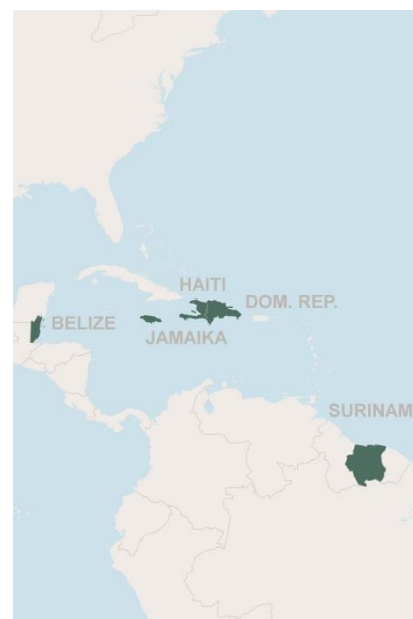


Ex-post-Evaluierung – Gemeinschaft karibischer Staaten

>>>

Sektor: Bekämpfung von sexuell übertragbaren Krankheiten einschließlich HIV/AIDS (13040)
Vorhaben: HIV/AIDS-Prävention und Förderung der reproduktiven Gesundheit in der Karibik (2006 66 404 (Phase II)*, 2008 65 436 (Phase III), 2012 66 907 (Phase IV)*)
Träger des Vorhabens: Gemeinschaft karibischer Staaten (CARICOM)



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2017

		Phase II-IV (Plan)	Phase II-VI (Ist)
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR		31,8	73,0
Verkaufserlöse	Mio. EUR	2,4	0,6
Eigenbeitrag	Mio. EUR	1,0	1,0
Finanzierung	Mio. EUR	28,4	71,4
davon BMZ-Mittel	Mio. EUR	21,4	21,4

*) Vorhaben in der Stichprobe 2017

Kurzbeschreibung: Durch einen verbesserten Zugang zu qualitativ hochwertigen und erschwinglichen Kondomen und Kontrazeptiva sowie über nachhaltige Verhaltensänderungen bei Verhütung und Familienplanung sollte in der Karibik die starke Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemie eingedämmt und die sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRG) der Zielgruppen verbessert werden. Die breitenwirksame Vermittlung von Wissen über die Krankheit, Übertragungsrisiken und Präventionsmöglichkeiten sollte zudem die Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken reduzieren. Die FZ-Mittel dienten der Beschaffung und dem Vertrieb von Kondomen und hormonellen Kontrazeptiva, der Finanzierung von Ansätzen zur Stärkung der Rechte und Positionen von Frauen im Rahmen der SRG, dem Schutz vor ungewollten Schwangerschaften (Familienplanung) sowie der Finanzierung begleitender Studien und Consultingleistungen. Da HIV/AIDS in der Karibik aufgrund der starken intraregionalen Migrationsströme ein regionales Problem darstellt, welches eine supranationale Präventionsstrategie erfordert, wurde als Programmträger die karibische Staatengemeinschaft ausgewählt, welche die Umsetzung des Vorhabens an die pankaribische Partnerschaft gegen HIV/AIDS (PANCAP) delegierte, die wiederum zur Durchführung Social Marketing Agenturen unter Vertrag nahm.

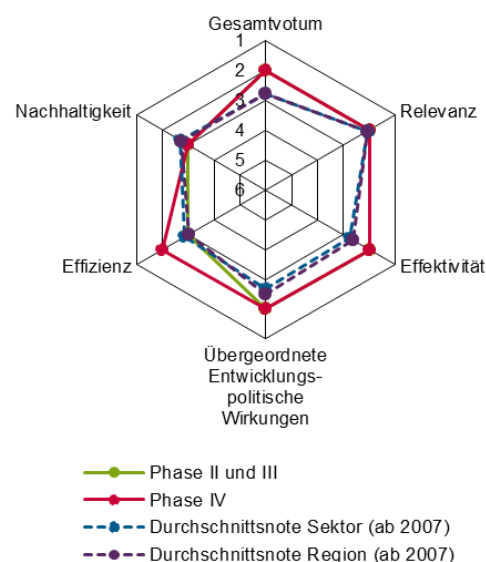
Zielsystem: Das Regionalvorhaben sollte einen Beitrag zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit allgemein und speziell zur Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemie sowie der Übertragung anderer sexuell übertragbarer Krankheiten leisten (Impact). Dies sollte durch (1) die erhöhte Nutzung der Kontrazeptiva sowie (2) eine veränderte Einstellung und Verhaltensweise der Zielgruppe in Bezug auf Familienplanung und reproduktive Gesundheit erfolgen (Outcome).

Zielgruppe: Die sexuell aktive und von Armut betroffene Bevölkerung in der Programmregion, insb. HIV-Hochrisikogruppen.

Gesamtvotum: Note 2 (alle Phasen)

Begründung: Die zielgruppen- und regionalspezifische Herangehensweise entfaltete im ersten Regionalvorhaben im Gesundheitssektor, das zugleich eines der wenigen Vorhaben mit Fokus auf HIV/AIDS-Prävention in der Region war, positive Wirkungen - sowohl bei der Erreichung der entwicklungspolitischen Ziele als auch hinsichtlich langfristig wirkender Verhaltensänderungen in den Hochrisikogruppen. Die Integration des Ansatzes der SRG trug mit dazu bei, dass das FZ-Vorhaben in der Karibik von sehr hoher Bedeutung war.

Bemerkenswert: Das komplexe FZ-Vorhaben zeichnete sich durch eine Vielzahl von bewährten, aber auch innovativen Ansätzen aus wie Social Marketing mit Blick auf die Entwicklung des Gesamtkondommarktes, multimediale Aufklärungskampagnen und Nutzung sozialer Medien, um Hochrisikogruppen und Jugendliche im von Gewalt geprägten Umfeld zu erreichen, Begleitforschung und regionalen Erfahrungsaustausch. Herausfordernd waren die kleinteilige Länderstruktur der Karibik, einer Region, die durch ihre Sprachenvielfalt und Zersplitterung vergleichsweise hohe Transaktionskosten bedingt, sowie die Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit der HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen.



Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 2 (alle Phasen)

Da die drei Phasen Serienvorhaben darstellen und sich die Wirkungen nicht abgrenzen lassen, werden alle Phasen gemeinsam evaluiert, dabei jedoch -falls erforderlich- separat entlang der DAC-Kriterien benotet. Die Abschlusskontrolle (Dez. 2015) erfolgte für die Phasen II, III und IV gemeinsam.

Aufschlüsselung der Gesamtkosten

		Phase II (Plan)	Phase II (Ist)	Phase III (Plan)	Phase III (Ist)	Phase IV (Plan)	Phase IV (Ist)
Investitionskosten	in Mio. EUR	18,1	8,6	5,3	55,5	8,4	8,8
Verkaufserlöse	in Mio. EUR	2,4	0,6	0	0	0	0
Eigenbeitrag	in Mio. EUR	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
Finanzierung*	in Mio. EUR	15,4	7,7	5,0	55,2	8,0	8,5
Davon BMZ-Mittel**	in Mio. EUR	8,4	7,7	5,0	5,2	8,0	8,5

* Die Beiträge der Geber für Werbekampagnen (siehe Kap. Effizienz) wurden überwiegend Phase 3 zugerechnet. Zu PP (Phase II) wurde mit einer Ko-Finanzierung von 7 Mio. EUR gerechnet.

** Restmittel Phase I i.H.v. ca. 0,4 Mio. EUR für Phase II und Restmittel Phase II/III i.H.v. ca. 0,5 Mio. EUR für Phase IV verwendet.

Relevanz

Obwohl die Bekämpfung von HIV/AIDS im Jahre 2001 von den Mitgliedern der karibischen Staatengemeinschaft (CARICOM) zur regionalen Priorität erklärt wurde, herrschte zum Zeitpunkt der Projektprüfung (PP) der Phase II/III 2007 in den meisten Ländern der Karibik eine generalisierte HIV-Epidemie. Die Region war mit einer Prävalenz von 1,2 % die nach Subsahara-Afrika am zweitstärksten von HIV/AIDS betroffene Weltregion. Dabei gab es erhebliche Unterschiede der Prävalenzraten zwischen Ländern und Bevölkerungsgruppen: Haiti wies mit 3,6 % die höchste Durchschnittsprävalenzrate auf, gefolgt von den Bahamas (3,1 %), Belize und Jamaica (1,9 %) und der Dominikanischen Republik (1,7 %). Insgesamt lebten 2007 knapp 261.000 infizierte Menschen in der Region, 70 % von ihnen auf der Insel Hispaniola (Haiti und DR) und knapp 27.000 Menschen infizierten sich jährlich neu. HIV/AIDS war die Haupttodesursache in der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen geworden (19.000 Tote 2007) und rund ein Drittel der HIV-Infizierten war zwischen 15 und 24 Jahren alt. Der Anteil HIV-infizierter Frauen hatte in den Jahren vor PP von 24 % (1990) auf die Hälfte aller Infizierten bis 2007 drastisch zugenommen. Damit stieg das Risiko von Mutter-Kind-Übertragungen des HI-Virus. Da die Übertragung des HI-Virus zu 60-80 % beim ungeschützten heterosexuellen Geschlechtsverkehr (überwiegend mit kommerziellen Sexarbeiterinnen (CSW)) und zu 10-15 % beim ungeschützten homosexuellen Geschlechtsverkehr (überwiegend zwischen Männern (MSM)) erfolgte, wurden die nach Land spezifizierten Hochrisikogruppen CSW, MSM und gefährdete Jugendliche als Zielgruppen richtig erkannt (Country Progress Reports, UNAIDS 2007-2016, WHO 2007-2016).

Die Wirkungskette ist grundsätzlich plausibel. Die Vermittlung von Kenntnissen über HIV-Prävention, verantwortliches Sexualverhalten und Kondomnutzung in Verbindung mit einer verbesserten Versorgung mit qualitativ hochwertigen und günstigen Kondomen¹ soll zu einer Reduktion des Risikoverhaltens und damit zu einer Reduzierung der HIV-Neuinfektionen sowie der Übertragung von anderen sexuell übertragbaren Krankheiten beitragen. Auf Grund starker Stigmatisierung und Diskriminierung der HIV-Infizierten in der Bevölkerung, Gesundheitseinrichtungen und am Arbeitsplatz und dem mangelnden Zugang der Risikogruppen zu hochwertigen, aber bezahlbaren SRG-Dienstleistungen bestand eine Lücke zwischen dem Wissen um das HIV-Risiko und der tatsächlichen Verhaltensänderung. Diese Lücke sollte gemäß Pro-

¹ Hierbei handelte es sich um subventioniert über NRO vertriebene Kondome, die preislich unter denen des kommerziellen Sektors liegen. Ursprünglich sollte die Beschaffung dieser Kondome aus FZ-Mitteln finanziert werden. Im Verlauf des FZ-Vorhabens hat jedoch USAID die Kondome zur Verfügung gestellt. Die FZ hat den Vertrieb der Kondome unterstützt.

grammkonzeption zum einen durch Antistigmatisierungskampagnen und zum anderen durch eine Komponente zur Stärkung der Rechte und Positionen von Frauen geschlossen werden. Die HIV-Prävention sollte nicht allein durch die Sicherstellung des Zugangs zu Kontrazeptiva adressiert werden, sondern auch durch den veränderten gesellschaftlichen Umgang mit HIV/AIDS und der Verknüpfung zur SRG. Wie relevant diese inhaltliche Ergänzung war, zeigen die Zahlen der Teenager-Geburten: Obwohl in vielen karibischen Ländern eine vergleichsweise hohe kontrazeptive Prävalenz herrschte, hatten in Jamaika 40 % aller Frauen bereits vor ihrem 20. Geburtstag mindestens ein Kind. Darüber hinaus gehörte Haiti zu den wenigen Ländern außerhalb Subsahara-Afrikas mit einer als hoch definierten Müttersterblichkeit.

Vor dem Hintergrund der historischen und wirtschaftlichen Verbindungen der Vielzahl der karibischen Staaten und der starken intraregionalen Migrationsströme stellt HIV/AIDS ein regionales Problem dar, welches eine supranationale Präventionsstrategie erfordert. Durch die Förderung der CARICOM im Rahmen des Regionalansatzes, hatte das FZ-Vorhaben das Potential, zur Vertiefung der gemeinsamen Gesundheitspolitik, zur Stärkung der regionalen Kooperation, zur Schaffung von Synergien bei der Umsetzung und zur Verbreitung von Best Practices beizutragen. Die Mehrheit der Programmländer war nicht mehr Teil der DAC-Empfängerliste und konnte daher nur über ihre Zugehörigkeit zu PANCAP an dem FZ-Vorhaben beteiligt werden. Die Wahl des Regionalansatzes war entsprechend überzeugend.

Das Vorhaben stand im Einklang mit den Millennium Entwicklungszielen (HIV/AIDS-Bekämpfung, Stärkung von Frauen, Verringerung der Kindersterblichkeit und Verbesserung der Gesundheit von Schwangeren und Müttern (Ziele 3-6)) und den aktuellen Nachhaltigkeitsentwicklungszielen ("Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern" (Ziel 3)). Es entsprach dem zum Zeitpunkt der PP vereinbarten EZ-Schwerpunkt Gesundheit und war kohärent zu den Zielen der regionalen AIDS-Strategie (Caribbean Regional Strategic Framework 2008-2012, 2014-2018). Die meisten Geber und nationalen Programme konzentrierten sich zu PP auf die AIDS-Behandlung, so dass das FZ-Vorhaben eine der wenigen Maßnahmen zur HIV/AIDS-Prävention war.

Relevanz Teilnote: 2 (alle Phasen)

Effektivität

Die Programmziele (PZ) bei PP waren (1) die Verbesserung von Kenntnisstand, Einstellung und Verhalten bzgl. wirksamer Prävention sowie (2) die Verbesserung der Versorgung der Zielgruppe mit preisgünstigen, qualitativ hochwertigen Kontrazeptiva. Diese Ziele wurden im Rahmen der Ex-post-Evaluierung gemäß heutigem state-of-the-art (Nutzung der Leistung) und zur Abbildung der Komponente zur SRG wie folgt angepasst: (1) Erhöhte Nutzung der Kontrazeptiva sowie (2) veränderte Einstellung und Verhaltensweise der Zielgruppe in Bezug auf Familienplanung und reproduktive Gesundheit. Die Indikatoren wurden geringfügig angepasst und für die drei Phasen vereinheitlicht. Die definierten Modulzielindikatoren sind grundsätzlich geeignet, den Erfolg des FZ-Vorhabens zu bewerten, wobei der Indikator zur Entwicklung des Kondommarktes zwar ein Output-Maß darstellt, jedoch als Proxyindikator gut zu erheben und daher vertretbar ist. Die Erreichung der Indikatoren² kann wie folgt zusammengefasst werden:

Indikator (1)	Status PP	Zielwert	Ex-post-Evaluierung
Erhöhung des Anteils der in KAP (Knowledge, Attitude, Practices)-Studien Befragten, die konsistente Kondomnutzungsangaben (und damit Änderungen in Bezug auf ihr Risikoverhalten aufweisen) in %: Prostituierte (mit Klienten) - Staaten der Ostkaribik - Belize	89 % (2008) 60 % (2007)	+5% steigt	95 % (2012) 81 % (2012)

² Die Indikatoren können nicht einzeln auf jedes Land heruntergebrochen werden, da in jedem Land eine andere Zielgruppe mit anderen Maßnahmen angesprochen wurde und nicht für jedes Land Daten aus IBBS (integrated behavioral and biological survey), TRaC (tracking results continuously study) und DHS (domestic health surveys) zur Verfügung stehen.

- Haiti	46% (2008)	+5 %	73,9% (2015)												
- DR	59 % (2008)	+10 %	76 % (2013)												
- Suriname	96 % (2010)	steigt	91 % (2012)												
MSM															
- DR	70 % (2007)	+3 %	76 % (2013)												
- Haiti	36,5 % (2011)	+3 %	28,8 % (2015)												
- St. Lucia	60 % (2010)	+3 %	48 % (2012)												
Sexuell aktive Jugendliche															
- DR (Frauen/Männer)	47% / 71 % ('07)	+10 %	48% / 72 % (2013)												
- Haiti	55 % (2012)	+10 %	43 % (2015)												
- St. Lucia	81 % (2012)	+10 %	62 % (2015)												
Indikator (2)	Zielwert (Soll)	Ex-post-Evaluierung													
Steigerung des Absatzes von Kondomen und anderen Kontrazeptiva im gesamten Markt (Total Market Approach ³)	Ziel PP: 31,5 Mio. verkaufte Social Marketing-Kondome (SM Kondome)	Der Kondommarkt ist in allen Ländern seit 2007 gewachsen; wobei Haiti und die DR die größten Märkte aufweisen. Insgesamt wurden 43,5 Mio. SM-Kondome verkauft. TMA (2015): <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Haiti</th> <th>DR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Öffentl. Sektor</td> <td>67 %*</td> <td>20 %</td> </tr> <tr> <td>SM-Sektor</td> <td>14 %</td> <td>55 %</td> </tr> <tr> <td>Privater Sektor</td> <td>19 %</td> <td>25 %</td> </tr> </tbody> </table>			Haiti	DR	Öffentl. Sektor	67 %*	20 %	SM-Sektor	14 %	55 %	Privater Sektor	19 %	25 %
	Haiti	DR													
Öffentl. Sektor	67 %*	20 %													
SM-Sektor	14 %	55 %													
Privater Sektor	19 %	25 %													
		*Schwemme an Gratiskondomen nach Erdbeben 2010.													

Bei der Erreichung des Zielwertes des Indikators (1) stellten die geographische, sprachliche und politische Fragmentierung der Karibik und die wissenschaftlich belegten nur begrenzten Wirkungen von "Information, Education and Communication"-Maßnahmen, tatsächlich zu Verhaltensänderungen beizutragen, das FZ-Vorhaben vor Herausforderungen. Gravierende Stigmata in Bezug auf HIV-positive Menschen, die hohe Promiskuität und die Benachteiligung von Frauen wirkten zusätzlich hemmend, wurden jedoch teilweise durch die Programmkonzeption adressiert. Die männliche Hochrisikogruppe – oftmals im von Gewalt geprägten Umfeld – war schwer zu erreichen und MSM blieben oftmals eine in sich geschlossene und kaum zugängliche Gruppe. Dabei hatten 2012 bspw. in Jamaica 64 % der MSM auch heterosexuellen Sex und trugen so, falls sie infiziert waren, zur Verbreitung des HI-Virus auch außerhalb ihrer Gruppe bei. Insgesamt kann jedoch im Hinblick auf die Erreichung des Ziels (1) festgehalten werden, dass laut qualitativer Aussagen Verhaltensänderungen insb. bei Prostituierten und Jugendlichen in allen Ländern in Folge des FZ-Vorhabens hin zu einem risiko-bewussteren Verhalten verzeichnet werden konnten.

Mobile und stationäre Gesundheitseinrichtungen konnten durch gezielte FZ-finanzierte Beratungsmaßnahmen und Investitionszuschüsse ihr Angebot zur Erbringung von SRG-Gesundheitsdienstleistungen modernisieren, die verfügbaren Kapazitäten erhöhen und neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einführen. Viele der Kliniken und Einrichtungen der International Planned Parenthood Federation (IPPF) arbeiteten dabei mit Gutscheinen, über die die Finanzierung einzelner Leistungen wie Schwangerschaftsuntersuchungen, HIV-Tests, Vorsorgeuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs sowie Untersuchungen auf sexuell übertragbare Krankheiten durch das FZ-Vorhaben übernommen wurde. In der DR wurden insgesamt 70 % der ausgeteilten Gutscheine eingelöst. Zielgruppe waren ärmere Bevölkerungsschichten und CSW, die keinen Zugang zu zuverlässigen öffentlichen Dienstleistern hatten bzw. sich hormonelle Kontrazeptiva nicht leisten konnten. Diese wurden in den Gesundheitseinrichtungen zu subventionierten Preisen verkauft. HIV-Prävention und die Familienplanung wurde dabei stets integriert erbracht. Diese Maßnahmen trugen zur Erreichung der Ziele bei und ermöglichten es, Zielgruppen zu er-

³ z.B. FZ-finanzierte Kontrazeptivamarken sowie alle durch private, staatliche oder nicht-staatliche Akteure verkauften bzw. kostenlos abgegebenen Kontrazeptiva.

reichen, die zuvor keine Informationen zur HIV-Übertragung hatten und erstmals einen HIV-Test machen ließen.

Der bei PP definierte Indikator des Zugangs ("Erhöhung des Zugangs von Hochrisiko-Gruppen zu Kondomen und anderen Kontrazeptiva") misst nicht die Nutzung der erbrachten Leistung durch die Zielgruppe. Dieser Indikator wurde bei der Bewertung der Zielerreichung deshalb lediglich als Hilfsindikator hinzugezogen. Festzuhalten ist, dass die Kondomverfügbarkeit durch Unterstützung und Ausbau nicht-traditioneller Verkaufsstellen (Kioske, Motels), das SM und die Entwicklung kontextspezifischer Vertriebsmodelle erhöht wurde: Der Anteil der CSW, die innerhalb von zehn Minuten Kontrazeptiva verfügbar haben, stieg in den letzten Jahren in fast allen Programmländern an. Gleiches gilt für den Anteil der Jugendlichen und MSM, die in der Ostkaribik ein Kondom zur Verfügung haben, wenn sie eines benötigen. Diese insgesamt positive Entwicklung verdeutlicht die substanziiell erhöhte Verfügbarkeit von Kondomen. Durch das FZ-Vorhaben wurden erstmals Risikogruppen erreicht, die den staatlichen Strukturen nicht vertrauen, sich öffentliche oder private Gesundheitsleistungen nicht leisten können oder die sich zu weit entfernt davon befinden. Die starke Nutzung von sozialen Medien (Facebook, Twitter etc.) steigerte die Reichweite der Botschaften des FZ-Vorhabens und erreichte Hochrisikogruppen, u.a. im von Gewalt geprägten Umfeld. Dennoch wussten von befragten Jugendlichen in Belize und Suriname (90 %ige Kondomverfügbarkeit) nur 32,5 % bzw. 26,5 %, dieses richtig zu benutzen. In Haiti und Belize hat das risikoreiche Verhalten von Jugendlichen in den vergangenen Jahren auch zu- statt abgenommen. Dies kann mit der besseren Versorgung und antiretroviralen Behandlung der Infizierten zusammen hängen, die das Risiko an HIV/AIDS zu sterben senkt (Kriterium übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen). Aufgrund einer unterschiedlichen Stichprobenziehung der KAP-Studien und einiger inkonsistenter Ergebnisse ist die tatsächliche Vergleichbarkeit der Werte allerdings mit Vorsicht zu genießen.

Prävention und Aufklärung bleiben neben Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit von Kondomen somit eine wichtige Aufgabe in der Region. Zusätzlich haben in der Gesamtbevölkerung Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV/AIDS-Kranken merklich abgenommen, so dass zusammenfassend festgestellt werden kann, dass angesichts der nahezu durchgehend erreichten Zielwerte die Effektivität der Programmmaßnahmen als gut zu bewerten ist.

Effektivität Teilnote: 2 (alle Phasen)

Effizienz

Phase II und III wurden zum 31.12.2012 bzw. 2013 (Phase III wirkte als Verlängerung der Gesamtlaufzeit) planmäßig beendet. Phase IV startete zum 1.4.2013 und wurde auf Wunsch des Partners zum 31.12.2015, statt wie ursprünglich geplant zum 30.9.2015, beendet. Bei PP wurden die Gesamtkosten auf 31,8 Mio. EUR geschätzt; davon 23,4 Mio. EUR zur regionalen und inhaltlichen Öffnung in den Phasen II und III und 8,4 Mio. EUR für die Konsolidierungsphase (Phase IV). Eine gewisse Steigerung der Kosten ergab sich auf Grund der verlängerten Laufzeit und des damit einhergehenden zusätzlichen Unterstützungsbedarfs zur Steigerung der Nachhaltigkeit. Zudem verursachten aufwändige Werbe- und Bewusstseinskampagnen, die durch andere Geber mitfinanziert wurden, erhöhte Kosten, so dass die Gesamtkosten auf etwa 73 Mio. EUR anstiegen. Diese Erhöhung ist jedoch nicht als Kostenüberschreitung zu interpretieren, sondern als eine Steigerung der Aktivitäten. Die geringen Einnahmen aus FZ-finanzierten Produkten (ca. 600 TEUR) wurden zur Finanzierung von Projektmaßnahmen eingesetzt. Wir halten die Gesamtkosten in diesem innovativen, durch schwierige geographische Gegebenheiten und damit logistische Herausforderungen geprägten Vorhaben bei der Vielzahl der erfolgreich implementierten Maßnahmen für akzeptabel.

Wegen der beschränkten Durchführungskapazitäten der Regionalorganisation PANCAP wurde eine lokale Fachkraft aus FZ-Mitteln finanziert, um PANCAP administrativ zu unterstützen. Zusätzlich trug in Phase II und III ein Regionalconsultant (Options) die Verantwortung für Implementierung, Steuerung und Kontrolle der durch NRO (Social Marketing Agenturen (SMA) und Familienplanungsorganisationen) umgesetzten Aktivitäten in den einzelnen Ländern. Dieses Konzept war zum Zeitpunkt der Programmprüfung sinnvoll und hat sich im Hinblick auf die Trägerschwäche PANCAPs bewährt, da Projektträgerfunktionen weitgehend an den Consultant delegiert wurden und das FZ-Vorhaben somit in fachlich-technischer wie auch in finanzieller und zeitlicher Hinsicht weitgehend ordnungsgemäß ablief. Die Vielzahl der separat beauftragten SMA und Familienplanungsorganisationen unter der Struktur des Regionalconsultants stellten jedoch

einerseits für die FZ einen enormen Vergabe- und Steuerungsaufwand dar, da der Regionalconsultant über wenig übertragene Entscheidungskompetenz und Durchsetzungskapazität verfügte. Außerdem bedeutete diese Struktur viele Schnittstellen, Kompetenzüberschneidungen und Doppelarbeit bei der Berichterstattung und Durchführung von Studien. Um diesen Effizienzverlusten zu begegnen, erfolgte in Phase IV, die der Verstetigung der erreichten Resultate und der Stärkung der Nachhaltigkeit diente, eine wichtige und positive Veränderung. Anstatt wie in den Phasen zuvor mit einem Regionalconsultant zu arbeiten, der wiederum verschiedene NRO beauftragt, wurde ein Generalunternehmer eingesetzt, der für die Implementierung auf lokaler und regionaler Ebene gesammelt zuständig war und dabei im Rahmen seines Vertrags wesentliche Teile der Durchführung an lokal angesiedelte Subunternehmer übertrug. Vergaben wurden nur ab einer akzeptablen Mindestgröße aus FZ-Mitteln subventioniert. Die Bündelung der Aktivitäten in der Hand eines Generalunternehmers erhöhte die Flexibilität und trug zur Senkung der Transaktionskosten bei. Entsprechend wird die Umsetzungsstruktur der Phase IV als effizienter bewertet.

Insgesamt ist hervorzuheben, dass der Regionalansatz angesichts der kleinteiligen Länderstruktur der Karibik, die durch ihre Sprachenvielfalt und die jeweils spezifischen Merkmale der Zielgruppe eine grundsätzlich kostenintensive Region ist, zu Effizienzgewinnen beigetragen hat. Die lokalen Büros der NRO konnten durch regelmäßigen Austausch von bewährten Ansätzen profitieren und es wurden erfolgreich gemeinsame Kampagnen durchgeführt, die über die sozialen Medien effizient beworben wurden. Das jährlich tagende Gremium der "Consultative Monitoring Group", dem PANCAP, implementierende Organisationen, Geber und interessierte Partner angehörten, stellte ein wichtiges Forum für den regionalen Austausch und die Planung von länderübergreifenden Ansätzen dar. Aufgrund der fehlenden nationalen Federführung war die praktische Koordinierung und der Austausch der im HIV/AIDS-Bereich tätigen Akteure auf regionaler sowie auf nationaler Ebene allerdings abseits des FZ-Vorhabens eher schwach.

Der FZ-finanzierte Vertrieb von SM-Kondomen erfolgte schwerpunktmäßig in den Ländern DR und Haiti, die einen segmentierten Kondommarkt aufweisen und in denen es aufgrund des differenzierten Markenimages sowie der Preisunterschiede zwischen SM und kommerziellen Kondomen keine Überlappungen der Marktsegmente gab. Die Vertriebsstruktur wurde mehrfach während der Programmumsetzung angepasst und effizienzrelevante Verbesserungen umgesetzt (bessere Koordination, Fokussierung auf "Hot Zones", Ausschalten von Zwischenhändlern ohne Mehrwert, Nutzung von sozialen Netzwerken). Die Entscheidungen wurden durch Markt- und Zielgruppenstudien, die über das FZ-Vorhaben finanziert wurden, gestützt. Auch die Angemessenheit der Preise wurde über Befragungen zur Zahlungsbereitschaft der Zielgruppen in regelmäßigen Abständen überprüft. Hinweise für eine Übersubventionierung liegen nicht vor. In der Ostkaribik wurde zwar das FZ-finanzierte SM-Kondom "Cool" eingeführt, auf Grund von Personalengpässen der SMA und geänderten Prioritäten hin zu Familienplanung und hormonellen Kontrazeptiva jedoch nicht weiterverfolgt. Zusätzlich wies der Kondommarkt in der Ostkaribik eine hohe Markt-reife mit einem starken kommerziellen Sektor auf, so dass der Preisunterschied zum SM-Kondom zu klein gewesen wäre, um eine weitere Konsumentenschicht gezielt anzusprechen, ohne dem Privatsektor Kunden zu nehmen. Dies wurde erkannt und entsprechend im Sinne des Total Market Approach auf Produktwerbung verzichtet. Stattdessen wurde die erfolgreiche generische Kampagne "Got it? Get it?" regional umgesetzt. Somit wurde auf die Bewertung der Effizienz anhand der Angemessenheit von Kontrazeptivakosten⁴ verzichtet, da in den Ländern der Kondommarkt differenziert war und nicht allein der Absatz des SM-Kondoms gefördert wurde, sondern die Steigerung der Gesamtnachfrage.

Das FZ-Vorhaben wurde weitestgehend parallel zu den nationalen AIDS-Programmen implementiert. Eine Integration der Maßnahmen in die öffentlichen Gesundheitssysteme fand nicht statt. Die Konzentration auf den nicht-staatlichen Sektor war per Konzeption so vorgesehen und ist im Sinne der Effizienz positiv zu bewerten, da sie erlaubte, Maßnahmen zügig und langfristig über NRO umzusetzen, ohne dem politischen Willen der wechselnden Regierungen unterworfen zu sein. Die teilweise guten Kontakte der NRO zu Gesundheitsministerien und nationalen AIDS-Programmen bzw. den AIDS Coordination Committees garantierten einen Austausch und teilweise gemeinsame Arbeit bei Kampagnen. Dennoch haben die nationalen Gesundheitssysteme die Aufgaben und Aktivitäten, die über die NRO umgesetzt werden, nicht selbst übernommen und dies ist in naher Zukunft auch nicht absehbar (siehe Kriterium Nachhaltigkeit).

Effizienz Teilnote: 3 (Phase II und III) und 2 (Phase IV)

⁴ Erfolgt i.d.R. über den sog. Chapman-Index, nach dem die jeweilige Zielgruppe in die Lage versetzt werden soll, mit nicht mehr als 1 % des Pro-Kopf-Einkommens den Kontrazeptivbedarf für ein Jahr (Couple-Year-Protection) zu beziehen.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Oberziel des Vorhabens war es, einen Beitrag zur Verbesserung der SRG allgemein und speziell zur Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemie sowie der Übertragung anderer sexuell übertragbarer Krankheiten zu leisten. Bei PP wurde für die Phase II/III auf Oberzielindikatoren verzichtet, was nicht dem heutigen state-of-the-art entspricht. Der Verzicht auf einen Indikator zur Messung der Reduktion der sexuell übertragbaren Krankheiten ist mangels Datenverfügbarkeit gerechtfertigt. Den folgenden Indikatoren (im Zuge der Ex-post-Evaluierung ergänzt) kann entnommen werden, ob die Entwicklung in die richtige Richtung zeigt:

Indikator	Status PP (2007)	Ex-post-Evaluierung*
(1) Reduzierung der Rate der HIV-Prävalenz bei 15-24jährigen in %**	DR: 1,7 Haiti: 3,6 Belize: 1,9 Jamaica: 1,9 Suriname: 1,2 Trinidad: 1,2	DR: 1,0 (2015) Haiti: 1,7 (2015) Belize: 1,5 (2015) Jamaica: 1,6 (2015) Suriname: 1,1 (2015) Trinidad: 1,2 (2015)
(2) Zunahme der Rate der kontrazeptiven Prävalenz	DR: 72,9 (DHS 2007) Haiti: 32 (DHS 2005) Belize: 53 (UNAIDS 2005-2009) Jamaica: 68 (UNAIDS 2005-2009) Suriname: 48,5 (MICS** 2006)	DR: 71,9 (DHS 2013) Haiti: 34,5 (DHS 2012) Belize: 60 (MICS 2011) Jamaica: - Suriname: 50,6 (MICS 2011)
(3) Reduzierung der HIV-Inzidenzrate bei 15-49Jährigen (absolut bzw. pro 1.000 Nichtinfizierten)	DR: 4.200 (2005), 2.300 (2010) Haiti: 11.000 (2005), 3.700 (2010) Belize: <500 (2005), <200 (2010) Jamaica: 2.000 (2005), 1.600 (2010) Suriname: <500 (2005), <200 (2010) Trinidad: <1.000 (2005), <500 (2010)	DR: 2.000; 0,36 (2015) Haiti: 1.500; 0,21 (2015) Belize: <200; 0,82 (2015) Jamaica: 1.700; 1,07 (2015) Suriname: <200; 0,62 (2015) Trinidad: <500; 0,52 (2015)

*Es wurden jeweils die aktuellsten verfügbaren offiziellen Daten verwendet

**MICS: Multiple Indicator Cluster Surveys (<http://mics.unicef.org/>)

Der Oberzielindikator (1) wird als international akzeptierte Näherung zur Abbildung der Entwicklung der Anzahl der Infizierten (Prävalenz) der Altersgruppe der 15-24Jährigen herangezogen. Da die Prävalenzraten jedoch nur die Gesamtzahl der HIV-Infizierten dieser Altersgruppe messen, ist ihre Aussagekraft zur Entwicklung der Epidemie eingeschränkt. Zahlreiche Faktoren beeinflussen die HIV-Prävalenzraten. Die Rate sinkt nicht mehr, wenn die erfolgreiche Behandlung von HIV-Infizierten deren Lebensdauer verlängert (70% Zunahme der antiretroviralen (ART) Behandlungsraten zwischen 2001 und 2010; Senkung der AIDS-bedingten Todesfälle um fast 50 % zwischen 2000 und 2014). Gleichzeitig steigt die Rate durch die frühzeitige Erkennung des HI-Virus durch steigende Testzahlen (Teil des Vorhabens). Zusätzlich sind die Erhebungsmethoden im Zeitverlauf und unter verschiedenen Bevölkerungsgruppen schwer vergleichbar.

Der Indikator (3) wurde ergänzt, um die Zahl der Neuinfektionen messen zu können und die zeitliche Dimension der Eindämmung zu bewerten. Laut UNAIDS verzeichnet die Karibik mit einer Abnahme der Anzahl der HIV-Neuinfektionen in der Gruppe der 15-49Jährigen von über 50 % (2001: 25.000; 2012: 12.000) eine der deutlichsten Senkungen im Vergleich zu allen anderen Weltregionen. Da die deutsche FZ einer der wichtigsten Geber im Rahmen der HIV/AIDS-Prävention war, kann von einem Beitrag des FZ-Vorhabens zur positiven Entwicklung der HIV-Inzidenzrate ausgegangen werden.

Aufgrund der positiven Trends aller Indikatoren und der plausiblen Wirkungskette kann von einem Beitrag des Programms zur Erreichung der entwicklungspolitischen Wirkungen ausgegangen werden.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2 (alle Phasen)

Nachhaltigkeit

Gefördert durch regionale Strategien und Advocacy-Aktivitäten von PANCAP und der Forderung, das Engagement im Kampf gegen HIV/AIDS zu erhöhen, haben sich die öffentlichen Ausgaben in diesem Bereich seit 2007 in fast allen Programmländern erhöht, während sich die externen Mittel im gleichen Zeitraum deutlich reduzierten. Nach wie vor ist jedoch der Großteil der HIV/AIDS-Ausgaben (56,3 %) noch geberfinanziert (v.a. Weltbank, USAID und GFATM). Öffentliche (39,2 %) und private Mittel (4 %) folgen. Dabei sind die Unterschiede zwischen den einzelnen karibischen Staaten immens und korrelieren mit der unterschiedlichen wirtschaftlichen Leistungskraft der Länder. Für Haiti beträgt der externe Finanzierungsanteil 99 % und für Trinidad und Tobago lediglich 4 %. Die Regierungen konzentrieren sich dabei auf die Bereitstellung von ART-Medikamenten, die kostenlos über den öffentlichen, teilweise den privaten und den zivilgesellschaftlichen Sektor zur Verfügung gestellt werden. Begrenzte Öffnungszeiten, lange Anfahrten und Wartezeiten und das schlecht ausgebildete und häufig diskriminierende Gesundheitspersonal bilden jedoch weiterhin Zugangsbarrieren. Diese konnten in Ansätzen durch die FZ-unterstützten, heute noch betriebenen und gut besuchten mobilen und stationären Kliniken abgebaut werden. Die Kliniken sind in die nationalen Gesundheitssysteme eingebunden, erhalten jedoch meist keine staatliche Unterstützung und finanzieren sich über IPPF-Strukturen, private und andere Geber. Durch die Aus- und Weiterbildung von Personal, das meist heute noch in den unterstützten Kliniken arbeitet, die Verbesserung der Ausstattung der Kliniken und die Verbreitung von Aufklärungsmaterialien, die weiterhin eingesetzt werden, konnte in Phase IV die Nachhaltigkeit vieler Maßnahmen sichergestellt werden.

PANCAP hat sich als ein sehr engagierter Partner mit gutem Zugang zu den nationalen Regierungen erwiesen, dem es gelungen ist, die mit HIV/AIDS verbundenen Herausforderungen auf politischer Ebene anzusprechen und die Anstrengungen zur Bekämpfung der Epidemie zu koordinieren und zu forcieren, wovon die Nachhaltigkeit des FZ-Vorhabens profitierte. Durch die Stärkung PANCAPs förderte das FZ-Vorhaben zugleich die Vertiefung einer gemeinsamen Gesundheitspolitik und die Stärkung der regionalen Kooperation, die vor allem den kleineren Staaten zugutekam. PANCAP hat diese bei der Entwicklung nationaler HIV/AIDS-Politiken unterstützt, aber Regierungen auch zur Übernahme eines möglichst hohen Teils der bisher extern finanzierten Maßnahmen bewegt (Finanzierung von Gratiskondomen, Angebot von HIV-Tests, Antidiskriminierungskampagnen). Heute wird PANCAP stärker durch CARICOM unterstützt, so dass die Gehälter für das meiste Personal künftig gesichert und nicht mehr geberabhängig sind.

Diskriminierung und Stigmatisierung haben im Lauf der letzten Jahre und mit einer v.a. über das Internet und soziale Medien aufgeklärten Generation abgenommen. Doch 11 karibische Staaten haben heute noch diskriminierende Gesetzgebung (teilweise auch gegenüber HIV-Infizierten) mit Gefängnisstrafen für Homosexualität, und die katholisch-konservative Prägung der Region, in der die Kirche Einfluss auf die Politik übt, hemmt Bemühungen zur verbesserten Sexualaufklärung in Schulen, öffentlich-finanzierter Familienplanung und den diskriminierungsfreien Umgang mit HIV-Infizierten und Risikogruppen. Aber auch hier zeichnet sich ein Wandel im Spannungsfeld "AIDS-Kirche" ab: Im Bord von PANCAP sitzen mittlerweile "Faith Leader" der Mitgliedsländer und diskutieren HIV-Strategien und immer mehr Kirchen engagieren sich in der Aufklärungsarbeit gegen HIV/AIDS und beteiligen sich an Netzwerken der Zivilgesellschaft zur HIV-Bekämpfung.

Das BMZ hat sich aus dem Schwerpunkt Gesundheit mit Beendigung des Programms zurückgezogen. Für die karibischen Staaten bleibt die Bekämpfung von HIV/AIDS zumindest auf dem Papier eine Priorität: 2015 haben die Länder bei ihrem HIV-Forum neue Regionalziele zur Prävention beschlossen wie eine Senkung der HIV-Inzidenz um 75 % bis 2020, Zugang zu HIV-Präventionsmaßnahmen für 90 % der Hochrisikogruppen und die Abschaffung diskriminierender Gesetzgebung gegenüber HIV/AIDS-Kranken. Die Weiterfinanzierung von Präventionsmaßnahmen, die für die Nachhaltigkeit der Verhaltensänderung bei wechselnder und wachsender Zielgruppe unabdingbar sind, ist jedoch unklar. Das FZ-Vorhaben war eines der wenigen Präventionsvorhaben in der Region und bisher ist fraglich, ob die Regierungen dafür künftig ausreichend finanzielle Mittel bereitstellen werden.

Die Nachhaltigkeit des Vorhabens seit Abschluss und mit Blick in die Zukunft kann zusammenfassend als zufriedenstellend bezeichnet werden.

Nachhaltigkeit Teilnote: 3 (alle 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:

Stufe 1	sehr gutes, deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
Stufe 2	gutes, voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
Stufe 3	zufriedenstellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
Stufe 4	nicht zufriedenstellendes Ergebnis; liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
Stufe 5	eindeutig unzureichendes Ergebnis: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
Stufe 6	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.