu der unbefriedigenden Erkenntnis, dass das Defizit an solch relevanten Aspekten umso größer ist, je leichter handhabbar das Werkzeug aufgebaut ist. So ist etwa das *AWISA-Tool* durch seine simple Struktur auch gut für einfach gebildete Menschen

nutzbar. Allerdings produziert das Werkzeug nur begrenzt aussagefähige Ergebnisse, da zahlreiche kulturelle und geschlechtsspezifische Faktoren unzureichend einbezogen werden. Der *Interactive Course* hingegen deckt weitgehend alle Qualitätsstandards ab. Hier bestehen jedoch Barrieren in der Durchführbarkeit: Die CD-Rom ist für durchschnittlich gebildete Mitarbeiter/innen in Subsahara-Afrika eine Zumutung. Computerzugang und -kenntnisse sind in dieser Region eher die Ausnahme als der Regelfall. Zudem nehmen die Durchführung der Kursmodule und die geforderte Datensammlung sehr viel Zeit in Anspruch, die viele Menschen in der Region nicht aufbringen können. Beim *BCC-Tool* beschränkt sich der tatsächliche Nutzer/innenkreis - realistisch betrachtet - ausschließlich auf gut gebildete Fachleute im Bereich WPPs. Diese können das Booklet zur allgemeinen Information über M&E nutzen und aus dem gewonnenen Wissen beispielsweise eigene Werkzeuge (z.B. Fragebögen) zur praktischen Umsetzung von M&E konstruieren.

## 6.2 Methodologische Schwierigkeiten

Im Großen und Ganzen sind WPPs sehr vielschichtig und ihre Wirkungszusammenhänge so komplex, dass keine eindeutigen Aussagen über Güte, Wirksamkeit und Funktionsweise der Interventionsmaßnahmen gemacht werden können [ELKELES, KIRSCHNER 2003: Kap.8].

Die größte methodologische Herausforderung der Evaluation besteht darin, herausfinden, ob das durch die WPPs vermittelte Wissen auch tatsächlich in richtiges Handeln umgesetzt wird. Diese Frage stellt sich bereits im Kontext der Kondomverteilung und -nutzung. Dabei wird davon ausgegangen, dass mit steigendem Kondomabsatz mehr HIV-Infektionen vermieden werden können. Offen bleibt jedoch, ob die Kondome auch regelmäßig und zweckgemäß verwendet werden. Die Überprüfung erweist sich als besonders schwierig, da Sexualität von den Evaluationsforschern nicht beobachtbar ist. Informationen sind allgemein äußerst schwer einzuholen, was die Ableitung geeigneter Ergebnisindikatoren zu keiner einfachen Aufgabe macht. Daher basieren die meisten Indikatoren lediglich auf beobachtete bzw. abgefragte Faktoren, wie beispielsweise Einstellungs- und Verhaltensänderungen der Programmteilnehmer. Doch auch die retrospektive Befragung beispielsweise nach Art und Weise des letzten Sexualverkehrs ist nur begrenzt aussagefähig. Verzerrte Antworten entstehen häufig aufgrund des ethischen Prinzips, das heißt, wenn die Befragten den Grund der Befragung kennen und entsprechend dem antworten, was sozial erwünscht ist. Eine zweite Fehlerquelle ergibt sich aus dem Erinnerungsvermögen, wenn die Teilnehmer Schwierigkeiten haben, realistische Angaben über zurückliegende Ereignisse zu machen [GREIFELD 2006:209ff.; ELKELES, KIRSCHNER 2003: Kap.8].

Die Wirksamkeit der Präventionsprogramme zu HIV/AIDS ist in hohem Maße von der Akzeptanz auf Seiten der Teilnehmer abhängig. Diese ist wiederum eng mit kulturellen Aspekten verknüpft, die häufig zu praktischen Schwierigkeiten bei der Evaluation führen. Wie zum Beispiel bei der Berechnung der HIV-Prävalenz, die eine Analyse bestimmter Körperflüssigkeiten erfordert. Eine Blutabnahme widerspricht jedoch den vorherrschenden kulturellen Vorstellungen der empfindlichen

körperlichen Grenzen und wird deshalb häufig verweigert. Die geringe Teilnahmequote an Tests resultiert häufig auch aus der Angst der Arbeiter vor den Konsequenzen, sollte ihr Testergebnis HIV-positiv ausfallen [KROMREY 2001:127; GREIFELD 2006:209ff.; ELKELES, KIRSCHNER 2003: Kap.8; FÄRBER 2009:3].

Eine weitere Herausforderung innerhalb der Evaluation von WPPs stellt der Nachweis der Effizienz dar, der insbesondere aus der Perspektive der Programmträger von Interesse ist. Die Schätzung der Kosten und die Ermittlung des Nutzens der Entwicklungshilfen gestalten sich jedoch als sehr komplex. Bei den Berechnungen müssen neben den intendierten bzw. positiven Effekten auch die negativen bzw. ungewollten Auswirkungen berücksichtigt werden. Zudem werden langfristige Effekte der Arbeitsplatzmaßnahmen häufig erst sehr spät sichtbar. Ein Großteil der erhobenen Daten beruht folglich ausschließlich auf Schätzungen und Hochrechnungen und ist daher nicht valide, die Evaluation bleibt demnach nur ein Versuch, an die Wahrheit heranzukommen [ELKELES, KIRSCHNER 2003: Kap.8; KROMREY 2001:115, 127].

### **6.3 Handlungsempfehlungen**

Die Monitoring- und Evaluationswerkzeuge von GBC/GTZ und AWISA zur Beurteilung der Qualität von WPPs haben bislang eher Input und Output erfasst, während das BBC-Tool auch Indikatoren zu Outcome und Impact nennt. Auch im Monitoring auf internationaler Ebene liegt der Schwerpunkt zunehmend auf Outcome und Impact, wie beispielsweise in den 25 UNGASS-Indikatoren von UNAIDS. Viele dieser vorhandenen Indikatoren verschiedener Akteurinnen und Akteure sind bisher nicht miteinander vereinbar. Bei der Entwicklung von M&E-Instrumenten sollte deshalb darauf geachtet werden, dass sie sich sowohl für alle deutschen Kooperationspartner als auch für die Strukturen und Akteurinnen/ Akteure in Subsahara-Afrika eignen. Notwendig ist die Einführung eines einheitlichen, sinnvollen und gut praktikablen Monitorings. Dieses sollte die Einheit, bei der die Daten erhoben wurden (Arbeitskraft, Betrieb, FD, PE, usw.), die verwendeten empirischen Methoden (Befragung, Beobachtung, Dokumentationsbogen, Bericht) sowie die Ebene der Indikatoren (Input, Output, Outcome und Impact) erfassen [FÄRBER 2009:5,10].

Bei der Konzeption zukünftiger Evaluationsinstrumente sollte darauf geachtet werden, dass sie sich speziell auf den jeweiligen Kontext, in dem die Evaluation stattfindet, beziehen. Allen voran sollte daher mit einer grundlegenden Untersuchung und Problemanalyse begonnen werden. Die Ergebnisse einer solchen Strukturevaluation (vgl. Abschnitt 3.4.1) helfen, spezifische Faktoren und Problembereiche der Zielgruppe aufzudecken, und liefern wichtige Hinweise zur Erstellung von Basisindikatoren. In Subsahara-Afrika hängen die Bedingungen für sexuelle Gewalt, die Möglichkeiten des Gebrauchs von Verhütungsmitteln und die Strategien zur Reduktion des HIV/AIDS-Risikos in hohem Maße von kulturellen Regeln und Machtverhältnissen ab. In diesem Zusammenhang spielt zum Beispiel der Gender-Aspekt eine bedeutende Rolle. Aus Angst vor gesellschaftlicher Ablehnung oder Scham zeigen Frauen ein anderes Verhalten in Bezug auf

HIV/AIDS-Prävention als Männer. Evaluationswerkzeuge sollten auf diesen Gender-Aspekt und andere kontextbezogene Faktoren eingehen und weitere Qualitätskriterien aus dem Bereich der HIV/AIDS-Prävention, betrieblichen Gesundheitsförderung und Evaluation erfüllen (vgl. Abschnitt 5.1). Dazu zählt unter anderem auch ein angemessener zeitlicher Aufwand für die Anwendung der verschiedenen Instrumente. Einzelne Komponenten von Evaluationswerkzeugen sollten gegebenenfalls so simplifiziert werden, dass sie keine Nutzer/in aufgrund der Zeit ausschließen [GTZ 2010a; FÄRBER 2009:9; GREIFELD 2006:209ff.].

Damit die Anwendung der Evaluationswerkzeuge einen nachhaltigen Nutzen zeigt, sollten die im Betrieb gesammelten Daten sachgerecht aufgearbeitet und ausgewertet werden. Dies sollte von Fachleuten im Bereich M&E erfolgen. Der daraus entstehende Endbericht sollte von der Betriebsleitung, den FPs und vor allem auch PEs gut nachvollziehbar sein. Falls ähnliche WPP-Evaluationen im Vorfeld bereits in weiteren Betrieben stattgefunden haben, sollte eine Art Benchmarking durchgeführt werden. Auf diese Art und Weise könnte jeder Betrieb erfahren, wie gut oder schlecht sein WPP verglichen mit denen anderer Unternehmen abschneidet. Dies könnte der Unternehmensleitung, den FPs und den PEs einen Ansporn dazu geben, ihre WPP-Maßnahmen so zu optimieren, dass ihr Betrieb bei der nächsten Evaluation einen höheren Punktwert erreicht [ELKELES, KIRSCHNER 2003: Kap.9; INWENT 2010e; KROMREY 2001: 121].

## 7 Schlussbetrachtung

Die rasante Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemie führt zu zahlreichen Problemen, die ein schnelles Handeln durch alle Sektoren hinweg erfordern. HIV/AIDS-Prävention sollte von verschiedenen Seiten aus diskutiert und debattiert werden, sodass sie eine zentrale Stellung im gesellschaftlichen Bewusstsein erhält. Nur so kann eine Verhaltensänderung bzw. Umsetzung des richtigen Verhaltens in risikoreichen Situationen erreicht werden und Präventionsvorhaben nachhaltige Wirkung zeigen. Interventionen am Arbeitsplatz sind unabdingbar, da damit weite Bevölkerungsgruppen erreicht werden können. Von unten gewachsene WPPs haben eine harmonisierende Wirkung auf die teilnehmenden Unternehmen. Um solche Programme in Subsahara-Afrika weiter auszubauen bzw. zu fördern, bedarf es einen Konsens aller Beteiligten und insbesondere an politischer Unterstützung. Mittels Evaluation kann der Politik aufgezeigt werden, dass WPPs nicht nur kurzfristige Lösungen bieten, sondern einen beachtlichen Beitrag zur Senkung der Kosten im Gesundheitswesen leisten können. Zur Sicherung der Qualität solcher Programme spielt der Einsatz von Evaluationswerkzeugen eine wichtige Rolle.

Ziel der Abschlussarbeit war es, drei Beispiele solcher M&E-Tools für WPPs vorzustellen und systematisch miteinander zu vergleichen, mit der Absicht herauszufinden, inwieweit einzelne Empfehlungen tatsächlich praktikabel sind und wo noch Verbesserungspotenzial besteht. Bei der Überprüfung der Werkzeuge hinsichtlich relevanter Qualitätskriterien wurde deutlich, dass sowohl das *AWISA Evaluation Tool* von DED und Inwent als auch der *HIV/AIDS – Tuberculosis – Malaria: Interactive Course: Monitoring and Evaluation of Workplace Programs* von GBC und GTZ praktische Unterstützung in der Evaluation von WPPs bieten können, während die *Tools for Monitoring and Evaluation of the Behaviour Change Communication Programme for the Workplace* von der ILO eher als reiner Leitfaden zur Information im Vorfeld einer Evaluation nützlich sind. Großer Verbesserungsbedarf besteht im Einbezug geschlechterspezifischer Aspekte – insbesondere beim *AWISA-Tool*. Darüber hinaus sollten sehr komplexe Werkzeugkomponenten so vereinfacht werden, dass der zeitliche Aufwand für deren Anwendung überschaubar bleibt. Diese Empfehlung gilt vor allem für den *Interactive Course*. Alles in allem sollten die Evaluationswerkzeuge stärker am kulturellen Kontext von Subsahara-Afrika ausgerichtet sein und passende Indikatoren und Fragen beinhalten.

Für eine umfassende, ergebnisorientierte und evidenzbasierte Evaluation von WPPs in Subsahara-Afrika ist ein angemessenes epidemiologisches Überwachungssystem erforderlich, mit dem schlüssige Kennzahlen und Fakten erhoben werden können. Dazu sollten die vorgestellten Werkzeuge und andere bereits existierenden Ansätze zu M&E verschiedener Akteurinnen und Akteure vereinheitlicht und ausgebaut werden. Nur so kann gezeigt werden, dass implementierte Projekte und Programme betrieblicher Gesundheitsförderung zu HIV/AIDS in Afrika die gewünschten Ergebnisse erzeugen und letztlich dazu beitragen, dass eine weitere Ausbreitung der Epidemie mit all ihren menschlichen und wirtschaftlichen Bedrohungen verhindert werden kann.

## VII Literaturverzeichnis

- **[ACDI 2010]:** Agence canadienne de développement international: Afrique subsaharienne. Gatineau (Québec), 2010. URL: [http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Afrique\\_subaharienne/\\$file/Africa-map-e.gif](http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Afrique_subaharienne/$file/Africa-map-e.gif) (24.05.2010)
- **[AIDS-STIFTUNG 2010]:** Deutsche AIDS-Stiftung: Kooperationspartner: Global Business Coalition on HIV/AIDS. Bonn, 2010. URL:<http://www.aids-stiftung.de/ueber-uns/kooperationspartner/gbchiv aids/> (24.06.10)
- **[AVERT 2010a]:** AVERT: HIV and AIDS in Africa. West Sussex (UK), 2010. URL: <http://www.avert.org/hiv-aids-africa.htm> (24.05.2010)
- **[AVERT 2010b]:** AVERT: The impact of HIV & AIDS in Africa. West Sussex (UK), 2010. URL: <http://www.avert.org/aids-impact-africa.htm> (31.05.10)
- **[BADURA, SIEGGRIST 1999]:** Badura, B.; Siegrist, J.: Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Juventa Verlag. Weinheim/ München, 1999
- **[BMZ 2007a]:** Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ): Gesundheit fördern – HIV/AIDS bekämpfen. BMZ-Materialien 177. Bonn, 2007. URL: <http://www.bmz.de/de/service/infothek/fach/materialien/Materialie177.pdf> (25.06.10)
- **[BMZ 2007b]:** Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ): Stärkung der Teilhabe von Frauen in der Entwicklungszusammenarbeit. BMZ-Materialien 172. Bonn, 2007. URL:[http://www.bmz.de/de/publikationen/reihen/infobroschueren\\_flyer/infobroschueren/Materialie172.pdf](http://www.bmz.de/de/publikationen/reihen/infobroschueren_flyer/infobroschueren/Materialie172.pdf) (11.09.10)
- **[BZGA 1999]:** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Evaluation – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Köln, 1999. URL:<http://www.bzga.de/pdf.php?id=108b527b52b84b3ae9e22c9c45bc2dca> (24.07.10)
- **[DALBERG 2007]:** Dalberg Global Development Advisors; UN Global Compact: Business guide to partnering with NGOs and the United Nations. Copenhagen, 2007. URL:[http://www.dalberg.com/PDFs/Business\\_guide\\_preview.pdf](http://www.dalberg.com/PDFs/Business_guide_preview.pdf) (24.06.10)
- **[DED 2010a]:** Deutscher Entwicklungsdienst (DED): Über uns: Kurzprofil DED. Bonn, 2010. URL:[http://www.ded.de/cipp/ded/custom/pub/content,lang,1/oid,65/ticket,g\\_u\\_e\\_s\\_t/~Kurzprofil\\_DED.html](http://www.ded.de/cipp/ded/custom/pub/content,lang,1/oid,65/ticket,g_u_e_s_t/~Kurzprofil_DED.html) (25.06.10)
- **[DED 2010b]:** Deutscher Entwicklungsdienst (DED) Country Office in Malawi: DED in general. Malawi, 2010. URL:[http://malawi.ded.de/cipp/ded/custom/pub/content,lang,2/oid,7259/ticket,g\\_u\\_e\\_s\\_t~/Homepage.html](http://malawi.ded.de/cipp/ded/custom/pub/content,lang,2/oid,7259/ticket,g_u_e_s_t~/Homepage.html) (25.06.10)
- **[DED 2010c]:** Deutscher Entwicklungsdienst (DED): DED-Leistungsangebot: HIV/AIDS-Arbeitsplatzprogramme in kleinen und mittleren Unternehmen und Organisationen. Bonn, 2010. URL:[http://www.ded.de/cipp/ded/lib/all/lob/return\\_download,ticket,g\\_u\\_e\\_s\\_t/bid,3691/no\\_mime\\_type,0/~LAK\\_AIDS\\_Arbeitsplatzprogramme\\_dt.pdf](http://www.ded.de/cipp/ded/lib/all/lob/return_download,ticket,g_u_e_s_t/bid,3691/no_mime_type,0/~LAK_AIDS_Arbeitsplatzprogramme_dt.pdf) (26.06.10)
- **[DED 2010d]:** Deutscher Entwicklungsdienst (DED): Arbeitsfelder: HIV/AIDS Workplace Programmes in Southern Africa. Bonn, 2010. URL:[http://www.ded.de/cipp/ded/custom/pub/content,lang,1/oid,16528/ticket,g\\_u\\_e\\_s\\_t~/HIV\\_AIDS\\_Workplace\\_Programmes\\_in\\_Southern\\_Africa.html](http://www.ded.de/cipp/ded/custom/pub/content,lang,1/oid,16528/ticket,g_u_e_s_t~/HIV_AIDS_Workplace_Programmes_in_Southern_Africa.html) (04.07.10)
- **[DEGEVAL 2008]:** Gesellschaft für Evaluation (DeGEval): Standards für Evaluation. 4. unveränderte Auflage. Mainz, 2008. URL:<http://www.degeval.de/calimero/tools/proxy.php?id=19074> (24.07.10)
- **[DIEKMANN 2006]:** Diekmann, A.: Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 16. Auflage. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. Reinbek, 2006
- **[ELKELES, KIRSCHNER 2003]:** Elkeles, T.; Kirschner, W.: Evaluation im Gesundheitswesen. Lehrmodul. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Forschungsschwerpunkt Public Health. 2003. URL: <http://www.elearning.ls.haw-hamburg.de/mod/resource/view.php?id=7505> (03.10.10)

- **[ELKELES, KIRSCHNER 2006]:** Elkeles, T.; Kirschner, W.; Kirschner, R.: Evaluation der Tätigkeit des fonds Gesundes Österreich (FGÖ)- Erfahrungen aus einer Evaluation einer institutionellen Aufgabenwahrnehmung. In: Loidl-Keil, R., Laskowsky, W. (Hrsg.): Evaluationen im Gesundheitswesen. Rainer Hampp Verlag. München und Mering 2006. S. 85-97
- **[FÄRBER 2009]:** Färber, C.: Report on a consultancy to systematically assess Evaluation Tools for Workplace Programs on HIV/AIDS Prevention in the German-Mozambican Development Cooperation. Hamburg, 2009
- **[FHI 2006]:** Family Health International (FHI): Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries: a Handbook for Program Managers and Decision Makers. Arlington, VA (USA), 2006.  
URL:<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ez7svgsmatlnljiupck35ipxkbfwqr43tmidspsesufm2ptudeudeiithei2ufzwfbcsebjilt4ca/31776textR1enhv.pdf> (24.07.10)
- **[GBC/GTZ 2009a]:** Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GBC); Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ): Module 2: Simple Guidelines for monitoring and evaluating workplace programs (pdf), in: HIV/ AIDS, Tuberculosis, Malaria: Interactive Course: Monitoring and Evaluation of Workplace Programs. New York/ Eschborn, 2009
- **[GBC/GTZ 2009b]:** Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GBC); Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ): CD-Hülle/Cover von HIV/ AIDS, Tuberculosis, Malaria: Interactive Course: Monitoring and Evaluation of Workplace Programs. New York/ Eschborn, 2009
- **[GBC/GTZ 2009c]:** Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GBC); Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ): Interactive Tool in: HIV/ AIDS, Tuberculosis, Malaria: Interactive Course: Monitoring and Evaluation of Workplace Programs. New York/ Eschborn, 2009
- **[GBC 2009]:** Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GBC): World Cup 2010: Coalition Members, Partners Discuss Engagement Opportunities. Johannesburg, 2009. URL:[http://www.gbcimpact.org/itcs\\_node/0/0/news/2274](http://www.gbcimpact.org/itcs_node/0/0/news/2274) (24.06.10)
- **[GBC 2010a]:** Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GBC): About GBC. New York, 2010. URL: <http://www.gbcimpact.org/about-gbc> (24.06.10)
- **[GBC 2010b]:** Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GBC): Region: Africa & Middle East. New York, 2010. URL: <http://www.gbcimpact.org/node/1027> (24.06.10)
- **[GBC 2010c]:** Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GBC): Tools: Monitoring and Evaluation of Workplace HIV/AIDS, TB and Malaria Programs. New York, 2010. URL:[http://www.gbcimpact.org/itcs\\_node/2/4/resources/2202](http://www.gbcimpact.org/itcs_node/2/4/resources/2202) (16.09.10)
- **[GFATM 2010]:** Globalen Fond zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria: The Global Fund 2010: Innovation and Impact. Genf, 2010.  
URL:[http://www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/Global\\_Fund\\_2010\\_Innovation\\_and\\_Impact\\_en.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/Global_Fund_2010_Innovation_and_Impact_en.pdf) (17.06.10)
- **[GOLASZINSKI 2007]:** Golaszinski, U.: Subsahara-Afrika – die Wiederentdeckung eines Kontinents. In: Kompass 2020: Deutschland in den internationalen Beziehungen: Ziele, Instrumente, Perspektiven. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn/Berlin, 2007. URL: <http://www.fes.de/kompass2020/pdf/SubsaharaAfrika.pdf> (24.05.10)
- **[GREIFELD 2006]:** Greifeld, K.: Methodologische Schwierigkeiten bei der Wirkungsanalyse von Programmen zur HIV/ AIDS-Prävention in Entwicklungsländern. In: Loidl-Keil, R., Laskowsky, W. (Hrsg.): Evaluationen im Gesundheitswesen. Rainer Hampp Verlag. München und Mering 2006. S. 209-219
- **[GTZ 2006]:** Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ): Suggestions for a result-oriented and evidence-based evaluation of mainstreaming HIV in GTZ projects/programmes in Africa. 2006

- **[GTZ/ CORNELDER 2008]:** GTZ/Cornelder PPP KAPB Survey 2008: HIV/AIDS Workplace Programmes along the Value Chain of the Harbour of Beira - Knowledge, Attitudes, Practices and Beliefs Survey. 2008
- **[GTZ 2010a]:** Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ): Basisstudien – der Grundstein für Planung und Monitoring. Eschborn, 2010. URL:<http://www.gtz.de/de/themen/uebergreifende-themen/hiv-aids-bekaempfung/3257.htm> (13.06.10)
- **[GTZ 2010b]:** Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ): Hintergrund: Der internationale Weg zur HIV/AIDS-Bekämpfung durch die Wirtschaft. Eschborn, 2010. URL: <http://www.gtz.de/de/themen/uebergreifende-themen/hiv-aids-bekaempfung/3235.htm> (17.06.10)
- **[GTZ 2010c]:** Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ): AIDS am Arbeitsplatz: HIV/AIDS-Bekämpfung am Arbeitsplatz – Unternehmen können viel tun. Eschborn, 2010. URL: <http://www.gtz.de/de/praxis/2980.htm> (17.06.10)
- **[GTZ 2010d]:** Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ): Das Unternehmen – Profil, Eschborn, 2010. URL:<http://www.gtz.de/de/689.htm> (22.06.10)
- **[GTZ 2010e]:** Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ): Nachhaltige Strukturen, umfassender Ansatz. Eschborn, 2010. URL:<http://www.gtz.de/de/themen/uebergreifende-themen/hiv-aids-bekaempfung/3237.htm> (03.10.10)
- **[GTZ 2010f]:** Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ): Partner im internationalen Netzwerk. Eschborn, 2010. URL:<http://www.gtz.de/de/themen/uebergreifende-themen/hiv-aids-bekaempfung/3334.htm> (23.06.10)
- **[GTZ 2010g]:** Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ): Projekte: AIDS-Bekämpfung am Arbeitsplatz: Das Potenzial von Firmen und Wirtschaftszusammenschlüssen nutzen. Eschborn, 2010. URL:<http://www.gtz.de/de/themen/uebergreifende-themen/hiv-aids-bekaempfung/3239.htm> (23.06.10)
- **[GTZ 2010h]:** Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ): Das HIV/AIDS-Arbeitsplatzprogramm für GTZ-Angestellte weltweit. Eschborn, 2010. URL:<http://www.gtz.de/de/themen/uebergreifende-themen/hiv-aids-bekaempfung/3291.htm> (23.06.10)
- **[GTZ 2010i]:** Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ): Evaluierung. Eschborn, 2010. URL:<http://www.gtz.de/de/unternehmen/6332.htm> (10.07.10)
- **[GTZ 2010j]:** Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ): AIDS am Arbeitsplatz: Neue Publikation: Monitoring & Evaluation of HIV/AIDS Workplace Programmes. Eschborn, 2010. URL:<http://www.gtz.de/de/themen/uebergreifende-themen/hiv-aids-bekaempfung/13540.htm> (16.09.10)
- **[KIRSCH-WOIK 2005]:** Kirsch-Woik, T. (GTZ): HIV/AIDS als gesellschaftliche Herausforderung in Afrika. Vortrag mit Power-Point-Präsentation. Berlin, 2005. URL: <http://www.osi-club.de/w/files/dokumente/vortragkirschwoikaidsafrika.ppt> (24.05.10)
- **[KROMREY 2001]:** Kromrey, H.: Evaluation – ein vielschichtiges Konzept: Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis (SUB), 24. Jahrgang, Heft 2. Berlin, 2001
- **[ILO 2003]:** International Labour Organization (ILO); Ibrahim Coulibaly: The impact of HIV/AIDS on the labour force in Sub-Saharan Africa: a preliminary assessment. Geneva, 2003. URL:[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/publication/wcms\\_117178.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_117178.pdf) (13.06.10)
- **[ILO 2004]:** International Labour Organization (ILO): Using the ILO Code of Practice and training manual - Guidelines for employers. Geneva, 2004. URL:[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/publication/wcms\\_115125.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_115125.pdf) (11.09.10)

- **[ILO 2004b]:** International Labour Organization (ILO): Technical Cooperation: Means to implement the ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the world of work. Geneva, 2004. URL:[http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/tech\\_coop/tech\\_cooperation.pdf](http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/tech_coop/tech_cooperation.pdf) (22.06.10)
- **[ILO 2005a]:** International Labour Organization (ILO): ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work: HIV/AIDS and Employment. In: ILOAIDS Brief September 2005. Geneva, 2005. URL:[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/publication/wcms\\_116377.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_116377.pdf) (11.09.10)
- **[ILO 2005b]:** International Labour Organization (ILO); Marie-Claude Chartier: Research and policy analysis of The ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work: Legal initiatives to address HIV/AIDS in the world of work. Geneva, 2005. URL:[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/publication/wcms\\_117173.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_117173.pdf) (15.06.10)
- **[ILO 2005c]:** International Labour Organization (ILO): HIV/AIDS + WORK: Mozambique: HIV/AIDS, work and development. ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work. Geneva, 2005. URL: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/publication/wcms\\_116275.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_116275.pdf) (15.06.10)
- **[ILO 2006]:** International Labour Organization (ILO), Internationales Arbeitsamt: Ein praxisorientierter Leitfaden der IAO zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit. Genf, 2006. URL: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/publication/wcms\\_113834.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_113834.pdf) (13.06.10)
- **[ILO/ FHI 2008]:** International Labour Organization (ILO); Family Health International (FHI): HIV/AIDS Behaviour Change Communication: A Toolkit for the Workplace. Geneva, 2008. URL:[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/publication/wcms\\_115460.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_115460.pdf) (21.06.10)
- **[ILO 2010a]:** International Labour Organization (ILO): ILO-Berlin, Internationale Arbeitsorganisation, Vertretung in Deutschland. Berlin, 2010. URL:<http://www.ilo.org/public/german/region/eurpro/bonn/index.htm> (18.06.10)
- **[ILO 2010b]:** International Labour Organization (ILO): About the ILO. Geneva, 2010. URL:[http://www.ilo.org/global/About\\_the\\_ILO/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/lang--en/index.htm) (18.06.10)
- **[ILO 2010c]:** International Labour Organization (ILO): About ILO/AIDS. Geneva, 2010. URL:<http://www.ilo.org/aids/Aboutus/lang--en/index.htm> (21.06.10)
- **[ILO 2010d]:** International Labour Organization (ILO): EVAL – Evaluation Unit: EVAL Home. Geneva, 2010. URL:<http://www.ilo.org/eval/lang--en/index.htm> (16.09.10)
- **[INWENT 2008]:** Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH (INWENT): Capacity Building International, Germany: Broschüre: HIV and AIDS at the Workplace: A Holistic Resource Management Training and Implementation Programme for Micro and Small Enterprises. Köln, 2008. URL:<http://www.inwent.org/imperia/md/images/bereich4/abteilung4-04/awisa/brochure.pdf> (03.07.10)
- **[INWENT 2009]:** Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH (INWENT): Capacity Building International, Germany: AIDS Workplace Programs in Southern Africa –Managing the Impacts. Köln, 2009. URL: [www.awisa.de](http://www.awisa.de) (04.07.10)
- **[INWENT 2010a]:** Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH (INWENT): AWiSA - Wirtschaftliche Folgen der Aids-Epidemie managen. Bonn, 2010. URL: [http://www.inwent.org/special/fallback/index.php.de?pull=/cms01/contentpool/programme/soziale\\_entwicklung/070749/index.php.de](http://www.inwent.org/special/fallback/index.php.de?pull=/cms01/contentpool/programme/soziale_entwicklung/070749/index.php.de) (04.07.10)
- **[INWENT 2010b]:** Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH (INWENT):Wer wir sind. Bonn, 2010. URL:[http://www.inwent.org/ueber\\_inwent/wer/index.php.de](http://www.inwent.org/ueber_inwent/wer/index.php.de) (03.07.10)
- **[INWENT 2010c]:** Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH (INWENT): HIV/Aids. Bonn, 2010. URL:[http://www.inwent.org/portal/internationale\\_zusammenarbeit/soziale\\_entwicklung/hiv/index.php.de](http://www.inwent.org/portal/internationale_zusammenarbeit/soziale_entwicklung/hiv/index.php.de) (03.07.10)

- **[INWENT 2010d]:** Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH (INWENT): Zusammenarbeit mit Afrika. Bonn, 2010.  
URL:<http://www.inwent.org/regionen/afrika/index.php.de> (03.07.10)
- **[INWENT 2010e]:** Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH (INWENT): AWISA. Bonn, 2010. URL: <http://www.awisa.de/> (04.07.10)
- **[KKM 2007]:** Koordinierungskreis Mosambik e.V.: Partnerschaft gestalten - Global, regional, lokal. In: Mosambik-Rundbrief Nr. 72. Bielefeld, 2007.  
URL:[http://www.kkmosambik.de/pdf\\_kkm/RB\\_72/entwicklzusnarbeit.pdf](http://www.kkmosambik.de/pdf_kkm/RB_72/entwicklzusnarbeit.pdf) (15.06.10)
- **[LOBNIG, PELIKAN 1996]:** Lobnig, H., Pelikan, J. M.: Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten im Rahmen des Setting- Ansatzes. Prävention 19. Jhg., 1996
- **[RIEDLBERGER 2007]:** Riedlberger, I.: Prüfung des Neuansatzes für ein HIV/AIDS-Querschnittsvorhaben in Mosambik. Beitrag zur Projektprüfung und zur Operationalisierung des Teilziels der Verankerung von Genderaspekten. GTZ Vorhaben: HIV/ AIDS-Bekämpfung in Mosambik. 2007
- **[ROSSI ET AL. 1988]:** Rossi, P. H.; Freeman, H.E.; Hofmann, G.: Programm Evaluation: Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung. Enke. Stuttgart, 1988
- **[SABCOHA 2010]:** South African Business Coalition on HIV/AIDS (SABCOHA): Who we are. Johannesburg, 2010. URL:<http://www.sabcoha.org/> (15.06.10)
- **[SADC 2006]:** Southern African Development Community (SADC) HIV and AIDS Unit: Experts Think Tank Meeting on HIV Prevention in High-Prevalence Countries in Southern Africa, Report, Gaborone, 2006.  
URL:[http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060601\\_sadc\\_meeting\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060601_sadc_meeting_report_en.pdf) (14.06.10)
- **[SADC 2010]:** Southern African Development Community (SADC): Introducing SADC, Gaborone, 2009. URL:<http://www.sadc.int/> (29.08.10)
- **[SAFAIDS 2010]:** Southern Africa HIV and AIDS Information Dissemination Service (SafAIDS): About Us. Pretoria, 2010. URL:<http://www.saf aids.net/> (15.06.10)
- **[STOCKMANN 2004]:** Stockmann, R.: Was ist eine gute Evaluation? Einführung zu Funktionen und Methoden von Evaluationsverfahren; in: Ceval-Arbeitspapiere 9. Saarbrücken, 2004.  
URL:[http://www.ceval.de/typo3/fileadmin/user\\_upload/PDFs/workpaper9.pdf](http://www.ceval.de/typo3/fileadmin/user_upload/PDFs/workpaper9.pdf) (16.09.10)
- **[UN 2008]:** United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division: World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database: Sub-Saharan Africa Population 1950-2050. New York, 2008. URL: <http://esa.un.org/unpp> (16.05.10)
- **[UNAIDS 2003]:** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): HIV/AIDS : it's your business. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Genf, 2003. URL: [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/jc1008-business\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/jc1008-business_en.pdf) (31.05.10)
- **[UNAIDS 2008]:** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Genf, 2008.  
URL:<http://viewer.zmags.com/publication/ad3eab7c/ad3eab7c/1> (15.06.10)
- **[UNAIDS 2009a]:** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World Health Organization (WHO): AIDS Epidemic Update December 2009. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Genf, 2009. URL: [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700\\_Epi\\_Update\\_2009\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf) (03.05.10)
- **[UNAIDS 2009b]:** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World Health Organization (WHO): Epidemiology Core Slides, 2009.  
URL:[http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2009/2009\\_epiupdate\\_core\\_en.ppt](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2009/2009_epiupdate_core_en.ppt) (04.05.10)
- **[UNAIDS 2009c]:** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World Health Organization (WHO): AIDS Fact Sheet 09 Sub-Saharan Africa: Latest epidemiological trends, 2009 URL: [http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124\\_FS\\_SSA\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124_FS_SSA_en.pdf) (04.05.10)
- **[UNESCO 2006]:** United Nations Educational Scientific and Cultural Organization(UNESCO), International Labour Organization (ILO): An HIV and AIDS Workplace Policy for the Education Sector in Southern Africa. Genf, 2006.  
URL:<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001469/146933E.pdf> (11.09.10)

- **[UNRIC 2001]:** Informationszentrum der Vereinten Nationen (UNRIC): Globale Krise – Globale Antwort: Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids. New York/ Bonn, 2001.  
URL:<http://www.unric.org/html/german/hivaids/erklaerung.pdf> (01.06.10)
- **[UNICEF 2006]:** United Nations Children’s Fund (UNICEF): Human ‘red ribbon’ unites the world against AIDS. New York, 2006. URL:[http://www.unicef.org/aids/index\\_34228.html](http://www.unicef.org/aids/index_34228.html) (17.06.2010)
- **[UNICEF 2007]:** United Nations Children’s Fund (UNICEF): The Bamako Initiative. In: THE STATE OF THE WORLD’S CHILDREN 2008 Child Survival, S.36. New York, 2007.  
URL:[http://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08\\_panel\\_2\\_5.pdf](http://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf) (16.05.10)
- **[UNICEF 2009]:** United Nations Children’s Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Genf, 2009
- **[USAID 2009]:** US Agency for International Development (USAID): Congressional Budget Justification, FOREIGN OPERATIONS, Fiscal Year 2009. Washington, 2009.  
URL:<http://www.usaid.gov/policy/budget/cbj2009/101368.pdf> (16.06.10)
- **[USA.GOV 2010]:** Office of U.S. Global AIDS Coordinator; Bureau of Public Affairs, U.S. State Department: PEPFAR: Making a Difference: Funding. Washington, 2010.  
URL:<http://www.pepfar.gov/press/80064.htm> (17.06.10)
- **[WHO/ APOC 2007]:** World Health Organization (WHO), African Programme for Onchocerciasis Control (APOC): Revitalising health care delivery in sub-Saharan Africa - The potential of community-directed interventions to strengthen health systems. Burkina Faso, 2007.  
URL:[http://www.who.int/apoc/publications/EN\\_HealthCare07\\_7\\_3\\_08.pdf](http://www.who.int/apoc/publications/EN_HealthCare07_7_3_08.pdf) (16.05.10)
- **[WORLDBANK 2010]:** The World Bank Group: World DataBank - Sub-Saharan Africa. Washington, 2010. URL:[http://ddp-ext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?&CF=&REPORT\\_ID=9147&REQUEST\\_TYPE=VIEWADVANCED&HF=N/CPProfile.asp&WSP=N](http://ddp-ext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?&CF=&REPORT_ID=9147&REQUEST_TYPE=VIEWADVANCED&HF=N/CPProfile.asp&WSP=N) (16.05.10)

## VIII Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und nur unter Benutzung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Wörtlich übernommene Sätze und Satzteile sind als Zitate belegt, andere Anlehnungen hinsichtlich Aussage und Umfang unter Quellenangabe kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen und ist auch noch nicht veröffentlicht.

Laura Feindt  
Frohnhauser Straße 129  
45144 Essen

Hamburg, den 04. Oktober 2010

.....

## **IX Anhang**

### **1. BBC-Tool**

- 1.1 Appendix A: Sample workplace programme objectives and indicators  
= *Musterformular mit Beispielen für Ziele und Indikatoren von Arbeitsplatzprogrammen (4 Seiten)*
- 1.2 Appendix B: Sample monitoring forms for behavior change communication programmes  
= *Muster eines Formblatts zum Monitoring der BBC-Programme (2 Seiten)*
- 1.3 Appendix C: Sample peer-education monitoring form for low-literacy peer educators  
= *Muster eines Formblatts zu Peer-Education-Monitoring für lese- und schreibschwache PEs (1 Seite)*

Quelle: ILO/ FHI 2008:447ff.

### **2. Interactive Course**

- 2.1 Module 2: Simple Guidelines for monitoring and evaluating workplace programs  
= *Modul 2 des interaktiven Kurses: Einfache Leitlinien zu Monitoring und Evaluation (9 Seiten)*
- 2.2 Indicator Checklist to evaluate HIV workplace programs  
= *Indikatorcheckliste zur Evaluation von HIV-Arbeitsplatzprogrammen (14 Seiten)*

Quelle: GBC/GTZ 2009c

### **3. AWISA-Tool**

- 3.1 Guideline for the AWISA Evaluation Tool  
= *Leitlinien und Empfehlungen zum Evaluationswerkzeug von AWISA (2 Seiten)*
- 3.2 Checklist for AWISA Focal Point Persons  
= *Checkliste für die Focal Person eines Betriebs (3 Seiten)*
- 3.3 Evaluation Questionnaire for Company Visits  
= *Evaluationsfragebogen für die Betriebsbegehung im Rahmen der externen Evaluation (3 Seiten)*
- 3.4. Evaluation Report  
= *Beispiel eines Evaluationsberichtes (8 Seiten)*
- 3.5 Award of AWISA Certificate  
= *Zertifikat zum Evaluationsbericht (1 Seite)*

Quelle: INWENT 2010e

## Appendix A: Sample workplace programme objectives and indicators

***This set of objectives was developed within the framework of the ILO/USDOL HIV/AIDS Workplace Education Programme with the technical assistance of Management System International (MSI).***

### **Development objective 1:**

#### **Reduced high-risk behaviour associated with HIV among targeted workers**

- Number and percentage of targeted workers who report having fewer non-regular partners in the last 12 months
- Number and percentage of workers who report having used a condom during their last sexual encounter
- Number and percentage of targeted workers who report having sex with a non-regular partner in the last 12 months
- Among targeted workers who report having sex with a non-regular partner in the past 12 months, number and percentage who report using a condom the last time this occurred

### **Development objective 2:**

#### **Reduced level of employment-related discrimination against persons living with HIV/AIDS**

- Number and percentage of people who have been open about their HIV-positive status who are retained on the job for more than one year
- Number and percentage of workers who request care and support services and are retained on the job for more than one year
- Number and percentage of worker complaints filed for employment-related discrimination against people living with HIV/AIDS (note that atmosphere of greater tolerance may result in more complaints at outset)
- Number and percentage of workplaces that do not require pre-employment HIV testing and that offer care and support services
- Number and percentage of targeted workers who report that they would fear losing their jobs if they were HIV-positive

- Number and percentage of targeted workers who report that they would fear losing their jobs if they sought to obtain HIV counselling and testing services or information about such services
- Number and percentage of targeted workers who report that they believe their employer keeps HIV-positive workers on the job
- Number and percentage of targeted workers who report that they believe HIV-positive workers would be denied opportunities at the workplace

**Immediate objective 1:****Improved knowledge, attitudes and perception of norms related to high-risk behaviours associated with HIV**

- Number and percentage of targeted workers who opt for healthy lifestyle (as evidenced by, for example, use of workplace recreation facility)
- Number and percentage of targeted workers who correctly identify three or more modes of HIV transmission
- Number and percentage of targeted workers who correctly identify three means of protection against HIV infection (having no penetrative sex, using condoms and having sex only with one faithful, uninfected partner)
- Number and percentage of targeted workers who correctly identify three means of protecting against HIV infection from injecting drug use (switching to non-injectable drugs, avoiding sharing needles or syringes, and using sterile needles and syringes) [only where injecting drug use is an issue]
- Number and percentage of targeted workers who correctly identify intoxication as a contributing risk factor [only where alcohol and drug use is prevalent]
- Number and percentage of targeted workers who report that a person may get HIV by having unprotected sex with a person who looks healthy
- Number and percentage of targeted workers who report a positive response to three aspects of condom use with a non-regular partner (attitude towards condom use, perceived norms for condom use, perceived skill in condom use).

**Immediate objective 2:****Increased use of available HIV/AIDS workplace services**

- Number and percentage of targeted workers who report using specific services over the past 12 months

**Immediate objective 3:  
Reduced stigma against persons living with HIV/AIDS**

- Number and percentage of people living with HIV/AIDS actively involved in formal committees or groups at the workplace
- Number and percentage of targeted workers seeking HIV counselling and testing
- Number and percentage of targeted workers who indicate that a co-worker has told them he or she is HIV-positive
- Number and percentage of targeted workers who report an accepting or supportive attitude towards HIV-positive co-workers
- Number and percentage of targeted workers who report an accepting or supportive attitude towards HIV-positive persons outside the workplace

**Immediate objective 4: Increased knowledge and understanding of HIV/  
AIDS workplace policies**

- Number and percentage of targeted workers who report being aware that an HIV/AIDS policy exists at their workplace
- Number and percentage of targeted workers who correctly identify three or more of the key principles of the HIV/AIDS policy in their workplace
- Number and percentage of targeted workers/managers who report that HIV/AIDS policy is enforced at their workplace

**Sub-immediate objective 1: Increased availability of HIV/AIDS workplace  
programmes**

- Number and percentage of workplaces with HIV/AIDS services made available at or through the workplace

OR

- Number and percentage of workplaces with threshold number of HIV/AIDS programmes (threshold number to be defined)
- Optional: Quality of HIV/AIDS services delivered at the workplace

**Sub-immediate objective 2: Improved workplace policies**

- Number of workplaces that have incorporated 50 per cent of the principles of the ILO Code of Practice into their written HIV/AIDS policy
- Where the company uses employee contracts and/or collective bargaining agreements] Number of workplaces where recommended policy components appear in employee contracts or collective bargaining agreements

**Sub-immediate objective 3: Increased levels of workplace collaboration and commitment by labour and management**

- Number and percentage of targeted workers who have participated in the design and/or implementation of HIV/AIDS policy at the workplace
- Number and percentage of workplaces at which weekly/monthly management meetings address HIV/AIDS recommendations made by the workplace HIV/AIDS committee
- Number of workplaces that have a specific budget for implementation of HIV/AIDS programmes
- Number and percentage of workplaces with active joint committees addressing HIV/AIDS-related issues
- Number and percentage of workplaces that allocate official working hours for HIV/AIDS programme implementation
- Where there are worker organizations/representatives] Number and percentage of workplaces where the worker organization/representative has made a formal commitment to participate in the HIV/AIDS programme

**Sub-immediate objective 4: Increased capacity of workplace to offer comprehensive HIV/AIDS policy and programmes on a sustained basis**

- Number and percentage of workplaces with an HIV/AIDS resource person
- Number and percentage of workplaces that have a collaborative arrangement with external HIV/AIDS resource persons/organizations
- Number and percentage of workplaces in which an HIV/AIDS component is integrated into existing occupational safety and health services or human resources programmes

## Appendix B: Sample monitoring forms for behaviour change communication programmes

### Example 1: Programme monitoring form

Implementing organization:

Project title:

Month: \_\_\_\_\_/200..

#### Programme to reduce workplace discrimination in company X

Performance indicators	Reporting month	Cumulative from when the project started
Quantitative methods		
Total number of declared people living with HIV/AIDS who are retained on the job for more than one year		
Number of worker complaints filed for employment-related discrimination against people living with HIV/AIDS		
Number of targeted workers who report that they would fear losing their jobs if they were HIV-positive		
Number of targeted workers who report that they would fear losing their jobs if they sought to obtain HIV counselling and testing services or information about such services		
Number of targeted workers who report that they believe HIV-positive workers would be denied opportunities at the workplace		

**Example 2:  
Sample programme monitoring form for communication  
materials and services**

Implementing organization:

Project title:

Month: \_\_\_\_\_/200..

**Workplace programme in sugar factory**

<b>Performance indicators</b>	<b>Reporting month</b>	<b>Cumulative from when the project started</b>
Type of BCC materials developed (e.g., leaflets, posters)		
Number of copies of BCC materials produced		
Number of articles in newspaper/newsletter		
Number of radio spots aired (minutes)		
Duration of radio spots aired		
Number of community-based education/social events/exchange and sharing activities (e.g., theatrical performance)		
Number of attendees		

Comments and suggestions: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Day \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Year 200 \_\_\_\_

Project assistant's signature \_\_\_\_\_

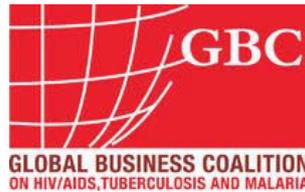
# Appendix C: Sample peer-education monitoring form for low-literacy peer educators

পিতার ঋতুসেচনঃ  
তারিখঃ



**স্বাস্থ্য**  
এস বি এস জাতিসংঘ স্বাস্থ্য  
পিতার ঋতুসেচনোর শিক্ষার্থীরাইন জাতি

ক্র.সং.	নাম	মৌখিক		মুখ্যতা	মুখ্য	বৈশিষ্ট্য	স্বাস্থ্য		স্বাস্থ্য										
		স্বাস্থ্য	স্বাস্থ্য				স্বাস্থ্য	স্বাস্থ্য											
১																			
২																			
৩																			
৪																			
৫																			
৬																			
৭																			
৮																			
৯																			
১০																			
১১																			
১২																			
১৩																			
১৪																			
১৫																			
১৬																			
১৭																			
১৮																			
১৯																			
২০																			
মোট																			



## **Interactive Course**

### **Monitoring and Evaluation of Workplace Program**

## **Module 2**

### **Simple Guidelines for monitoring and evaluating workplace programs**

#### **OBJECTIVES**

After the completion of this module, you will be able to :

- Describe the principles of monitoring and evaluation
- Identify key tools for monitoring and evaluation
- Understand the value of monitoring and evaluation for a HIV/AIDS workplace program
- Identify the steps for embedding monitoring and evaluation into HIV/AIDS workplace programs

#### **OVERVIEW OF MONITORING AND EVALUATION**

To gauge your knowledge, can you identify which statement is monitoring and which is evaluation?

#### **Monitoring:**

- One new clinic was built in the local community.
- 500 staff members have received training on HIV/AIDS.
- SRH services have been created that have flexible opening hours and safe spaces for girls and youth

#### **Evaluation:**

- The rate of HIV infections dropped by 3% in that community in one year.
- TB Morbidity rate has decreased by 10% among your staff.
- Girls' and women's uptake of contraception and condoms has increased since the SRH services have been sensitized to youth and girls

#### **WHAT IS MONITORING AND WHAT IS EVALUATION?**

Monitoring and Evaluation are often confused. See if you know the correct definitions.

**Monitoring:** routine, assessment of ongoing activities and progress

**Evaluation:** episodic assessment of overall achievements and the extent to which they can be attributed to specific interventions

**RELATIONSHIP BETWEEN MONITORING AND EVALUATION**

Monitoring and evaluation (M&E) are two linked activities:

**Program Monitoring Program and facility-based data:**

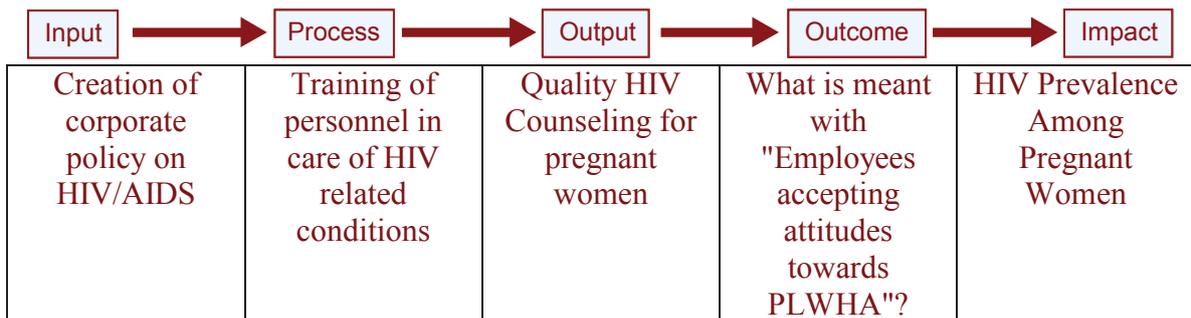
Monitoring Addresses the Following Questions:

- To what extent are planned activities actually realized? Are we making progress towards achieving our objectives?
- What services are provided, to whom, when, how often, for how long, and in what context?
- How well are the services provided?
- What is the quality of the services provided?

**Impact Assessment Population-based biological/behavioral data:**

Evaluation Addresses the Following Questions:

- What are the changes in the target group (e.g. changes in risk behavior)?



**Input:** Resources going into conducting and carrying out the project or program. These could include staff, finance, materials, and time.

**Process:** Set of activities in which program resources (human and financial) are used to achieve the results expected from the program (e.g., number of workshops or number of training sessions).

**Output:** Immediate results obtained by the program through the execution of activities (e.g., number of commodities distributed, number of staff trained, number of people reached, or number of people served).

**Outcome:** Short-term or intermediate results obtained by the program through the execution of activities.

**Impact:** Long-term effects (e.g., changes in health status). This can be done through special studies with wide district, regional, or national coverage.

### Key Indicators in a Workplace Program

<u>Indicators</u>	<u>How to calculate key indicators</u>
<b>Worker Absenteeism:</b>	Monitor reasons for increased periods of illness and calculate time spent attending funerals of co-workers and relatives.
<b>Employee Turnover:</b>	Evaluate medical or other reasons for retirement, cause of employee death, and the hiring of new employees.
<b>Medical Costs:</b>	Evaluate price of insurance, cost reimbursement, on-site clinics, or other mechanisms.
<b>Company Benefits:</b>	Consider health insurance, life insurance for select employees, and death benefits.
<b>Disruption of Production:</b>	Estimate costs of reduced productivity caused by training new employees or retraining existing employees to fill gaps

**Worker Absenteeism:** As HIV enters the later stages (somewhere between five and 10 years after initial infection), a person is likely to experience increased periods of illness and absenteeism. Also, those caring for a HIV-positive family member will require absences from work. Absenteeism should include employee absences to attend funerals of co-workers and relatives and caring for HIV positive family members.

**Employee Turnover:** Higher turnover rates exist in companies that have high HIV/AIDS infection rates. Turnover rates reflect medical or other reasons for retirement, employee death, and the hiring of new employees.

**Medical Costs:** Many companies provide some form of medical coverage or assistance to employees through insurance, cost reimbursement, on-site clinics, or other mechanisms.

**Company Benefits:** Benefits likely to be affected by HIV/AIDS include health insurance, life insurance for select employees, and death benefits.

**Disruption of Production:** The absence or early medical retirement of a key employee can disrupt production and/or service delivery processes. Likewise, the training of new employees or retraining of existing employees to fill gaps can impact productivity and profits

### **EXAMPLES OF MONITORING AND EVALUATION**

Each step of effective M&E is dependent on results from the previous element of the intervention. Consequently, if one step in the intervention is lacking or is skipped, the desired outcomes will not be achieved.

### **THE VALUE OF M&E**

Monitoring and evaluation have an important role to play in ensuring that a program is appropriate and effective. A company should not continue running a program without, at some point, standing back and checking on what they are doing. Monitoring and evaluation are ways of assessing how well the program is running, the effect of the program on the workplace, and how effective it is in changing people's behavior with regard to HIV/AIDS.

Implementing an M&E system allows:

- Rapid identification of changing trends and deviations from the target
- Quick response to ensure that interventions are effective or need to be orientated
- Early evidence of program effectiveness
- Communication to those who are involved (those who are infected or affected by HIV/AIDS) and other stakeholders (donors, partners, etc.)
- Ability to show if the program is cost-effective

### **MONITORING AND EVALUATION CYCLE**

Monitoring and evaluation should be embedded from the start in the HIV workplace program and should form part of a continuous cycle for assessing whether an HIV/AIDS workplace program is achieving its objectives and for improving the program.

**Dissemination of Results and Adapt Operational Plan:** Program leaders should identify how they will use the information from the evaluation findings. Some further questions could be:

1. What outcomes are observed?
2. What do the outcomes mean?
3. Does the program make a difference (number of deaths, number of days for sick leave, productivity, morale within staff, etc.)?

4. Who should have access to this information?

5. How can the program be improved?

Information obtained during the monitoring process should be shared with relevant stakeholders.

This will include internal stakeholders such as task force, peer educators, management, and medical team and staff. In addition information should also be made available to external partners and organizations such as business coalitions, other companies, NACs, development partners to improve mutual learning.

Results of the evaluation provide evidence of the success of the program and will stimulate those involved as well as those targeted by the interventions.

It demonstrates the engagement of the company and can be used for PR purposes.

It will also point out areas of improvement and can be used to redesign or adjust the future program.

**Evaluation:** Evaluation can be conducted internally by the company or by an external consultant or consulting group. The choice of an internal versus external (outsourced) evaluation process will depend on:

- The size of organization
- The framework conditions (union, law, etc.)
- The confidentiality/trust/credibility issues
- The ability and time schedule of involved persons
- Resources available

It is important to early define the scope and timeline of the evaluation process. It is obviously recommended to start an evaluation once tangible benefits are perceived. In principle, HIV workplace program can be evaluated every 2-3 years.

Indicators of the evaluation should comply with national and international standards.

Monitoring data, previous evaluation data and relevant studies/surveys should be considered during an evaluation to facilitate the evaluation process.

**Feedback Information and Adapt Operational Plan:** Information obtained during the monitoring process should be fed back to relevant stakeholders such as task force, peer educator, management, and medical team.

Monitoring should be used as a guidance if interventions should be continued in the applied manner or if they should be adjusted according to the results of the monitoring process. In some cases it might be relevant to adopt the operational plan.

**Implementation Including Ongoing Monitoring:** From the onset of the program the monitoring methodology should be determined.

It needs to be specified.

1. How the data should be collected? Explanation: Monitoring should be an integral part of the HIV workplace program and should be done internally to ensure that data are understood, collected and analyzed in a timely manner. Data collection and entry should be user friendly.

2. How often the data should be collected? Explanation: Frequency of data collection depends on the indicator and ranges between monthly to annually.

3. Who will collect the data? Explanation: The HIV coordinator could have the overall responsibility with support from the human resource department, financial department, procurement department, health facility, peer educators and others.

4. Who will report to whom? Explanation: Depending on the indicator the various departments and persons involved need to report to the person in charge of the monitoring.

5. Who will analyze the data? Explanation: The team responsible for the workplace program (e.g. HIV coordinator or the task force) should analyze the data and discuss conclusions and recommendation. Data should be visualized so that they are understandable to all persons involved.

**Develop and approve Operational Plan Including M&E Indicators:** A company's monitoring and evaluation system should be aligned with the project description/outline or operational plan.

- Develop Operational Plan

- Identify program goals and objectives, components and activities.

- Determine M&E questions, indicators related to goals and objectives, components and selected activities, and determine their feasibility.

- Determine M&E methodology and timeline for monitoring the process and evaluating the effects.

For example, the overarching question M&E could answer would be: "Has the program changed behavior and reduced the prevalence of HIV/AIDS?"

**Baseline Survey/ Situational Analysis:** Baseline surveys/situational analysis serve on one hand as a basis for planning a HIV workplace program and on the other hand for obtaining relevant baseline information to measure the effectiveness of the intervention after a certain period of time.

The baseline information will provide the starting point against which all future measures of the indicators can be compared. It is much more difficult to see the impact of the program without the baseline information.

The baseline must include measurements on all indicators of interest. Much of the information needed for the baseline can be obtained from the situational analysis, which is undertaken as part of the policy and program development process.

**Knowledge Management:** Knowledge management is irrevocably linked to many steps of an HIV workplace program and the associated M&E activities.

Knowledge management helps to manage an HIV workplace program effectively and efficiently. Sharing knowledge across the organization helps to sustain a program through strengthening institutional knowledge and minimizing the risk of knowledge gaps attributable to staff changes.

Knowledge management includes collecting, appraising and disseminating information.

Steps 1 and 2: All relevant planning documents need to be filed and be accessible for future monitoring and evaluation efforts. Many data obtained from the baseline survey serve as comparison data for future evaluations.

Steps 3 and 4: It is vital to document approaches/tools used and to disseminate the lessons learned.

Steps 5 and 6: Well documented workplace programs facilitate preparations of an evaluation. A functioning knowledge management system provides evidence for the effective implementation of an HIV workplace program. Results of the evaluation should be analyzed and utilized through the knowledge management system and should influence future programming. The dissemination of the results will stimulate those involved as well as the general staff. In addition, knowledge management also assists in establishing networks and promoting the company's corporate social responsibility beyond their company gate.

### **PRINCIPLES OF M&E**

There are certain steps that a company should follow in order to create a useful, effective, and appropriate M&E system.

#### **Developing an M&E system:**

- Analyze and discuss regularly with team responsible for the project
- Agree on Responsibilities
- User friendly data collection and entry
- Develop indicators that are SMART (specific, measurable, attainable, relevant, timely)
- Compliance with national and international standards
- Monitoring plan and baseline data before implementation of activities

### **DEVELOP AN M&E WORK PLAN MATRIX AND TIMELINE**

A work plan matrix and timeline clearly identifies specific tasks required to meet M&E aims. A work plan matrix should identify each task and who is responsible for completing the task.

A roadmap is a tool that can be used to develop the work plan matrix.

Program item	Description	Status	Rating
Policies, Responsibilities and Management			
Policy statement	A 'public' policy statement endorsing the Company's commitment in respect of HIV/AIDS for internal briefing and, on request, provision to third parties.	In draft Formally adopted Communicated to all employees	+ ++ +++
Board level programme responsibility	The Company Board should be clearly identified with the programme, with a Board member formally responsible and a quarterly Board review of the programme and associated strategic decisions.	Board member directly responsible Quarterly Board Review Formal feedback process to HIV/AIDS committee	+ ++ +++
HIV/AIDS committee	Company/National Committee responsible for developing the detail of policies and programmes and for on-going review of progress, reporting back to the Board. Dependant upon company size and geography, subordinate committees should be in place for units of >200 people.	Company committee appointed Company committee meeting quarterly Unit HIV/AIDS committees appointed	+ ++ +++
Management guide	This document should provide the detail of the HR response to HIV/AIDS. What should and should not be done with respect to employees with HIV/AIDS. May be based upon adoption of third party best practice documents.	In draft 3rd party guide adopted Own guide formally adopted and distributed	+ ++ +++
Training modules	HIV/AIDS education should be a component of all new employee induction programmes and their should be a training module for managers.	Employee induction module Plus management training module Plus >80% managers through training	+ ++ +++
Targeting of high risk groups	High risk groups, such as long distance drivers, field sales force and migrant workers, should be targeted.	Analysis to identify groups completed Programmes for these groups in place >50% trained or analysis has confirmed no specific high risk group in company	+ ++ +++

## **MORE M&E RESOURCES**

Further information on M&E can be found on the following websites:

<http://www.unaids.org>

<http://www.who.int>

<http://www.cpc.unc.edu/measure>

<http://www.fhi.org>

<http://www.cdc.gov>

<http://www.usaid.gov>

## **CONCLUSION**

You have reached the end of this module.

You should now be able to:

- Describe the elements of monitoring and evaluation
- Understand the value of monitoring and evaluation for an HIV/AIDS workplace program
- Identify the steps for implementing a monitoring and evaluation program for HIV/AIDS programs in the workplace
- Identify key tools for monitoring and evaluation

## Indicator Checklist to evaluate HIV workplace programs

### General Information

1. Company Name 
2. Address 
3. Number of company employees 
4. Contact person(s)  
(Name, Position) 
5. Appraisal period 
6. Date of inception of WPP 
7. Date of assessment 
8. Name(s), organisation of  
assessment team 
9. Dissemination of the final report to  
(internally/externally): 

## Evaluation sheet: Program Design and Management

Company: 0

This tool is a generic checklist. Please adapt it to your needs and to national indicators.

No	Indicator	yes	no	Additional Information required	Remarks, comments, observations, conclusions	Source of information
<b>1. Category: Program design and management</b>						
<b>1.1 Baseline surveys</b>						
1.1.1	Has the company conducted some of the following surveys/analysis: <i>Situational analysis/Gaps analysis/Needs assessment</i>			Conclusions for WPP program, Results, Quality, Date		HIV Coordinator
	<i>Prevalence survey</i>					HIV Coordinator
	<i>Cost-benefit analysis</i>					HIV Coordinator
	<i>KABP (Knowledge, Attitude, Behaviour, Practice) survey</i>					HIV Coordinator
<b>1.2 Strategy/ Budget</b>						
1.2.1	Does your company have developed a strategy?			Are indicators defined?, Results of document analysis		HIV Coordinator; General Manager
1.2.2	Does your company has developed: <i>Action plan</i>			Date, Results of document analysis		HIV Coordinator; General Manager
	<i>Budget</i>					
1.2.3	What is the budget allocation for the WPP in ratio to the companies' turnover (alternative: cost per employee)?			Year, Amount		Administration Department; General Manager

## Evaluation sheet: Program Design and Management

Company: 0

This tool is a generic checklist. Please adapt it to your needs and to national indicators.

No	Indicator	yes	no	Additional Information required	Remarks, comments, observations, conclusions	Source of information
1.2.4	What are the expenditures for the HIV workplace program: <i>Coordination</i> <i>Training</i> <i>Prevention</i> <i>Treatment, care, support</i> <i>Benefit schemes</i> <i>Community Outreach</i> <i>Supply Chain</i> <i>Others</i>			<i>Year, Amount</i>		Administration Department
1.2.5	What are the expenditures for service providers?			<i>Amount</i>		Administration Department
1.2.6	What are the expenditures for partnerships e.g. membership fees?			<i>Partners, Amounts</i>		Administration Department
<b>1.3 Human Resource Structure</b>						
1.3.1	Please specify the HIV/AIDS management structure that has been set up: <i>Task force has been constituted</i> <i>HIV-program coordinator has been appointed</i> <i>Peer educators have been selected</i>			<i>Composition</i>		HIV Coordinator Task force
	<i>Senior Management is regularly informed and involved in strategic discussions</i>			<i>Position</i>		HIV Coordinator Task force
				<i>Number, Selection process</i>		HIV Coordinator Task force
				<i>How</i>		HIV Coordinator Task force Management

## Evaluation sheet: Program Design and Management

Company: 0

This tool is a generic checklist. Please adapt it to your needs and to national indicators.

No	Indicator	yes	no	Additional Information required	Remarks, comments, observations, conclusions	Source of information
1.3.2	What is the frequency of coordination meetings or reporting			Frequency (Benchmark: bimonthly). Persons involved, Reporting structure		HIV Coordinator Task force Peer educators
1.3.3	What kind of training did the following persons receive during last 12 month: Task force HIV-program Coordinator Managers Peer educators Others			Training topics (Benchmark: 1 training per annum)		HIV Coordinator
1.3.4	Has the HIV-program Coordinator, Task Force and Peer Educators been introduced to: Top management Employees			How		Peer Educators; selected Employees
1.3.5	What % of the employees can recall the name of the HIV-Coordinator or of at least one peer educator?			(Benchmark: 80%)		Survey Focus group discussion

## Evaluation sheet: Program Design and Management

Company: 0

This tool is a generic checklist. Please adapt it to your needs and to national indicators.

No	Indicator	yes	no	Additional Information required	Remarks, comments, observations, conclusions	Source of information
<b>1.4 Partnerships</b>						
1.4.1	Which partnerships have been established and what were their contributions: Government/NAC  NGOs  Other international development partners  National business coalition  Others			Area (technical, financial, coordination etc);		HIV Coordinator
1.4.2	Which service providers do you use and what kind of activities do they provide?			Names, Services provided		HIV Coordinator
1.4.3	How satisfied are you with their service delivery?			Level of satisfaction per service provider, Reasons		HIV Coordinator Peer educators

## Evaluation sheet: Program Design and Management

Company: 0

This tool is a generic checklist. Please adapt it to your needs and to national indicators.

No	Indicator	yes	no	Additional Information required	Remarks, comments, observations, conclusions	Source of information
<b>1.5 Policy</b>						
1.5.1	Does your company has adopted an HIV/AIDS policy?			Year		HIV Coordinator Human resource department General Manager
1.5.2	Which topics does the HIV policy cover: <i>Prevention</i> <i>Health care (e.g. TB, STI, OI, ART)</i> <i>Benefit Schemes</i> <i>Community Outreach</i> <i>Supply Chain</i> <i>Non-discrimination</i> <i>Others</i>			Specify		HIV Coordinator Human resource department General Manager
1.5.3	Who are the beneficiaries of the HIV policy: <i>Employees</i> <i>Spouses</i> <i>Other dependants</i> <i>Contractors</i> <i>Suppliers</i> <i>Community</i>			Specify (numbers)		HIV Coordinator Human resource department General Manager
1.5.4	How has the HIV policy been communicated to management and employees: <i>Verbally</i> <i>Posters</i> <i>Handouts</i> <i>Others</i> <i>Has not been communicated</i>					HIV Coordinator Human resource department General Manager
1.5.4	What % of the employees know the HIV/AIDS policy?			(Benchmark: 90%)		Survey Focus group discussion

## Evaluation sheet: Program Design and Management

Company: 0

This tool is a generic checklist. Please adapt it to your needs and to national indicators.

No	Indicator	yes	no	Additional Information required	Remarks, comments, observations, conclusions	Source of information
<b>1.6. Monitoring and Evaluation System</b>						
1.6.1	Does the company have a regular monitoring system?			Specify		HIV Coordinator
1.6.2	Any external assessment so far conducted?			Specify		HIV Coordinator
<b>1.7. Category: Specific WPP program indicators of the company related to objectives</b>						
<b>1.7.1 Fill in company's indicators</b>						
						HIV Coordinator General Manager
<b>1.7.2 Fill in company's indicators</b>						
						HIV Coordinator General Manager
<b>1.8. Category: Company impact indicators</b>						
1.8.1	Has the worker absenteeism related to HIV/AIDS been reduced over time?			Specify		Human resource department
1.8.2	Has the employee turnover related to HIV/AIDS been reduced over time?			Specify		Human resource department
1.8.3	Have the medical cost related to HIV/AIDS declined over time?			Specify		Administration Department
1.8.4	Have the cost for company benefits related to HIV/AIDS declined over time?			Specify		Administration Department
1.8.5	Is there a decrease in disruption of production related to HIV/AIDS?			Specify		General Manager
<b>1.9. Category: General recommendations</b>						
1.9.1	What are your needs to improve your program?			Specify		All interview partners
1.9.2	Which are your recommendations to improve the program?			Specify		All interview partners

Evaluation sheet: Workplace Program Components

Company: 0

This tool is a generic checklist. Please adapt it to your needs and to national indicators.

No	Indicator	yes	no	Additional information required	Remarks, comments, observations, conclusions	Source of information
<b>2. Category: Prevention</b>						
<b>2.1 General HIV sensitisation</b>						
2.1.1	Is IEC material always available for distribution?			Specify		HIV Coordinator, Employees
2.1.2	How many IEC sessions have been conducted per annum on: <i>Basics on HIV</i> <i>VCT</i> <i>Condom use</i> <i>Home Based Care</i> <i>Positive Living/Nutrition</i> <i>Stigma and Discrimination</i> <i>Policy</i> <i>Benefit Schemes</i> <i>STI</i> <i>Treatment</i> <i>Others</i>			IEC sessions like theatre, lunch talks, videos, presentations), Number per time period, (Number of attendees if available)		HIV Coordinator, Employees
2.1.3	How many IEC events have been organised for dependants?			Specify topics		HIV Coordinator, Employees
2.2.3	How many people have been reached employees dependants			Average number of attendees per session		HIV Coordinator, Employees
2.1.4	Is the number of sessions increasing?			Specify		HIV Coordinator

Evaluation sheet: Workplace Program Components

Company: 0

This tool is a generic checklist. Please adapt it to your needs and to national indicators.

No	Indicator	yes	no	Additional information required	Remarks, comments, observations, conclusions	Source of information
<b>2.2 Peer Education</b>						
2.2.1	How many peer educators have been trained  are active			Number. (Benchmark: 1 peer educator for every 25-30 employees in all job categories). Explain drop-out		HIV Coordinator, Peer educators
2.2.2	Does the company provide incentives for peer educators?			Specify		HIV Coordinator, Peer educators
2.2.3	Does a quality control / feedback system of peer educators exist?			Specify		HIV Coordinator, Peer educators, Employees
2.2.2	How many peer education sessions have been held on: Basics on HIV VCT Condom use HBC Positive Living Stigma and Discrimination Policy Benefit Schemes STI Treatment Others			Number. Reference material used		HIV Coordinator, Peer educators, Employees
2.2.3	How many people have been reached employees dependants			Average number of attendees per session		HIV Coordinator, Peer educators
2.2.4	Is the number of attendees increasing?			Specify		HIV Coordinator, Peer educators

Evaluation sheet: Workplace Program Components

Company: 0

This tool is a generic checklist. Please adapt it to your needs and to national indicators.

Indicator		yes	no	Additional information required	Remarks, comments, observations, conclusions	Source of information
<b>2.3 Condom Distribution</b>						
No	2.3.1 What kind of condom distribution system has been established?			Specify (who is distributing; paid/not free, branded/not branded, female/male)		HIV Coordinator, Peer educators, Procurement department, Employees
	2.3.2 Are condoms always available?			Reasons if not available		HIV Coordinator, Employees
	2.3.3 What is the number of condoms distributed during the last 12 month			(per average number of employees)		HIV Coordinator, Peer educators, Procurement department
	2.3.4 Is there an increase in condom uptake?			Specify		HIV Coordinator, Peer educators, Procurement department
	2.3.5 What is the level (%) of correct knowledge regarding HIV means of transmission among employees?			Align with national indicators (Benchmark: >90% excellent, 90-70% fair)		Survey, Focus group discussion
	2.3.6 What is the level (%) of correct knowledge regarding HIV means of prevention among employees?			(Benchmark: >90% excellent, 90-70% fair)		Survey, Focus group discussion
	2.3.7 What is the % of employees expressing that misconceptions of HIV transmission has declined?			Specify expressed misconceptions Benchmark		Survey, Focus group discussion
	2.3.8 What is the % of employees confirming that stigma and discrimination has been reduced?			Specify examples for discrimination and reasons (Benchmark: 25% of interviewees)		Survey, Focus group discussion

Evaluation sheet: Workplace Program Components

Company: 0

This tool is a generic checklist. Please adapt it to your needs and to national indicators.

No	Indicator	yes	no	Additional information required	Remarks, comments, observations, conclusions	Source of information
2.3.9	Has the % of employees who are uncomfortable working with PLWHA declined?			Specify examples and reasons: <i>Benchmark</i>		Survey, Focus group discussion
<b>2.4 Voluntary Counselling and Testing (VCT)</b>						
2.4.1	Are VCT services available for employees?			Specify: internally or externally Accessible for whom (eligibility: employees; dependants; others)		HIV Coordinator, Medical department, Peer educators, Employees
2.4.2	How many people have been counselled and tested <i>Employees</i> <i>Dependants</i>			Number		HIV Coordinator, Medical department, Administration department
2.4.3	What is the percentage of people tested <i>Employees</i> <i>Dependants</i>			Percentage		HIV Coordinator, Medical department, Administration department
2.4.4	What is the number of employees disclosing their results company/health centre			Number, Experiences, Consequences		HIV Coordinator, Medical department, Administration department, Peer educators
<b>3. Category: Treatment, Care and Support</b>						
3.1	Is quality health care facility provided in-house or in accessible distance?			Specify (Benchmark: within 5 km (WHO definition))		HIV Coordinator, Medical department, Employees
3.2	Is there availability of the following drugs ART PMTCT Post Exposure Prophylaxis			Specify		HIV Coordinator, Medical department, Employees

Evaluation sheet: Workplace Program Components

Company: 0

This tool is a generic checklist. Please adapt it to your needs and to national indicators.

No	Indicator	yes	no	Additional information required	Remarks, comments, observations, conclusions	Source of information
	TB					
	Opportunistic Infections					
	Others (malaria...)			Specify		
3.3	Are there any barriers to access to medical treatment? What are these?					HIV Coordinator, Medical department, Employees
3.4	What is the current number of employees receiving ART					HIV Coordinator, Medical department, Employees
3.5	What is the % of employees/dependants with advanced HIV infection receiving ART?			Synchronise with national calculations	(Calculate: employees in need of ART/ employees receiving ART* 100 (number employees/100, prevalence rate/0,20=employees in need of ART)	HIV Coordinator, Medical department
3.6	What is the % of STI among patients treated in your health clinic? What is the trend?			Percentage, Trend		HIV Coordinator, Medical department
3.7	What is the % of other opportunistic diseases, than STI treated in your health clinic? What is the trend?			Percentage, Trend		HIV Coordinator, Medical department
3.8	What is the % TB cases treated? What is the trend?			Percentage, Trend		HIV Coordinator, Medical department
3.9	Does the company provide nutritional supplements?			Number, specify		HIV Coordinator, Medical department, Peer educators, Employees
3.10	What is the number of referrals to care and support?			Number, specify support offered, Satisfaction		HIV Coordinator, Medical department, Peer educators, Employees

Evaluation sheet: Workplace Program Components

Company: 0

This tool is a generic checklist. Please adapt it to your needs and to national indicators.

No	Indicator	yes	no	Additional information required	Remarks, comments, observations, conclusions	Source of information
<b>4. Category: Medical and Social Benefit Schemes</b>						
4.1	Does the company's policy encompass the following Sick leave Retirement benefits  Funeral benefits  Compassionate leave			Specify Number of sick leaves per month Amount of retirement payments per month Amount of money given to funeral benefits? Number of days		HIV Coordinator, Human resource department, Employees
4.2	Percentage of employee payroll used for benefits					
4.3	Are all employees covered in the medical scheme (Health insurance; direct payment to service provider, specific AIDS funds)?			Reasons if not: Amount of health treatment payments per month (including payments for AIDS fund)		HIV Coordinator, Human resource department, Employees
4.4	What is the % of employees covered by medical schemes?			Percentage		HIV Coordinator, Human resource department
<b>5. Category: Outreach to Community/Suppliers</b>						
5.1.1	Does the company' community outreach program entail: IEC (sensitisation, drama groups)  Peer Education  VCT  Home Based Care  Health Care			Specify activities, budget, Reasons for engagement, Feedback from communities, Partners involved		HIV Coordinator, General Manager, Peer educators

Evaluation sheet: Workplace Program Components

Company: 0

This tool is a generic checklist. Please adapt it to your needs and to national indicators.

No	Indicator	yes	no	Additional information required	Remarks, comments, observations, conclusions	Source of information
	<i>Orphans</i>					
	<i>Income generating activities</i>					
	<i>Nutrition</i>					
	<i>Product and service donation</i>					
	<i>Others</i>					
5.1.2	How big is the catchment area of the company (number of households or people)			Number		HIV Coordinator, General Manager, Peer educators
5.1.3	What is the number of households/ people reached through community outreach activities			Number		HIV Coordinator, General Manager, Peer educators
5.2.1	Does the company's supply chain activities entail: <i>IEC</i>			Specify activities, budget, Reasons for engagement, Feedback from communities, Partners involved		HIV Coordinator, General Manager, Peer educators
	<i>Peer Education</i>					
	<i>VCT</i>					
	<i>Home Based Care</i>					
	<i>Health Care</i>					
	<i>Nutrition</i>					
	<i>Others</i>					
5.2.2	What is the number of companies/ employees reached via supply chain activities			Number (e.g. co-investment/ PPP)		HIV Coordinator, General Manager, Peer educators

## Guideline for the AWiSA Evaluation Tool

### Template 1: Checklist for Focal Person

- Utilised by:** Focal Person
- Timeframe:** Throughout the year, before the bi-annual external evaluation by AWiSA
- Purpose:** To advise Focal Persons on the implementation of the different pillars of an HIV/AIDS Workplace Program;
- To give Focal Persons an overview on the criteria which will be measured during the bi-annual external evaluation, so that they will be aware in advance and not taken by surprise;
- To provide Focal Persons with a self-assessment tool in order to get a feedback for themselves on the actual state of their program.

Hand-out the checklist to the Focal Persons during the Focal Person Training and explain its purpose and correct usage to them. It is up to the Focal Persons to decide when to utilise this template, although they should do so before the bi-annual external evaluation (you should announce the approximate period when this would take place). They may go through each pillar and tick components as *done* according to the activities taking place within their HIV/AIDS Workplace Programs. You can ask for a copy of this checklist when doing the evaluation in order to see whether or not Focal Persons are using this tool. There might be discordance between the results of your interview with the Focal Person and his/her self-assessment, so you should discuss why the Focal Person's estimation of the program shows different from your observation.

### Template 2: Evaluation Questionnaire

- Utilised by:** Interviewer / Consultant
- Timeframe:** Bi-annually during the external evaluation, approx. every 6 months, but at least 3 months after a company has launched its HIV/AIDS Workplace Program
- Purpose:** To guide the interviewer in checking the individual components of a program systematically;
- To gain an overview of the current state of implementation and the Focal Person's activities;
- To identify problems and hick-ups in the program's implementation.

Prepare a copy for each workplace visit during the evaluation. One visit may take up to 1 hour. However, tell the Focal Person it won't take much time, otherwise he/she will postpone the interview and you might never get an appointment. It is better to visit workplaces spontaneously instead of setting a date in advance because Focal Persons might cancel the appointment or be out of office. They might also change things (e.g. HIV/AIDS Noticeboard, condom dispensers, posters) for good the very last minute, so you won't get a true picture of the program. If you are two interviewers, you can share the tasks of writing down the answers and leading the interview to have a fluent conversation with the Focal Person. You can break the ice by asking the Focal Person to check the correctness of the company's details which you can prepare on a separate sheet.

During the interview, ensure that you receive not only yes/no-answers but details that allow you to assess the state of the program. Reformulating questions and asking more than once is advisable to cross-check the Focal Person's answers later on. It is necessary to ask the Focal Person to be shown around in order to estimate the "visibility" of the program. By doing so, you also gain an impression of the workplace setting, i.e. where exactly do awareness sessions take place, how many employees fit into the room, how accessible is the HIV/AIDS Noticeboard, how do dispensers in the toilets look like, where are posters displayed and who can have a look at them etc. If possible, take pictures and ask for copies of important documents (as indicated in brackets throughout the questionnaire).

### Template 3: Evaluation Report

- Utilised by:** Interviewer/Consultant, Focal Person, management
- Timeframe:** Within one month after the evaluation had been carried out
- Purpose:** To give a feedback on the evaluation and progress of the WPP to the companies' management and Focal Person, also in comparison to other WPPs of other companies (benchmarking).

After the interviews, points are accounted to each answers of the questionnaire using the detailed scoring part of the evaluation report. The companies then fall into certain categories (ineffective – critical – fair – very good - good – excellent) according to the points they scored during the evaluation. They are rated against each other and their performances compared with the best/average/least result. The evaluation report needs to be prepared for each company, whereas one copy goes to management, another one to the Focal Person. The outcome of the evaluation can be presented during e.g. a Round Table meeting and best results can be rewarded with incentives or respective certificates.

# Checklist for AWiSA Focal Persons

The items below represent the AWiSA quality standards for Workplace Programmes (WPP) and serve as a guideline for 'good WPP implementation'. They form also the basis for bi-annually conducted Workplace Programme evaluations. The more items you can tick, the higher probably is the quality of your programme.

**Pillar 1: Workplace Program Coordination**

**Management Support**

- Budget timely provided
- Mgt. present sometimes during activities
- Mgt. reacts promptly in case of need

done

Regular Participation at AWiSA Round Tables

Regular Participation at AWiSA Refreshers

**Pillar 2: Information & Education**

**A. Awareness Sessions**

**Modules covered so far**

- 1. Understanding HIV/AIDS
- 2. Prevention
- 3. Condom Use
- 4. STIs

- 5. OIs
- 6. HCT
- 7. ART
- 8. Living +

- 9. Stigma & Discrimination
- 10. Care & Support
- 11. HIV/AIDS Quiz
- 12. Other \_\_\_\_\_

done

**Regularity**

- Monthly or Bi-monthly
- At least quarterly

done

**Attendance**

- 75% or 50% of staff attended
- At least 30% of staff attended

**Variety/Use of other means**

- Plays on HIV/AIDS took place
- Films on HIV/AIDS were shown
- Interactive Exercises were carried out

**B. HIV/AIDS Noticeboard**

HIV/AIDS Noticeboard in place

done

HIV/AIDS Noticeboard accessible to whole staff

**Contents**

- Program overview/copy of Action Plan
- Copy of Workplace Policy/Statement
- HIV/AIDS Service Provider List for staff

Regular up-date of HIV/AIDS-Info

Last change/up-date less than 6 months ago

### C. Information Material

#### Brochures/ Leaflets

- Distributed regularly at Awareness Sessions
- Some in stock at FP's office
- Distributed according to the topic of the Awareness Session

done

#### Posters

- More than 2 posters in total displayed at various points
- Last change of posters less than 6 months ago

### D. Peer Education Program

Enough Peer Educators (one per department with more than 10 employees/per branch)

≤ 20 employees/PE or ≤ 30 employees/PE

At least ≤ 50 employees/PE

#### Coordination Focal Person and Peer Educators

- Regular meetings FP & PE (min. quarterly)
- FP gets notes on PE activities

done

#### Activities of Peer Educators

- Regular face-to-face discussions with colleagues
- Regular group discussions with colleagues

## Pillar 3: Health Management

### A. Condom Distribution

Male condoms always available at toilets/anonymous place

Female condoms always available at toilets/anonymous place

≥ 5 condoms/employee/month or ≥ 3 condoms/employee/month

At least ≥ 2 condoms/employee/month

done

### B. Referral/Linking to HIV/AIDS Services

Information on HIV/AIDS Service Providers available to all staff members

Up-date less than 6 months ago

Access to HIV/AIDS services through medical scheme (e.g. MASM, Executive)

>75% or >50% of staff covered

done

### C. Voluntary Counselling and Testing

#### On-Site VCT

- Carried out quarterly or bi-annually
- Carried out at least once a year
- Up-take >50% or >30% of staff

done

#### VCT Week incl. VCT coupons & prizes

- Carried out quarterly or bi-annually
- Carried out at least once a year
- Up-take at least >20% or >10% of staff

### D. First Aid Kit

In place and in good condition

done

**Pillar 4: HIV/AIDS Workplace Statement/Policy**

**Workplace Policy**

done

Policy developed and approved by Mgt.

In case of no Policy, Statement in place

**Process**

- Staff participation during Policy development
- Policy/Statement introduced to staff
- Copy available in all departments

Policy developed or last reviewed <18 or <24 months ago

Policy developed or last reviewed at least <36 months ago

**Pillar 5: Monitoring & Reporting**

**A. Monitoring**

**Regular Data Recording / Monitoring on**

done

- Awareness Sessions
- Information materials
- Peer Education activities
- Condoms
- VCT up-take

**B. Reporting**

**Regular communication Focal Person with**

done

- Management (e.g. if program problems occur)
- AWiSA

**Progress Reports to**

- Management
- Cc AWiSA

Reports are sent quarterly or at least bi-annually

# Evaluation Questionnaire for Company Visits

**Pillar 1: Workplace Program Coordination**

**Management Support**

- Do you feel sufficiently supported by Mgt? Yes  No  \_\_\_\_\_
- Is Mgt present during activities? Yes  No  \_\_\_\_\_
- Was Mgt present during launch? Yes  No  \_\_\_\_\_
- Does Mgt react in case of need? Yes  No  \_\_\_\_\_
- Is the budget provided in time? Yes  No  \_\_\_\_\_
- Do you have a current Action Plan? Up to when? *(Ask to see a copy)* \_\_\_\_\_

**FP Participation at RT & RF (self estimation)**

How often do you participate in RT and RF? \_\_\_\_\_

[What were the reasons for your absence?] \_\_\_\_\_

**Pillar 2: Information & Education**

**A. Awareness Sessions**

Which modules were covered during the last 6 months?

- |                           |                       |             |                       |                            |                       |
|---------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| 1. Understanding HIV/AIDS | <input type="radio"/> | 5. OIs      | <input type="radio"/> | 9. Stigma & Discrimination | <input type="radio"/> |
| 2. Prevention             | <input type="radio"/> | 6. HCT      | <input type="radio"/> | 10. Care & Support         | <input type="radio"/> |
| 3. Condom Use             | <input type="radio"/> | 7. ART      | <input type="radio"/> | 11. HIV/AIDS Quiz          | <input type="radio"/> |
| 4. STIs                   | <input type="radio"/> | 8. Living + | <input type="radio"/> | 12. Other _____            | <input type="radio"/> |
| Drama                     | <input type="radio"/> | Films       | <input type="radio"/> | Interactive Exercises      | <input type="radio"/> |

How often do awareness sessions take place? \_\_\_\_\_

When was the last awareness session? Which topic? \_\_\_\_\_

[Why have awareness sessions stopped?] \_\_\_\_\_

How many employees attend awareness sessions? In percentage of total number of staff? \_\_\_\_\_

How many departments take part in awareness sessions? \_\_\_\_\_

[What are the reasons for low attendance?] \_\_\_\_\_

**B. Noticeboard**

Is an HIV/AIDS Noticeboard in place? How many? *(Ask to see one)* Yes  No  \_\_\_\_\_

Who can access the HIV/AIDS Noticeboard? *(Estimate accessibility when seeing it)* \_\_\_\_\_

Where else do employees get information? \_\_\_\_\_

- |                                              |                       |                                    |                       |
|----------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Current Program Overview/Copy of Action Plan | <input type="radio"/> | Copy of Workplace Policy/Statement | <input type="radio"/> |
| Current HIV/AIDS Service Provider List       | <input type="radio"/> | Other useful information           | <input type="radio"/> |

How often do you up-date the HIV/AIDS-Info? \_\_\_\_\_

When was the last change/update? Which information did you display? \_\_\_\_\_

**C. Information Material**

When do you distribute brochures/ leaflets? How often? \_\_\_\_\_

Do you still have sufficient numbers in stock? Yes  No  \_\_\_\_\_

On which topics do you distribute brochures/leaflets? \_\_\_\_\_

Do employees request information materials? Yes  No  \_\_\_\_\_

How many posters are currently displayed? Which topics? (Ask to see some) \_\_\_\_\_

When did you last change posters? \_\_\_\_\_

How often do you change posters? \_\_\_\_\_

**D. Peer Education**

How many PE do you have? (Talk shortly with PE, if possible) \_\_\_\_\_

[What are the reasons for not having PE?] \_\_\_\_\_

How many departments do you have? \_\_\_\_\_

How many employees are in each department? \_\_\_\_\_

Which department has PE and how many? \_\_\_\_\_

How often do you meet the PE? When was the last meeting? \_\_\_\_\_

Have you received information on the PE activities within the last 6 months? Yes  No  \_\_\_\_\_

How often do PE conduct group discussions? When was the last one? \_\_\_\_\_

How often do PE conduct individual talks? When was the last one? \_\_\_\_\_

**Pillar 3: Health Management**

**A. Condom Distribution**

Are male condoms available at toilets? Yes  No  \_\_\_\_\_

Are female condoms available at toilets? Yes  No  \_\_\_\_\_

[Why are no condoms available at the workplace?] \_\_\_\_\_

Where else are condoms available at the workplace? \_\_\_\_\_

Where do you get them from? \_\_\_\_\_

How many do you order for a month? \_\_\_\_\_

How often do you refill the dispensers? (Ask to see dispensers) \_\_\_\_\_

When was the last time you refilled the dispensers? \_\_\_\_\_

**B. Referral/Linking to HIV/AIDS Services**

Where do employees get information on HIV/AIDS Service Providers from? \_\_\_\_\_

How often do you up-date this information (e.g. ASO List)? \_\_\_\_\_

When was the last time you up-dated information on HIV/AIDS Service Providers? \_\_\_\_\_

How many employees are covered by medical scheme (MASM, Executive etc)? \_\_\_\_\_

### C. Voluntary Counselling and Testing

Have you conducted OSVCT during the last 6 months? When exactly? Yes  No  \_\_\_\_\_

How often do you conduct OSVCT? \_\_\_\_\_

[What are the reasons for not conducting OSVCT?] \_\_\_\_\_

Have you conducted a VCT PW during the last 6 months? When exactly? Yes  No  \_\_\_\_\_

How often do you conduct a VCT PW? \_\_\_\_\_

[What are the reasons for not conducting a VCT PW?] \_\_\_\_\_

What was the uptake of OSVCT/VCT PW (in %)? \_\_\_\_\_

What are the reasons for a low uptake? \_\_\_\_\_

How many employees went for HIV testing in general during the last 6 months? \_\_\_\_\_

### First Aid Kit

Do you have a First Aid Kit? How many? Yes  No  \_\_\_\_\_

What is the content? (*Ask to see one*) \_\_\_\_\_

[What are the reasons for not having one?] \_\_\_\_\_

## Pillar 4: HIV/AIDS Workplace Statement / Policy

### Workplace Policy

Do you have an HIV/AIDS Policy or Statement? (*Ask to see copy*) Yes  No  \_\_\_\_\_

Was the Policy approved by Mgt? When? Yes  No  \_\_\_\_\_

Did staff participate during the Policy development? Yes  No  \_\_\_\_\_

Are copies available at all departments? Yes  No  \_\_\_\_\_

Was the Statement/Policy introduced to staff? When? Yes  No  \_\_\_\_\_

When was the last review of the Policy? \_\_\_\_\_

## Pillar 5: Monitoring & Reporting

### A. Monitoring (*Ask for copy of monitoring sheets & quarterly reports*)

Awareness sessions  PE activities  Information Material

Condoms  VCT uptake

### B. Reporting

How often do you communicate with Mgt? \_\_\_\_\_

When was the last time you talked to Mgt about the WPP? \_\_\_\_\_

How often do you communicate with AWiSA? \_\_\_\_\_

Do you send quarterly reports to Mgt and to AWiSA? Yes  No  \_\_\_\_\_

[What are the reasons for missing reports?] \_\_\_\_\_

**Any outstanding activities, e.g. self-initiated support groups/funds, outreach to families & communities ect?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## AIDS Workplace Programs in Southern Africa

Malawi – Mozambique – Namibia – South Africa – Zambia

AWiSA Malawi  
Trade Fair Grounds, Chamber House  
Blantyre, P.O. Box 258, Malawi  
Website: [www.awisa.de](http://www.awisa.de)

Susanne Schmutzer  
Tel.: +265-(0)1-873 771  
Fax: +265-(0)1-871 147  
Email: [malawi@awisa.de](mailto:malawi@awisa.de)

Blantyre, 8<sup>th</sup> December 2008

To  
Name of Manager

Cc: Focal Person  
Line-/dept. manager

Dear Mr. XXXX,

### RE: HIV/AIDS Workplace Programme Evaluation

Find attached our *HIV/AIDS Workplace Programme (WPP) Evaluation Report* for your company.

This is the second time – after March 2008 – that we conducted this assessment. The purpose is to give you a feedback of the status and progress of your HIV programme.

We have tried to rectify the weaknesses from the first assessment round, as we felt that some evaluation results did not provide an appropriate or 'real' picture of your HIV programme.

However, we also have learnt that our self-developed "*WPP Evaluation*" approach will never be able to satisfy fully the requirements of a 'fair' and accurate measuring tool. Simply due to the fact that the companies we serve differ in many aspects from each other, in terms of size, business activity, complexity, etc. For instance, some companies are too small to run On-Site VCT at their premises, and others can't afford to conduct awareness sessions for staff during work hours, simply because customers wouldn't forgive that. We have tried to take these differences into account as best as possible by providing alternatives where possible.

This tool has been developed in particular for Workplace Programmes that were launched recently in order give Focal Persons (and management) more targeted feedback and guidance on how to implement more effectively the programme. As an unwanted side-effect, well-established HIV programmes that were launched in 2007 or before get on average less scores than they often deserve, simply due to the fact that they have reduced the intensity of the programme.

We also have weighed the 5 pillars (main components, see report) of a WPP differently, according to what we consider relevant. For instance, the majority of points (out of 700 altogether) can be achieved within the 2 pillars Information & Education (250) and Health Management (200), in comparison e.g. to 75 achievable points under pillar Monitoring & Reporting.

Last but not least we also would like to point out that we don't expect your company to necessarily carry out all programme activities to achieve the best possible mark (*excellent*, >90%). For us, it is your HIV programme, and you should judge – with our advice – what you consider necessary at your company or not. However, and to be honest with you, there are some minimum requirements that we consider important for a good or high quality programme and our organizational ambition is to at least get good Workplace Programmes (≥70% of scores) implemented after a period of not more than 12-18 months.

Kindly take note of our recommendations in the report.

Best Regards,

Angela Kurth  
(Malawi Country Advisor)

November 2008

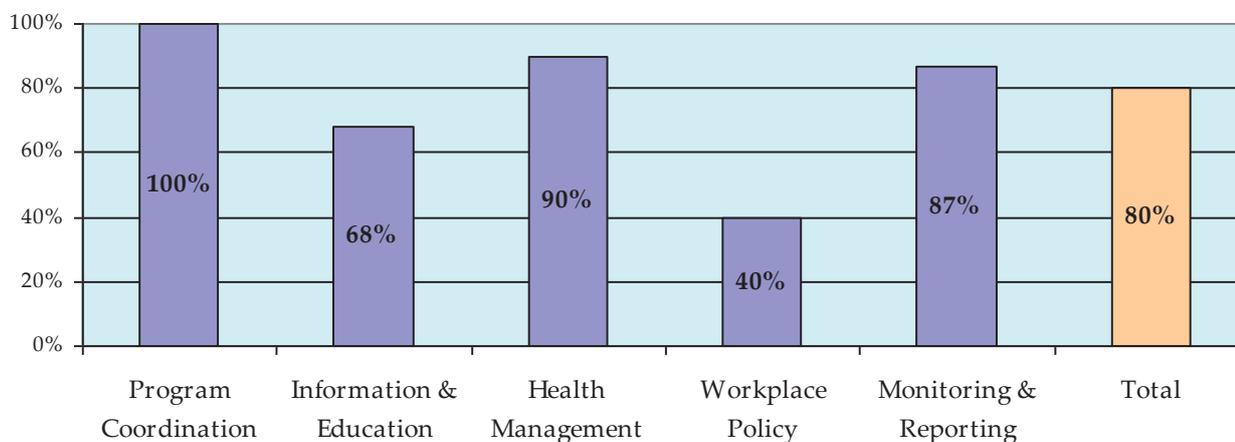


**Name of Company**

To: Mr YYYYY (Management)  
 CC: Mr XXXXX (Focal Person)  
 Ms ZZZZZ (Focal Person)

### Results Achieved

Pillar	Maximum Points	Achieved Points	% Achieved
1.) Program Coordination	75	75	100 %
2.) Information & Education	250	170	68 %
3.) Health Management	200	180	90 %
4.) Workplace Policy	100	40	40 %
5.) Monitoring & Reporting	75	65	87 %
Outstanding Activities	(+50)	(30)	
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>560</b>	<b>80 %</b>

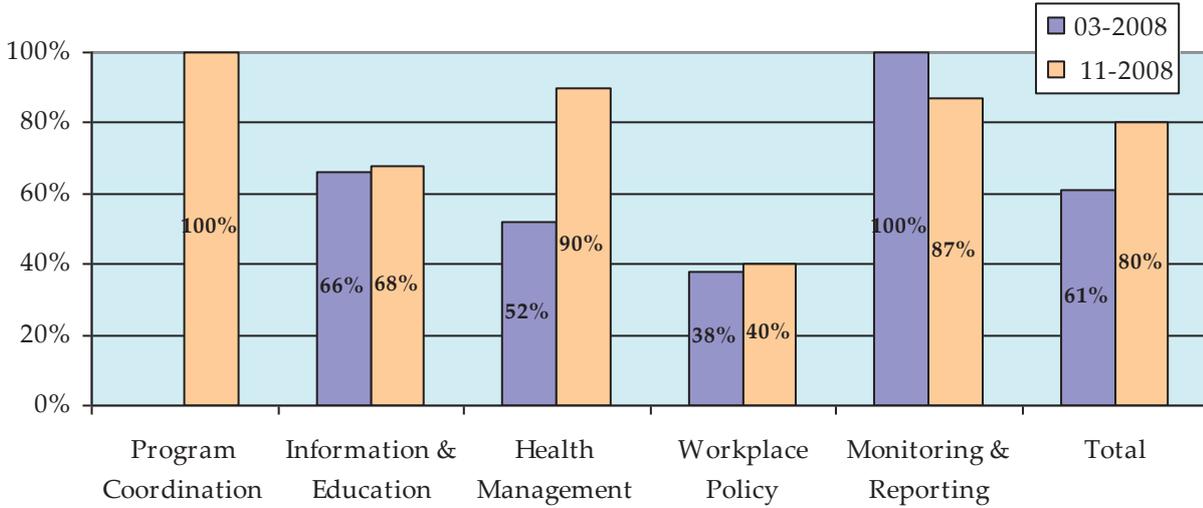


Your HIV/AIDS Workplace Program has been evaluated as

				80 %	
Ineffective	Critical	Fair	Good	<b>Very Good</b>	Excellent
0 – 29 %	30 – 49 %	50 – 69 %	70 – 79 %	80 – 89 %	90 – 100 %

The HIV/AIDS Workplace Program was launched in **May 2006**. **[1-3 qualitative phrases on progress and development...]**

## Comparison To Last Evaluation

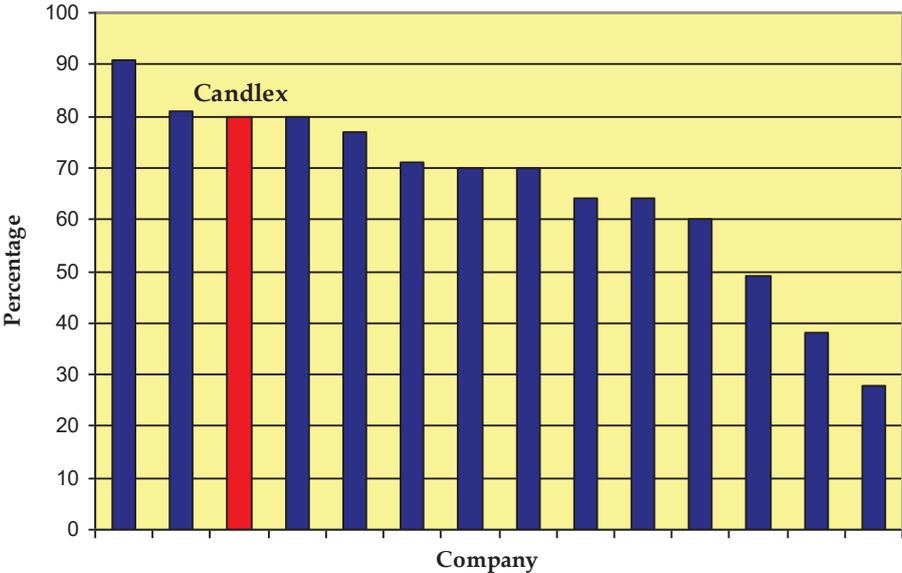


## Ranking & Benchmarking

In comparison to 14 evaluated AWiSA Workplace Programs, your company ranks as the following:

Benchmarking of Pillars/ Workplace Program	All Companies (Total = 14)			Your Company	
	Average %	Highest %	Lowest %	%	Ranking
<b>1. Program Coordination</b>	80	100	40	100	1
<b>2. Information &amp; Education</b>	62	86	30	68	5
<b>3. Health Management</b>	60	90	28	90	1
<b>4. Workplace Policy</b>	65	100	0	40	11
<b>5. Monitoring &amp; Reporting</b>	60	100	13	87	3
<b>Overall Program</b>	<b>66</b>	<b>91</b>	<b>28</b>	<b>80</b>	<b>3</b>

**HIV/AIDS Workplace Programme Benchmarking**



**R e c o m m e n d a t i o n s**

- 3-4 recommendations with regard to 5 pillars and where company can catch up maximum of points (see results on page 1).
- Plus, if necessary, recommendation on adaptation/renewal of action plan (to be sent to AWiSA, as this is the strategic planning, follow-up and 'supervision' instrument)
- Plus, if WPP is in advanced stage, giving a perspective about the possible future of the WPP (deepening the contents, outreaching to families, reducing the intensity...) and asking to meet the mgt.

Date of interview: 3.11.2008  
 Duration: .30-10.00 a.m.

Company: ZZZZZZZ  
 Focal Person interviewed: YYYYYYYYYY  
 Interviewer for AWiSA: ZZZZZZZZZ

## Detailed Scoring

AWiSA Workplace Programs consist of 5 pillars (see below). In each pillar, a certain number of points can be reached according to the quality of Workplace Program implementation. The number of possible points is indicated in round brackets, whereas the achieved number of points of the respective pillar is set against the overall total in square brackets in the headlines. Square fields  indicate that only one (or no) tick is possible in this category. Round fields  indicate that multiple ticks are possible (or no tick at all).

Workplace Programs can also gather extra points (maximum 50) for **outstanding activities** like self-initiated support groups, external fund seeking, outreaching to families and communities, etc.

**Pillar 1: Workplace Program Coordination**

**[75 out of 75]**

**A. Management Support** [maximum 20 points]

- |                                                                                 |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| a) Mgt participation during program launch (5) <input checked="" type="radio"/> | c) Timely provision of budget (5) <input checked="" type="radio"/> |
| b) Mgt present sometimes during activities (5) <input checked="" type="radio"/> | d) Mgt reacts in case of need (5) <input checked="" type="radio"/> |

**B. WPP Implementation** [maximum 20 points]

- |                                                                                           |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| a) Action Plan available and not older than 6 months (5) <input checked="" type="radio"/> | b) Action Plan up-to-date (5) <input type="radio"/> |
| c) Program launch took place (10) <input checked="" type="radio"/>                        |                                                     |

**C. Focal Person Performance** [maximum 35 points]

- |                                                                                       |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| a) Presence at Round Tables: Good (≥75%, 10) <input checked="" type="checkbox"/>      | Fair (≥50%, 5) <input type="checkbox"/> |
| b) Presence at Refresher courses: Good (≥75%, 10) <input checked="" type="checkbox"/> | Fair (≥50%, 5) <input type="checkbox"/> |
| c) Second Focal Person in place (15) <input checked="" type="checkbox"/>              |                                         |

**Pillar 2: Information & Education**

**I. Awareness Sessions** [100 out of 110]

**A. Modules** [5 points each, maximum 60 points]

- |                                                            |                                              |                                                             |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| a) Understanding HIV/AIDS <input checked="" type="radio"/> | e) OIs <input checked="" type="radio"/>      | i) Stigma & Discrimination <input checked="" type="radio"/> |
| b) Prevention <input checked="" type="radio"/>             | f) HCT/VCT <input checked="" type="radio"/>  | j) Care & Support/HBC <input type="radio"/>                 |
| c) Condom Use <input checked="" type="radio"/>             | g) ART <input checked="" type="radio"/>      | k) HIV/AIDS Quiz <input checked="" type="radio"/>           |
| d) STIs <input checked="" type="radio"/>                   | h) Living + <input checked="" type="radio"/> | l) Other _____ <input type="radio"/>                        |

**B. Regularity** [maximum 15 points]

- |                                                     |                                             |                                           |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| a) Monthly (15) <input checked="" type="checkbox"/> | b) Bi-monthly (10) <input type="checkbox"/> | c) Quarterly (5) <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|

**C. Attendance** [maximum 15 points]

- |                                                            |                                                 |                                                |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| a) ≥ 75% of staff (15) <input checked="" type="checkbox"/> | b) ≥ 50% of staff (10) <input type="checkbox"/> | c) ≥ 30% of staff (5) <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|

**D. Variety/Use of other means** [maximum 20 points]

- |                                                                                              |                                               |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| a) Drama (5) <input checked="" type="radio"/>                                                | b) Films (5) <input checked="" type="radio"/> | c) Interactive Exercises (5) <input checked="" type="radio"/> |
| d) Other (5) <u>FP discusses with employees at sessions</u> <input checked="" type="radio"/> |                                               |                                                               |

## II. HIV/AIDS Noticeboard [0 out of 50]

### A. Location [maximum 20 points]

- a) HIV/AIDS-Info at general noticeboard (5)
- b) Sufficient number of noticeboards (5)
- c) Special HIV/AIDS Noticeboard (10)
- d) Noticeboard strategically well-placed (5)

### B. Contents [maximum 20 points]

- a) Program Overview/Copy of Action Plan (5)
- b) Current HIV/AIDS Service Provider List (5)
- c) Copy of Workplace Policy/Statement (5)
- d) Other useful information (5)

### C. Regular up-date [maximum 10 points]

- a) Last change/update less than 6 months ago (10)
- b) Last change/update less than 12 months ago (5)

## III. Information Material [30 out of 30]

### A. Brochures and Leaflets [maximum 15 points]

- a) Distributed at awareness sessions corresponding to topic (10)
- b) Distributed occasionally (5)
- c) Distributed on request of staff (5)

### B. Posters [maximum 15 points]

- a) Many posters displayed/different topics (5)
- b) Posters displayed at various places (5)
- c) Last change of posters less than 6 months ago (5)

## IV. Peer Education Program [40 out of 60]

### A. Location [maximum 10 points]

- a) PE in every department (5)
- b) PE in every branch (5)

### B. Ratio of employees/PE [maximum 20 points]

- a) 1-20 employees/PE (20)
- b) 21-50 employees/PE (10)
- c) more than 51 employees/PE (5)

### C. Activities [maximum 30 points]

- a) Regular meetings FP & PE (min. quarterly, 5)
- b) FP has notes about PE activities (5)
- c) Face-to-face discussions: Regular (>10/month, 10)
- Occasional (>5/month, 5)
- d) Group discussions: Regular (monthly, 10)
- Occasional (at least quarterly, 5)



**Pillar 5:****Monitoring & Reporting****I. Monitoring [35 out of 35]****A. Record of Activities [maximum 10 points]**

- a) Regular data recording done by FP (10)  b) Some information recorded (5)

**B. Contents [maximum 25 points]**

- a) Data on awareness sessions (5)  b) Data on condoms (5)  c) Data on information material (5)   
 d) Data on VCT uptake (5)  e) Data on PE activities (5)

**II. Reporting [30 out of 40]****A. Communication Focal Person [maximum 20 points]**

- a) With Mgt (e.g. if program problems arise, 10)  b) With AWiSA (10)

**B. Progress Reports [maximum 20 points]**

- a) To Mgt (5)  b) Cc AWiSA (5)   
 c) Quarterly (10)  Bi-annually (5)

**Outstanding Activities**

Maximum 10 points per activity

Activity	Points
Awareness sessions never postponed, Focal Person has shown his competence to improvise (inviting substitutes).	10
Initiative by employees to form an Anti-AIDS-Club	10
OSVCT & awareness session conducted at WAD	10
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>



## AIDS Workplace Programs in Southern Africa

Malawi – Mozambique – Namibia – South Africa – Zambia

AWiSA Malawi  
Trade Fair Grounds, Chamber House  
Blantyre, P.O. Box 258, Malawi  
Website: [www.awisa.de](http://www.awisa.de)

Susanne Schmutzer  
Tel.: +265-(0)1-873 771  
Fax: +265-(0)1-871 147  
Email: [malawi@awisa.de](mailto:malawi@awisa.de)

Blantyre, 17<sup>th</sup> December 2008

To

Name of Manager

Cc:

Focal Person

Line-/dept. manager

Dear Mr. XXXX,

### RE: Award of AWiSA Certificate

Congratulations. Find attached our **Certificate of Acknowledgement/ 1-/2-/3-star AWiSA Certificate (DELETE AS APPROPRIATE)** for the achievement of having implemented so far a **FAIR / GOOD / VERY GOOD / EXCELLENT (DELETE AS APPROPRIATE) HIV/AIDS Workplace Programme** at your company.

The award is based on our Evaluation of Workplace Programmes (WPPs) in November 2008 (see our recently submitted Evaluation Report to you) and certificates are awarded according to the following criteria (level of WPP implementation).

- |                                         |                                  |
|-----------------------------------------|----------------------------------|
| • <b>Certificate of Acknowledgement</b> | <b>Fair WPP (50 – 69%)</b>       |
| • <b>★ 1-Star Certificate</b>           | <b>Good WPP (70 – 79%)</b>       |
| • <b>★★ 2-Star Certificate</b>          | <b>Very Good WPP (80 – 89%)</b>  |
| • <b>★★★ 3-Star Certificate</b>         | <b>Excellent WPP (90 – 100%)</b> |

Through the award of this certificate we would like to appreciate your efforts in supporting this programme. Our goal is to enable you to have at least a GOOD (1-star) WPP in place at your company with good perspectives of self-reliance. If you have not achieved yet that mark we strongly encourage you to continue working towards this hallmark. If you have been awarded a 1-star certificate (or more), you can consider to continue with the programme more or less as usual (trying to achieve a 2 or 3-star certificate) or to change the pace and contents of the programme according to your own needs. We would be glad to meeting you to discuss such a way forward.

Yours faithfully,

Susanne Schmutzer  
(AWiSA Malawi)