

# Ex-post-Evaluierung – Burundi



**Sektor:** 12230 Infrastruktur im Bereich Basisgesundheits  
**Vorhaben:** Sektorprogramm Gesundheit Phasen III und IV (BMZ-Nr.: 2010 66 919, 2012 67 236\*)  
**Träger des Vorhabens:** Nationales Programm für Reproduktive Gesundheit (Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) (Komponente 1), Population Services International (PSI) (Komponente 2)



## Ex-post-Evaluierungsbericht: 2017

	Phase III (Plan)	Phase III (Ist)	Phase IV (Plan)	Phase IV (Ist)
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR	3,036	3,110	3,028	3,234
Eigenbeitrag Mio. EUR	0,036	0,025	0,028	0,028
Finanzierung Mio. EUR	3,000	3,085**	3,000	3,206***
davon BMZ-Mittel Mio. EUR	3,000	3,085**	3,000	3,206***

\*) Vorhaben in der Stichprobe 2016 \*\*\*) inkl. Restmittel aus der Phase II i.H.v. rd. 311.000 EUR und abzüglich rd. 20.000 EUR, die aufgrund der Teilsuspendierung der EZ mit Burundi bislang nicht ausgezahlt wurden.

**Kurzbeschreibung:** Die Phasen III und IV des Sektorprogramms umfassten zwei Komponenten, zum einen die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit über das staatliche Programm für reproduktive Gesundheit (PNSR - Programme National de la Santé de la Reproduction) (Komponente 1) und zum anderen Social Marketing-Aktivitäten zur HIV-Prävention über die Nichtregierungsorganisation PSI Burundi (Population Services International) (Komponente 2). Beide Komponenten hatten ihren Schwerpunkt in der Bereitstellung qualitativ hochwertiger, preisgünstiger Kontrazeptiva und Kondome und unterstützten Aufklärungs- und Verhaltensänderungskampagnen. Das PNSR führte neben Fortbildungen der Manager dezentraler Arzneimittelager zusätzlich Schulungen für Personal von Gesundheitszentren in Familienplanungsmethoden durch.

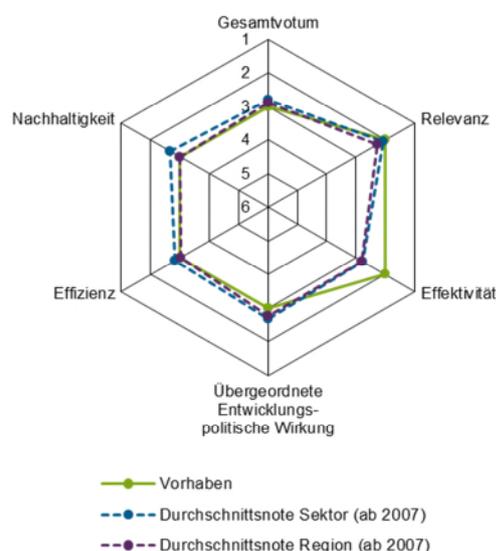
**Zielsystem:** Projektziel (Outcome) war die Veränderung der Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung in Bezug auf Familienplanung und HIV/AIDS-Prävention sowie die erhöhte Nutzung moderner Kontrazeptiva. Letztere sollte einerseits durch eine effizientere und effektivere Bereitstellung von Kontrazeptiva sowie andererseits durch die Ankurbelung der Nachfrage aufgrund von im Rahmen des Vorhabens durchgeführten Aufklärungsmaßnahmen erreicht werden. Entwicklungspolitisches Oberziel (Impact) des Vorhabens war es, über die Verbesserung der reproduktiven und sexuellen Gesundheit der burundischen Bevölkerung einen Beitrag zur Verringerung des Bevölkerungswachstums, zur Verbesserung der Gesundheit sowie zur Stabilisierung des Landes zu leisten (duale Zielsetzung).

**Zielgruppe:** Zielgruppe des Vorhabens war die gesamte Bevölkerung Burundis im reproduktiven Alter zwischen 15 und 49 Jahren, insbesondere Frauen (Komponente 1) und Jugendliche (Komponente 2).

## Gesamtvotum: Note 3 (beide Phasen)

**Begründung:** Das Vorhaben hat mit seinem Beitrag zur Begrenzung des Bevölkerungswachstums im überdurchschnittlich dicht besiedelten Burundi bis heute hohe Relevanz und die Effektivität insgesamt war angesichts der eindeutigen Verbesserung der kontrazeptiven Prävalenz noch gut. Demgegenüber zeigten sich jedoch Schwächen in der Effizienz und bei den Wirkungen der Social Marketing Komponente, obwohl diese aufgrund ihrer Ausrichtung auf die bedeutende Zielgruppe der Jugendlichen eigentlich besonders relevant für die entwicklungspolitische Wirksamkeit war.

**Bemerkenswert:** Als besonders positiv fällt auf, dass es in einem relativ kurzen Zeitraum gelang, die Verfügbarkeit von Kontrazeptiva in den staatlichen Gesundheitseinrichtungen maßgeblich zu verbessern sowie ihre Nutzung in einer stark von der katholischen Kirche beeinflussten Gesellschaft nachweislich zu erhöhen. Dass trotz der seit 2015 andauernden politischen Krise eine, wenn auch weiterhin externe, Anschlussfinanzierung sichergestellt und die Versorgung mit Kontrazeptiva bislang wirksam aufrechterhalten werden konnte, ist anerkennenswert.



## Bewertung nach DAC-Kriterien

### Gesamtvotum: Note 3 (beide Phasen)

Für die Phasen III und IV des FZ-Vorhabens wurde ein gemeinsamer Projektprüfungsbericht (PPB) inklusive einer Vorratsprüfung vorgelegt. Auf diese Weise sollte bis zum Eintritt der absehbaren Anschlussfinanzierung durch andere Geber die Versorgung mit Kontrazeptiva und Kondomen sichergestellt werden. Zwischen den Phasen III und IV erfolgten keine wesentlichen Veränderungen von Maßnahmen und Zielen. Die Wirkungen der einzelnen Phasen sind auch angesichts der relativ kurzen Gesamtlaufzeit (4 Jahre) nicht voneinander abgrenzbar. Die beiden Phasen wurden daher gemeinsam evaluiert und wo möglich entlang der DAC-Kriterien separat bewertet.

#### Relevanz

Zum Zeitpunkt der Projektprüfung im Jahre 2010, wuchs die burundische Bevölkerung wie in den Jahren zuvor um mehr als 3 % p.a. und die Bevölkerungsdichte war auf rund 340 Einwohner/km<sup>2</sup> angestiegen. Da zugleich nach wie vor 90 % der Bevölkerung auf dem Land und von der Landwirtschaft lebten, stieß Burundi damit an die Grenzen seiner Tragfähigkeit. Die mit dem zunehmenden Bevölkerungsdruck einhergehende Verknappung der natürlichen Ressourcen verschärfte das Risiko von Armut sowie von Nutzungs- und Verteilungskonflikten in dem Land, in dem der ungleiche Zugang zu Ressourcen und Macht bereits maßgeblich zur Eskalierung des Tutsi-Hutu-Konfliktes und zum Ausbruch des Bürgerkrieges in den 90er Jahren beigetragen hatte. Ein Vorhaben, das über die erhöhte Nutzung moderner Kontrazeptiva einen Beitrag zur Begrenzung des Bevölkerungswachstums leisten sollte, hatte demnach auch aus heutiger Sicht grundsätzlich hohe entwicklungspolitische Relevanz.

Wesentliche Ursache für das rasante Bevölkerungswachstum in Burundi war die anhaltend hohe Fruchtbarkeitsrate, die bei PP bei 6,4 Kindern/Frau lag. Die kontrazeptive Prävalenzrate betrug lediglich 18,9 %, hatte sich aber in den Jahren zuvor kontinuierlich positiv entwickelt. Unter jungen Frauen zwischen 15 und 19 Jahren lag sie jedoch nur bei 1,3 %. Zugleich deckten 31 % der Frauen mit einem festen Partner ihren Bedarf an Familienplanung nicht. Die Mütter- und Säuglingssterblichkeitsraten, die u.a. auch den Zugang zu Familienplanungsmethoden und ihre Qualität widerspiegeln, hatten sich in den Jahren zuvor zwar spürbar verbessert, waren aber im internationalen Vergleich nach wie vor hoch (Müttersterblichkeit in 2010: zwischen 500 und 800/100.000 Lebendgeburten; Säuglingssterblichkeit: zwischen 59 und 88 /1.000 Lebendgeborene, je nach Datenquelle<sup>1</sup>). Zugleich verzeichnete Burundi Ende der 90er Jahre mit über 3 % eine hohe HIV/Aids-Prävalenz. Nach kontinuierlicher Abnahme lag diese zum Prüfungszeitpunkt 2010 noch bei 1,5 %. Unter Frauen in allen Altersklassen war sie wesentlich höher als bei Männern und 50 % der HIV-Neuinfektionen betrafen Jugendliche unter 25 Jahren. Die direkten Nachbarländer Burundis (Demokratische Republik Kongo, Ruanda und Tansania) wiesen zudem die höchsten HIV/Aids-Prävalenzen weltweit auf (zwischen 5 und 13 %). Es war daher sinnvoll, im Rahmen des Vorhabens neben der Problematik der Familienplanung auch die HIV/Aids-Prävention zu adressieren.

Angesichts der besonderen Rolle der Frauen hinsichtlich Familienplanung, ihrer stärkeren Betroffenheit von HIV/Aids sowie der geringen kontrazeptiven Prävalenzrate unter Jugendlichen war es äußerst relevant, die Zielgruppen der Frauen und Jugendlichen in den Mittelpunkt des Vorhabens zu stellen. Da die Versorgung mit Kontrazeptiva noch maßgeblich über den öffentlichen Gesundheitssektor lief, war der Ansatz, diesen zu fördern (Komponente 1 über nationales Programm für reproduktive Gesundheit PNSR), gleichzeitig aber auch kommerzielle Absatzkanäle (Komponente 2 über NRO) zu unterstützen, sinnvoll. Die Wirkungskette, bei der durch die Bereitstellung und der damit verbundenen erhöhten Verfügbarkeit von Kontrazeptiva verbunden mit Aufklärungskampagnen ein Beitrag zur Eindämmung des Bevölkerungswachstums durch die Verringerung ungewollter Schwangerschaften und zur Verminderung des HIV-Infektionsrisikos geleistet werden sollte, war im Kern plausibel. Die Verbindung der Maßnahmen von kostenfreier bzw. -günstiger Kontrazeptivabereitstellung, Aufklärungskampagnen sowie Ausbildung von staatlichem Gesundheitspersonal zu Familienplanung und HIV/Aids entspricht dem heutigen state-of-the-art.

<sup>1</sup> Die Nationale Erhebung für Demographie/Gesundheit EDSB II (2010) bzw. die Schätzungen der UN Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (MMEIG) (2010) setzen unterschiedliche Methoden zur Bestimmung der Müttersterblichkeit ein.

Schließlich zeigte sich die Relevanz des Programmes auch darin, dass seine Ziele zum Prüfungszeitpunkt den Prioritäten der burundischen Regierung sowie der deutschen und globalen Entwicklungspolitik entsprachen: Die Begrenzung des Bevölkerungswachstums wurde sowohl in den beiden nationalen Armutsbekämpfungsstrategien (2006-2011, 2012-2016) als auch in der nationalen „Vision 2025“ Burundis (2011) als prioritäres Ziel verankert. Verbesserte Familienplanung und HIV/Aids-Prävention stellen wichtige Komponenten der nationalen Politik für sexuelle und reproduktive Gesundheit (2007) sowie das Social Marketing einen ausdrücklich gewünschten Ansatz in den nationalen Strategieplänen zur Bekämpfung von HIV/Aids (2007-2011, 2012-2016, 2014-2017) dar. Darüber hinaus wurden mit dem Vorhaben zwei der acht Milleniumsziele (Verbesserung der Müttergesundheit, Bekämpfung von HIV/Aids) sowie der bis heute wichtige Schwerpunkt der deutschen Entwicklungspolitik „Bevölkerungsdynamik“ adressiert.

### Relevanz Teilnote: 2 (beide Phasen)

### Effektivität

Projektziel (Outcome) war die Veränderung der Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung in Bezug auf Familienplanung und HIV/Aids-Prävention sowie die erhöhte Nutzung moderner Kontrazeptiva. Das Ziel entspricht dem heutigen state-of-the-art. Zur Überprüfung des Ziels wurden für die Ex-post-Evaluierung sieben Indikatoren herangezogen, wobei die Indikatoren 1 bis 4 die Komponente 1 und die Indikatoren 5 bis 7 zusätzlich die Komponente 2 bewerten :

	Indikator	Status PP	Ex-post-Evaluierung
1	a) Kontrazeptive Prävalenzrate (alle modernen Methoden, Frauen 15-49 Jahre) b) Kontrazeptive Prävalenzrate (alle modernen Methoden, junge Frauen 15-19 Jahre)	a) Status PP (2010): 18,9 % b) Status PP (2010): 1,3 %	a) Status (2016): 42,5 % b) Status (2016): 21,2 %
2	Anzahl der regelmäßigen Nutzerinnen von modernen Kontrazeptiva (alle modernen Methoden)	Status PP (2010): 282.591	Status (2015): 664.725
3	Anteil staatlicher Gesundheitseinrichtungen, die keine Kontrazeptiva vorrätig haben	Status PP (2010): <5% Zielwert PP (2014/15): <2 %	Status (2016): 0,6%
4	Anteil der Frauen in einer festen Partnerschaft, deren Bedarf an Kontrazeptiva ungedeckt war	Status PP (2010): 31 % Zielwert MDG (2015): 15 %	Status (2016): 30 %
5	Anteil der jungen Menschen (15-24 Jahre), die ein Kondom beim letzten Verkehr mit einem Gelegenheitspartner benutzt haben.	Status PP (2009): 57,2 % Zielwert PP (2014/15): 60 %	Status (2014): 58 %; Status (2016, andere Datenquelle): 50,8 % (Männer); 32,1 % (Frauen)
6	a) Anzahl der von PSI zwischen Juli 2011 und Dezember 2014 verkauften Kondome b) Anzahl der von PSI verkauften Kondome/Jahr	a) Status PP (2009): 0 Zielwert PP (Ende 2014): 10 Millionen b) Status PP (2010): 1,5 Mio./Jahr	a) Status (2014): 9,5 Mio. b) Status (2016): 4,3 Mio./Jahr

Diese Indikatoren sind grundsätzlich angemessen, die Entwicklung der Nutzung von Kontrazeptiva sowie Verhaltensänderungen im Zuge der Aufklärungskampagnen abzubilden. Zwar handelt es sich bei dem Indikator 6 eigentlich um einen Output-Indikator, der weder die tatsächliche Nutzung der verkauften Kondome noch den Grad der Versorgung der Zielgruppe mit Kondomen insgesamt im Sinne des Total Market Approach (heute state-of-the art) abbildet. Dennoch dient er als guter Proxyindikator für den Outcome der Maßnahme, da davon ausgegangen werden kann, dass ein Kondom, für das Geld ausgegeben wurde,

normalerweise auch genutzt wird. Da es außer dem von der NRO vertriebenen Kondom kaum andere kommerziell vertriebene Kondome in Burundi gibt, spiegelt der Indikator zugleich gut die Entwicklung des kommerziellen Angebots von Kondomen sowie die Nutzung kommerziell vertriebener Kondome wider.

Die Entwicklungen der Indikatoren 1 bis 3 sowie ihre Zielerreichung weisen auf die positiven Wirkungen der Aktivitäten der Komponente 1 zur Verbesserung des Logistiksystems für Kontrazeptiva sowie der Fortbildung des Personals der staatlichen Gesundheitseinrichtungen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit hin. Berücksichtigt man zusätzlich den Indikator 4, wird allerdings auch deutlich, dass der Anteil der Frauen, die gerne verhüten würden, ihren Bedarf an Kontrazeptiva aber nicht decken konnten, seit PP stagniert. Gründe dafür liegen nicht nur in Verfügbarkeit und Zugang zu Kontrazeptiva, sondern auch an der Einstellung der Frauen gegenüber der Kontrazeptivanutzung.

Im Hinblick auf die Komponente 2 belegt der Indikator 6 die positive Entwicklung des Absatzes der Social Marketing Kondome, der trotz der erheblichen Menge gratis verteilter Kondome von Jahr zu Jahr gesteigert werden konnte. Demgegenüber zeigt Indikator 5, dass die gewünschten Verhaltensveränderungen unter Jugendlichen bislang nicht eingetreten sind und dies, obwohl die Social Marketing Aktivitäten mittels anderer Finanzierungen bis heute weitergeführt werden (siehe Kriterium Nachhaltigkeit). Die Wirksamkeit der durchgeführten Aufklärungskampagnen steht somit in Frage. Allerdings muss beachtet werden, dass sich Verhaltensänderungen hinsichtlich der Kontrazeptiva- und Kondomnutzung in Burundi auch aufgrund des nach wie vor starken Widerstands und Einflusses der Kirche nur sehr allmählich vollziehen und Aufklärungsarbeit im Zuge der politischen Krise schwieriger geworden ist (siehe Kriterium Nachhaltigkeit).

Angesichts der sehr positiven Ergebnisse der Komponente 1 hinsichtlich Bereitstellung und Nutzung von Kontrazeptiva und der ermutigenden Absatzentwicklung bei den Social Marketing Kondomen wird die Effektivität des Vorhaben noch mit gut bewertet.

### Effektivität Teilnote: 2 (beide Phasen)

#### Effizienz

Das Vorhaben wurde in zwei Komponenten durch zwei verschiedene Projektträger umgesetzt. Die Durchführungskosten waren deshalb insgesamt relativ hoch (ca. 46 % der Gesamtkosten). Dennoch war diese zweigleisige Umsetzungsstruktur zum Prüfungszeitpunkt grundsätzlich sinnvoll, da sie eingesetzt wurde, um den Bedürfnissen unterschiedlicher Zielgruppen angemessen gerecht werden zu können. 87 % der verhütenden Frauen besorgten sich ihre Kontrazeptiva (alle modernen Methoden, inklusive Kondome) in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren, die knapp 20 % der burundischen Bevölkerung ausmachen, besonders wenig Kontrazeptiva nutzen, zugleich aber sexuell besonders aktiv sind und 50 % der Neuinfizierungen bei HIV/Aids darstellen, waren bislang nur schwer über staatliche Gesundheitseinrichtungen zu erreichen, da sie diese aus eigener Motivation und präventiv kaum aufsuchten. Zugleich gab es bislang kaum Gesundheitseinrichtungen, die auf die besonderen Bedürfnisse von Jugendlichen eingestellt haben. Auch wurden Kondome als einziges modernes Verhütungsmittel nur von knapp 40 % der verhütenden Frauen über den öffentlichen Sektor besorgt - im Gegensatz zu anderen Kontrazeptiva (z.B. Pille, Implantat, Spirale), die von mind. 80 % der Frauen in den staatlichen Einrichtungen bezogen wurden. Zum anderen war es mit Blick auf Erfahrungen in anderen Ländern plausibel, dass über Social Marketing mittelfristig eine höhere Effizienz des Kondomvertriebs erreicht werden würde als über staatliche Beschaffungs- und Vertriebskanäle. Auch deshalb war es bei PP angemessen, die Entwicklung von Social Marketing in einer eigenen Vorhabenskomponente zu fördern.

Ungefähr drei Viertel der zur Verfügung stehenden Mittel wurden in die Komponente 1, ein Viertel in die Komponente 2 investiert. Dies entspricht nahezu der ursprünglichen Planung. Einerseits erscheint diese Aufteilung der Mittel angesichts der Relevanz der Zielgruppe der Jugendlichen und der letztlich vermutlich zu geringen Investitionen in die Aufklärungskampagnen im Rahmen der Komponente 2 etwas unausgeglichen. Andererseits machte es mit Blick auf das Nachhaltigkeitspotential Sinn, einen großen Teil der Mittel in die PNSR-Komponente zu investieren und auf diese Weise insgesamt zur langfristigen Stärkung des Gesundheitssektors in Burundi beizutragen.

Die Effizienz innerhalb der Komponente 1 kann als relativ gut bewertet werden. Im Großen und Ganzen entspricht die Kostenverteilung den Budgetlinien der Planung. Die Durchführungskosten der Komponente (rd. 36 %) liegen auch mit Blick auf die Bandbreite der Aktivitäten (Aufbau des nationalen Kontrazeptiva-

Logistiksysteme, Weiterbildung des Personals und Ausrüstung der Gesundheitseinrichtungen, Sensibilisierung der Bevölkerung, Sektorkoordination) und deren insgesamt gute Ergebnisse durchaus im Rahmen und entsprechen zudem den Plankosten. Auch konnte in der Komponente 1 die Streckung der verfügbaren Mittel bis zur Anschlussfinanzierung und so die Handlungsfähigkeit des PNSR sowie die effektive Bereitstellung von Kontrazeptiva um ein Jahr verlängert werden.

Demgegenüber waren die Durchführungskosten der Komponente 2 (Betriebs- und Vertriebskosten) mit rd. 57 % ihrer Gesamtkosten nicht nur höher als geplant, sondern definitiv zu hoch. Hinzu kamen die hohen internationalen Personalkosten der NRO selbst, die mit knapp 16 % relativ höher lagen als die Consulting-Kosten in Komponente 1 (rd. 12 %). Demgegenüber wurden in Marketing- und Sensibilisierungsmaßnahmen lediglich rd. 15 % der Ausgaben investiert, was vermutlich die geringen Wirkungen hinsichtlich der Verhaltensänderungen miterklärt. Über 39 Monate hinweg setzte die Social Marketing NRO insgesamt rd. 9,5 Mio. Kondome ab, was 79.620 Paarverhütungsjahren entspricht (CYP). Die Programmkosten (inklusive Verwaltungskosten) pro Paarverhütungsjahr lagen bei rund 20 EUR/CYP - bei Berücksichtigung der Verkaufserlöse bei ca. 19 EUR/CYP - und liegen damit sehr nah an dem Durchschnittswert, den man im afrikanischen Kontext erwarten kann (ca. 18 EUR). Im Vergleich zu den ersten beiden Phasen des Vorhabens, in denen die Kosten/Pairverhütungsjahr bei 38 bzw. 50 EUR/CYP lagen, stellt dies eine deutliche Verbesserung dar.

Die Deckung der Gesamtkosten durch die Verkaufseinnahmen lag bei 3,8 %, der Betriebskosten bei 6,2 %. Auch hier konnte im Vergleich zur Phase II eine Verbesserung erzielt werden, in der diese Werte nur bei 0,6 % bzw. 2,2 % lagen. Die Werte bleiben jedoch v.a. bei der Betriebskostendeckung sehr weit entfernt davon, was man von der Kosteneffizienz im afrikanischen Kontext in Social Marketing Vorhaben erwarten kann und sind insofern nicht mehr zufriedenstellend. Die leichte Verbesserung der Kosteneffizienz gegenüber der Phase II konnte u.a. durch eine Erhöhung des Verkaufspreises erreicht werden. Ein Dreier-Pack der Social Marketing Kondome wurde mit umgerechnet knapp 0,05 EUR mehr als doppelt so teuer als in der Phase II des Vorhabens verkauft. Ein Paarverhütungsjahr (120 Stück p.a.) kostete den Konsumenten demnach umgerechnet rd. 2,1 EUR. Gemäß dem Chapman-Index zur Messung der Zahlungsfähigkeit sollte ein CYP nicht mehr als 1 % des Pro-Kopf-Einkommens im Jahr betragen. Im Durchschnitt lag das Pro-Kopf-Einkommen im Jahre 2014 in Burundi bei rd. 811 EUR. Die CYP-Kosten für den burundischen Verbraucher lagen mit 0,26 % deutlich unter dieser Marke.

Trotz des unzureichenden Ergebnisses der Komponente 2 wird die Effizienz aufgrund der guten Ergebnisse der Komponente 1, die drei Viertel der Mittel umgesetzt hat, noch als zufriedenstellend bewertet.

### **Effizienz Teilnote: 3 (beide Phasen)**

### **Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen**

Das entwicklungspolitische Oberziel (Impact) war es, über die Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit einen Beitrag zur Verringerung des Bevölkerungswachstums zu leisten. Mit Blick auf den fragilen Kontext, in dem das Vorhaben angesiedelt ist, sollte es zugleich zur Stabilisierung des Landes nach Ende des Bürgerkriegs beitragen (duale Zielsetzung). Als Indikatoren wurden die Fruchtbarkeitsrate, die HIV-Prävalenz sowie die Müttersterblichkeit festgelegt. Wenn das rasante Bevölkerungswachstum mittels einer geringeren Geburtenrate verringert wird, kann Konfliktpotential um die Nutzung knapper Ressourcen eingedämmt, das Risiko des Wiederaufbrechens von Konfliktlinien aus der Vergangenheit gemindert und Armut reduziert werden. Sofern die Verbreitung von HIV/Aids in der Bevölkerung eingedämmt wird, kann Humankapital und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Landes gesichert werden. Die sich in der reduzierten Müttersterblichkeit niederschlagende Stärkung staatlicher Gesundheitsdienste kann dazu beitragen, in einem Post-Konflikt-Kontext wie in Burundi das Vertrauen der Bevölkerung in die Handlungsfähigkeit des Staates wiederherzustellen. Auf diese Weise wird langfristig zur Stabilität des Landes beigetragen. Die Entwicklung der Oberzielindikatoren zwischen Prüfung und Ex-post-Evaluierung ist in der untenstehenden Übersicht dargestellt.

Bei PP erhielten fast 90 % der Kontrazeptiva nutzenden Frauen diese in den staatlichen Gesundheitseinrichtungen gratis. Da das Vorhaben die Bereitstellung von Kontrazeptiva über das PNSR und staatliche Gesundheitseinrichtungen maßgeblich finanziell und institutionell unterstützt hat, kann angenommen werden, dass es einen wichtigen Beitrag zur Senkung der Fruchtbarkeitsrate geleistet hat. Dennoch ist diese

mit 5,5 Kindern/Frau weiter zu hoch, um die von der burundischen Regierung zum prioritären Ziel erklärte Verringerung des Bevölkerungswachstums auf 2 % p.a. im Jahr 2025 zu erreichen.

Indikator	Status/Zielwert Projektprüfung,	Ex-post-Evaluierung
Fruchtbarkeitsrate	Status PP (2010): 6,4	Status (2016): 5,5
Müttersterblichkeitsrate	Status PP (2010): 800/100.000 Lebendgeburten. Im Krankenhaus (2007): 117/100.000 Lebendgeburten	Status (2015): 712/100.000 Lebendgeburten Im Krankenhaus (2016): 169/100.000 Lebendgeburten
HIV-Prävalenzrate	Status PP (2010): 1,5 % (heutige Zahlen von UNAIDS für 2010)	Status (2016): 1,1 %

Auch die positive Entwicklung der HIV/Aids-Prävalenz, die in Burundi Ende der 90er Jahre noch über 3 % lag, setzte sich seit PP - wenn auch verlangsamt - fort. Sie liegt heute bei 1,1 %. Nach Angaben von UNAIDS ist auch die absolute Anzahl der HIV-Infizierten seit 2010 von 93.000 auf 84.000 gesunken. Zwischen Prüfung und Abschlusskontrolle wurden lediglich ein Viertel der verteilten oder verkauften Kondome mit Unterstützung des Vorhabens über PNSR (rd. 5 %) oder die Social Marketing NRO (rd. 20 %) vertrieben. Die überwiegende Anzahl von Kondomen wurde gratis über das nationale Aids-Programm CNLS (Conseil National de Lutte contre le Sida) und dessen Strukturen auf Gemeindeebene abgesetzt. Hinzu kommt, dass die im Rahmen des Vorhabens durch die Social Marketing NRO durchgeführten HIV-Sensibilisierungsmaßnahmen nur eine relativ geringe Wirkung und zudem im Vergleich zu den vom CNLS durchgeführten Kampagnen ein geringes Ausmaß hatten. Der Beitrag des Vorhabens zur Reduzierung der HIV-Prävalenz kann deshalb als eher gering eingeschätzt werden.

Besorgniserregend ist demgegenüber die Müttersterblichkeit, die nach wie vor sehr hoch<sup>2</sup> und in den Krankenhäusern seither sogar gestiegen ist. Sie weist auf den unzureichenden Zugang zu qualitativ hochwertiger Familienplanung sowie Behandlung hin. Die im Rahmen des Vorhabens finanzierte Fortbildung von Gesundheitspersonal sowie medizinische Ausstattung der staatlichen Gesundheitseinrichtungen hat sich demnach noch nicht nachweislich auf die Reduzierung der Müttersterblichkeit ausgewirkt.

Vor diesem Hintergrund ist es plausibel anzunehmen, dass das Vorhaben zumindest über die Reduzierung der Fruchtbarkeitsrate auf lange Sicht einen gewissen Beitrag zur Stabilität Burundis leistet. Allerdings gefährdet die weiter hohe Müttersterblichkeit das Vertrauen der Frauen in die staatlichen Gesundheitsdienste und daher auch ihre Motivation, dort Familienplanungsmethoden in Anspruch zu nehmen sowie insgesamt ihr Vertrauen in die Handlungsfähigkeit des Staates. Dies ist der Stabilität abträglich.

### Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 3

#### Nachhaltigkeit

Beide Projektträger sind zur Weiterführung der Aktivitäten weiter auf externe Mittel angewiesen. Beide Komponenten des Vorhabens werden seither mit einer Finanzierung der Niederlande unter Unterstützung von UNFPA (Komponente 1) sowie mit derselben NRO (Komponente 2) fortgesetzt. Die finanzielle Nachhaltigkeit des Vorhabens erscheint aufgrund der weiterbestehenden Abhängigkeit von externen Mitteln daher schwach. Allerdings kann gerade im derzeit hoch fragilen Kontext des Landes die Sicherstellung der Anschlussfinanzierung sowie die Fortführung der bisherigen Aktivitäten als außerordentlich positiv und als wichtiger Beitrag zur Nachhaltigkeit der Wirkungen des Vorhabens bewertet werden.

Was die institutionelle Nachhaltigkeit der Komponente 1 betrifft, so zeigt eine umfassende Studie aus 2016 relativ gute Ergebnisse im Hinblick auf die Verfügbarkeit verschiedener Kontrazeptiva in den Gesundheitseinrichtungen: Über 90 % der Einrichtungen verfügten über mindestens drei moderne kontrazeptive Methoden. Die demnach heute weiterhin zufriedenstellend funktionierende Kontrazeptiva-Logistik

<sup>2</sup> Gemäß Schätzungen der UN Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (MMEIG) (2015). Die Endergebnisse der Nationalen Erhebung für Demographie/Gesundheit EDSB III (2016), inklusive der Daten zur Müttersterblichkeit, sind noch nicht veröffentlicht.

weist darauf hin, dass das Koordinationsbüro des PNSR fähig ist, die Beschaffung und Verteilung von Kontrazeptiva wirksam zu organisieren. Zugleich spiegelt diese Situation die nachhaltigen Wirkungen der vom PNSR im Rahmen des Vorhabens durchgeführten Fortbildungen der Verwalter der Arzneimittellager auf Distriktebene wider. Zum Fortbestand der positiven Wirkungen trägt allerdings bei, dass das PNSR insbesondere bei der Kontrazeptiva-Logistik bis heute externe Unterstützung erhält, wenn auch nicht in gleichem Umfang wie zuvor. Im Rahmen des Vorhabens wurde das Koordinationsbüro des PNSR zuletzt auch verstärkt in seiner strategischen Rolle als Koordinierungsstelle im Sektor „Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“ unterstützt. Die Sektor- und Geberkoordination durch das PNSR verbesserte sich in dieser Zeit deutlich. Die aktuelle Finanzierung sieht keine solche Komponente mehr vor und unterstützt das PNSR auch nicht mehr in seinen operativen Kosten. Seit der burundische Präsident 2015 verfassungswidrig für eine dritte Amtszeit kandidierte, steckt das Land in einer von gewalttätigen Protesten und politischen Verfolgungen begleiteten sozio-politischen Krise und ist international zunehmend isoliert. Für das seither personell und finanziell noch schwächer ausgestattete PNSR ist es daher heute schwierig, das für die Koordination des komplexen Sektors nötige Leadership zu entwickeln. Die bislang unzureichend klare Abgrenzung seines koordinierenden Mandats von operativen Aufgaben mindert die institutionelle Leistungsfähigkeit des PNSR trotz grundsätzlich vorhandener Fachlichkeit zusätzlich.

In der Komponente 2 verfügt die NRO eindeutig über die nötigen Kapazitäten und Kompetenzen, den jährlichen Kondomabsatz bei mind. 3 Mio. Stück aufrechtzuerhalten. Dennoch ist die institutionelle Nachhaltigkeit der Komponente 2 nur begrenzt zufriedenstellend, da die NRO die im Zuge des Vorhabens vermittelten Ansprüche an die Erfassung und Analyse von Wirkungen der Marketing- und Aufklärungskampagnen auf die Verhaltensänderungen bei Jugendlichen bislang nicht erfüllt. Es ist daher fraglich, ob die NRO über ausreichend Kompetenzen verfügt, die Aufklärungskampagnen adäquat zu konzipieren. Auch stellt sich hinsichtlich der Nachhaltigkeit die Frage, wie wahrscheinlich es ist, dass die bisherigen positiven Wirkungen des Vorhabens fortbestehen. Angesichts der seit 2015 fortdauernden politischen Krise stehen die Vorzeichen derzeit trotz der Fortführung des Großteils der Maßnahmen dafür nicht besonders gut. Die für den Gesundheitssektor im Allgemeinen und somit auch für PNSR, die dezentrierten Gesundheitsdienste sowie die Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung gestellten Mittel schrumpfen. Mit der Streichung von Boni und der Abnahme der Supervisionen durch PNSR und dezentrierte Dienste hat die Motivation des Gesundheitspersonals abgenommen. Gesundheitspersonal hat das Land verlassen, es wurden bereits Kliniken geschlossen. Die Qualität der Dienstleistungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) und die entsprechende Ausbildung des Gesundheitspersonals bleibt nach wie vor eine große Herausforderung. 2016 war lediglich ungefähr ein Drittel des Personals aller Gesundheitseinrichtungen für die Beratung hinsichtlich Kontrazeptiva und ihren Einsatz ausgebildet. Insgesamt lässt im Gesundheitsministerium die Bereitschaft nach, klare Entscheidungen zu fällen. Für Medikamente hat es bereits Ausfälle in den Lagerbeständen gegeben, die zu Rationierungen v.a. bei den für schwangere Frauen und Kinder kostenfreien Behandlung geführt hat. Es ist durchaus möglich, dass Fehlbestände künftig auch bei Kontrazeptiva auftreten: Bis 2022 besteht ein offener Finanzierungsbedarf zur Auffüllung der Lagerbestände von fast 13 Mio. EUR.

Auch für den Social Marketing Sektor sind die Arbeitsbedingungen schwieriger geworden. Seit Beginn der Krise wird auf NRO verstärkt Druck ausgeübt. Speziell auf die Inhalte ihrer Sensibilisierungen zur HIV-Prävention werden der NRO Grenzen gesetzt. Radiosendungen zur Aufklärung werden weniger übertragen, da es kaum noch private Radios gibt. Auch machte es die Sicherheitslage zeitweise unmöglich, den Vertrieb von Kondomen in bestimmten Stadtvierteln Bujumburas aufrechtzuerhalten. Mit dem Andauern der Krise gerät auch der Privatsektor zunehmend unter wirtschaftlichen, aber auch politischen Druck, so dass gerade kleine private Händler (von Kondomen) immer mehr vom Markt verschwinden. Mit zunehmender Armut in der Bevölkerung stellt sich die Frage, inwiefern die Zielgruppe überhaupt noch bereit und fähig ist, Geld für Kondome auszugeben. Erschwerend ist, dass die eine Familienplanung größtenteils verurteilende katholische Kirche nach wie vor großen und in Krisenzeiten vermutlich noch stärkeren Einfluss in der burundischen Bevölkerung hat. Gerüchte, die sich um die negativen Auswirkungen der Nutzung von Kontrazeptiva ranken, haben teilweise sogar eine politische Ausprägung angenommen.

Insgesamt wird deutlich, dass sich die positiven Tendenzen im Bereich SRGR in Burundi unter den aktuellen Bedingungen sehr schnell umkehren könnten. Die bisherige Aufrechterhaltung der Kontrazeptiva- und Kondomversorgung über öffentliche und private Kanäle kann jedoch gerade in einem solchen Kontext als eine sehr positive Errungenschaft gewertet werden.

**Nachhaltigkeit Teilnote: 3 (beide Phasen)**

### Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den Kriterien **Relevanz, Effektivität, Effizienz, übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen** als auch zur abschließenden **Gesamtbewertung** der entwicklungspolitischen Wirksamkeit wird eine sechsstufige Skala verwandt. Die Skalenwerte sind wie folgt belegt:

<b>Stufe 1</b>	sehr gutes, deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
<b>Stufe 2</b>	gutes, voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
<b>Stufe 3</b>	zufriedenstellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
<b>Stufe 4</b>	nicht zufriedenstellendes Ergebnis; liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
<b>Stufe 5</b>	eindeutig unzureichendes Ergebnis: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
<b>Stufe 6</b>	das Vorhaben ist nutzlos bzw. die Situation ist eher verschlechtert

Die Stufen 1–3 kennzeichnen eine positive bzw. erfolgreiche, die Stufen 4–6 eine nicht positive bzw. nicht erfolgreiche Bewertung.

### Das Kriterium **Nachhaltigkeit** wird anhand der folgenden vierstufigen Skala bewertet:

Nachhaltigkeitsstufe 1 (sehr gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit unverändert fortbestehen oder sogar zunehmen.

Nachhaltigkeitsstufe 2 (gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nur geringfügig zurückgehen, aber insgesamt deutlich positiv bleiben (Normalfall; „das was man erwarten kann“).

Nachhaltigkeitsstufe 3 (zufriedenstellende Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich zurückgehen, aber noch positiv bleiben. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die Nachhaltigkeit eines Vorhabens bis zum Evaluierungszeitpunkt als nicht ausreichend eingeschätzt wird, sich aber mit hoher Wahrscheinlichkeit positiv entwickeln und das Vorhaben damit eine positive entwicklungspolitische Wirksamkeit erreichen wird.

Nachhaltigkeitsstufe 4 (nicht ausreichende Nachhaltigkeit): Die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens ist bis zum Evaluierungszeitpunkt nicht ausreichend und wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nicht verbessern. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die bisher positiv bewertete Nachhaltigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit gravierend zurückgehen und nicht mehr den Ansprüchen der Stufe 3 genügen wird.

Die **Gesamtbewertung** auf der sechsstufigen Skala wird aus einer projektspezifisch zu begründenden Gewichtung der fünf Einzelkriterien gebildet. Die Stufen 1–3 der Gesamtbewertung kennzeichnen ein „erfolgreiches“, die Stufen 4–6 ein „nicht erfolgreiches“ Vorhaben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Vorhaben i. d. R. nur dann als entwicklungspolitisch „erfolgreich“ eingestuft werden kann, wenn die Projektzielerreichung („Effektivität“) und die Wirkungen auf Oberzielebene („Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen“) **als auch** die Nachhaltigkeit mindestens als „zufriedenstellend“ (Stufe 3) bewertet werden.