

Ex-post-Evaluierung – CEMAC

>>>

Sektor: Förderung reproduktiver Gesundheit (CRS-Code: 13020)
Vorhaben: HIV-Prävention in Zentralafrika Phase II (BMZ-Nr. 2006 66 560 und 2008 66 228)*, HIV/AIDS-Prävention in Zentralafrika Phase III und IV (BMZ-Nr. 2012 66 329 und 2013 66 517)
Träger des Vorhabens: Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC)



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2019

| Alle Angaben in Mio. EUR | HIV II* (Plan) | HIV II* (Ist) | HIV/AIDS III & IV (Plan) | HIV/AIDS III & IV (Ist) |
|-----------------------------|-------------------|------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Investitionskosten (gesamt) | 27,00 | 36,62 | 30,00 | 28,82 |
| Eigenbeitrag | 4,00 | 4,62 | 5,00 | 3,82 |
| Finanzierung | 23,00 | 32,00 | 25,00 | 25,00 |
| davon BMZ-Mittel | 23,00 | 23,00 | 25,00 | 25,00 |

*) Vorhaben in der Stichprobe 2017

Kurzbeschreibung: Die Regionalvorhaben trugen durch Aufklärungs- und Werbemaßnahmen sowie der verbesserten Verfügbarkeit von qualitativ hochwertigen Kondomen dazu bei, die HIV-Infektionsrate, die Übertragung von anderen sexuell übertragbaren Krankheiten sowie die Zahl unerwünschter Schwangerschaften in der CEMAC-Region im Rahmen eines Social Marketing-Ansatzes zu verringern und somit einen Beitrag zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte zu leisten. Sorgfältig an das sozio-kulturelle Umfeld angepasste Kommunikationsmaßnahmen förderten präventives Verhalten und Kenntnisse über Infektionsrisiken, Infektionswege und Präventionsmöglichkeiten und halfen, Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen, die von HIV und AIDS betroffen sind, zu reduzieren. Das Regionalvorhaben wurde in Phase II von drei auf vier der sechs CEMAC-Länder ausgedehnt: Kamerun, Tschad, Zentralafrikanische Republik (ZAR) und Kongo. Im Rahmen der Phasen III und IV erfolgte überdies eine Fokussierung auf Jugendliche (15-24 Jahre), um die Effizienz der Maßnahmen zu erhöhen.

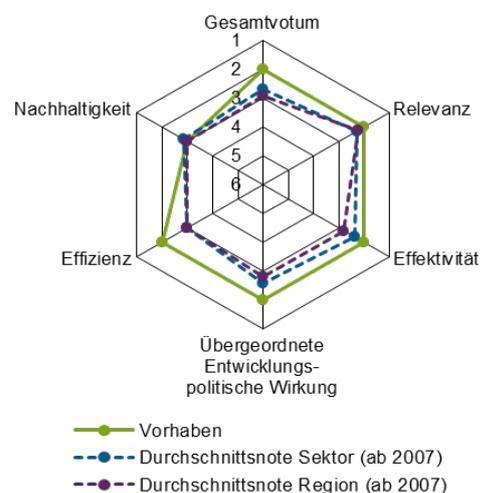
Zielsystem: Durch eine Verbesserung der Nutzung von preisgünstigen Kondomen guter Qualität und eine dauerhaft positive Verhaltensänderung in der Zielgruppe (Outcome) trugen die Vorhaben zur Reduzierung der Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemie sowie der sozialen Ausgrenzung Betroffener und damit der Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit der Bevölkerung bei (Impact).

Zielgruppe: Sexuell aktive und v.a. von Armut betroffene Bevölkerung, insbesondere junge Menschen (15-24 Jahre) und Gruppen mit erhöhtem HIV-Übertragungsrisiko in ausgewählten Ländern Zentralafrikas.

Gesamtvotum: Note 2

Begründung: Die zielgruppen- und regionalspezifische Heransgehenweise entfaltete mit der Fortführung des ersten Regionalansatzes im Gesundheitssektor in Zentralafrika positive Wirkungen, sowohl hinsichtlich des entwicklungspolitisch intendierten Impact wie auch bezüglich einer erhöhten Nutzung qualitativ guter Kondome und dauerhafter Verhaltensänderungen in der Zielgruppe. Durch einen Fokus auf Prävention und die explizite Berücksichtigung der grenzüberschreitenden Infektionsdynamik ergänzten die Programme bilaterale Ansätze zur Bekämpfung von HIV/AIDS in sinnvoller Weise.

Bemerkenswert: Das komplexe FZ-Vorhaben zeichnete sich durch eine angemessene Kombination bewährter Social Marketing Aktivitäten aus. Herausfordernd war dabei eine in Teilen der Region fragile Sicherheitssituation, die mehrfach operative Anpassungen erforderlich machte, sowie die Gewährleistung der institutionellen und finanziellen Nachhaltigkeit der HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen. Zur weiteren Erhöhung von Effektivität und Effizienz sollte in Folgephasen bzw. ähnlichen Vorhaben eine noch konsequentere Fokussierung auf HIV-Hotspots (im geographischen und soziodemographischen Sinne) erfolgen.



Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 2

Die Vorhaben werden aufgrund ihrer konzeptionell gleichen Ausgestaltung und der Überschneidungen in der Umsetzung zusammen bewertet.

Die Vorhaben waren relevant und konzeptionell der Situation angepasst. Die Ziele auf Outcome-Ebene waren ambitioniert, wurden aber unter Berücksichtigung der Fragilität in Teilen der Region trotz Einschränkungen erreicht. Die finanzielle Nachhaltigkeit des gewählten Ansatzes ist von einer klaren Geberabhängigkeit der Social Marketing-Agenturen geprägt. Deren Liquiditätsrisiken sind aber durch eine beginnende Geberdiversifizierung abgedeckt. Positiv hervorzuheben bleibt, dass der regionale Ansatz die Kooperation der CEMAC-Staaten über wirtschaftliche Fragen hinaus stärkte.

Teilnoten:

| | |
|--|---|
| Relevanz | 2 |
| Effektivität | 2 |
| Effizienz | 2 |
| Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen | 2 |
| Nachhaltigkeit | 3 |

Relevanz

Die HIV-Prävalenz in der Bevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren der CEMAC-Staaten lag zum Prüfungszeitpunkt der Phase II (2008) zwischen 1,8 % im Tschad und 5,6 % in der ZAR. Zwar erreichten sie damit nicht das damalige Niveau in Ost- sowie im südlichen Afrika, doch bestand die Gefahr einer zunehmenden Infektionsdynamik unter den damals 37 Mio. Einwohnern der Region u.a. durch Migration. Die mobile Bevölkerung (LKW-Fahrer, Wanderarbeiter, Händler, Flüchtlinge, Militärs, Prostituierte, etc.) lebte meist unter prekären Bedingungen und war dem Risiko der Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten aufgrund berufsbedingt instabiler sozialer Beziehungen in besonderem Maße ausgesetzt. Dies galt bei Prüfung der Phasen III und IV in 2012 weiterhin, wenngleich die HIV-Prävalenz in den Mitgliedsländern der CEMAC zu diesem Zeitpunkt bereits teils signifikant zurückgegangen war. Dies gilt insbesondere für die vier in das Vorhaben einbezogenen CEMAC-Länder (Kamerun, Kongo, Tschad, Zentralafrikanische Republik (ZAR)). Die HIV-Prävalenz in den nicht beteiligten Mitgliedsstaaten Gabun und Äquatorialguinea stieg zwischen 2007 und 2016 weiter trotz signifikant höherer Gesundheitsausgaben pro Kopf, was aber ggf. auch auf eine bessere Behandlung Erkrankter zurückzuführen ist. Deren Ausschluss war denn auch nicht epidemiologisch begründet, sondern basierte auf politischen Vorgaben.

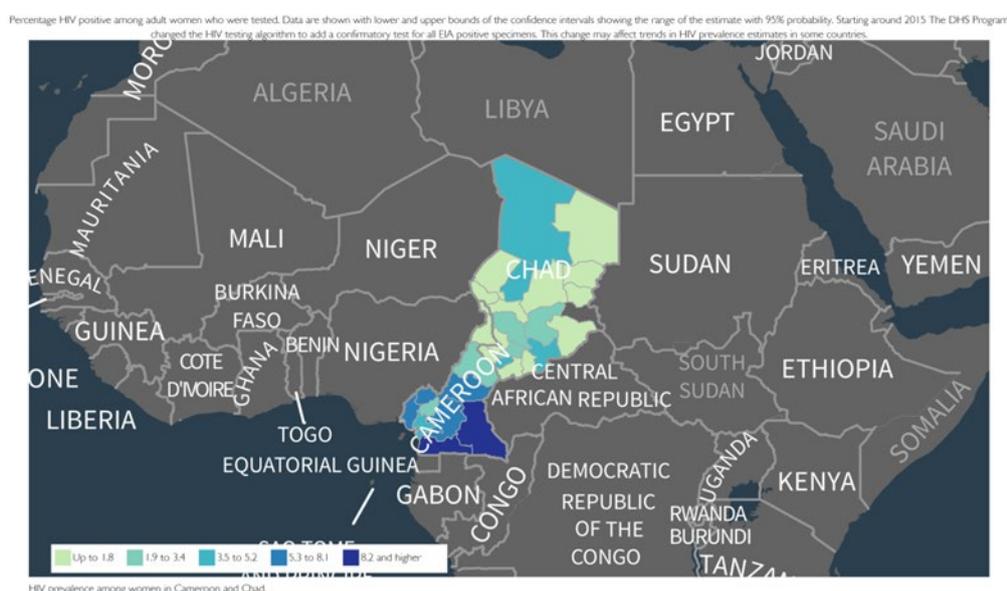
Zudem war die Lage im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte in der Region insgesamt in hohem Maße unbefriedigend: so zeigt sich der niedrige gesellschaftliche Status von Frauen u.a. in einer geringen Verfügbarkeit und Nutzung von Familienplanungsangeboten, da Frauen in der zentralafrikanischen Gesellschaft häufig über keinerlei Verhandlungsmacht bzgl. des Gebrauchs von Kondomen und anderen Kontrazeptiva verfügten. Überdies war sexuelle Gewalt gegenüber Frauen und heranwachsenden Mädchen weit verbreitet. Die kontrazeptive Prävalenz (moderne Methoden) bewegte sich in 2007 zwischen 1,7 % im Tschad und 15,2 % in Kamerun. Insbesondere die ärmere Bevölkerung sowie Menschen in entlegenen ländlichen Regionen wurden nur sehr begrenzt durch HIV-Präventionsansätze erreicht.

Vor dem Hintergrund der epidemiologischen Situation waren die Vorhaben somit in hohem Maße relevant. Die angenommene Wirkungskette ist grundsätzlich plausibel: eine verbesserte Nutzung preisgünstiger Kondome guter Qualität sowie begleitende Kommunikations- und Sensibilisierungsmaßnahmen sollten die Ausbreitung von HIV in Zentralafrika reduzieren und die Stigmatisierung sowie soziale Ausgrenzung von Betroffenen vermindern. Die Vorhaben fügten sich damit in die nationalen HIV/AIDS-Strategien der CEMAC-Mitgliedsstaaten ein, die einen Schwerpunkt auf die Verbesserung der Prävention legten. Dies entsprach der nach wie vor gültigen Empfehlung von UNAIDS, nach der die kostengünstigste

Strategie der Bekämpfung der HIV-Epidemie deren Verhinderung durch geeignete Präventionsansätze ist. Zum Prüfungszeitpunkt der Phasen III und IV in 2012 stand dieser jedoch in einem Konkurrenzverhältnis zur staatlich finanzierten Behandlung von HIV mit antiretroviralen Therapien, was sich negativ auf den Kenntnisstand zu HIV/AIDS insbesondere von Jugendlichen in der Region auswirkte.

Da bestimmte Risikogruppen (Prostituierte, Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Polizei- und Sicherheitskräfte, Beschäftigte im Transportwesen, Gefängnisinsassen) durch andere Geber unmittelbar adressiert wurden erscheint auch der von der FZ gewählte Social-Marketing-Ansatz zur Erreichung der ärmeren Bevölkerung in ihrer Breite prinzipiell nach wie vor angemessen. Neuere Ansätze der HIV-Prävention propagieren jedoch selbst hier eine Fokussierung auf sog. HIV-Hotspots. Abbildung 1 zeigt beispielhaft die HIV-Prävalenz unter Frauen auf subnationaler Ebene in Kamerun sowie im Tschad auf, für die methodisch vergleichbare Daten aus Demographic and Health Surveys vorliegen.

Abb. 1: HIV-Prävalenz in der weiblichen Bevölkerung auf subnationaler Ebene in Kamerun (DHS 2011) und Tschad (DHS 2014/2015)

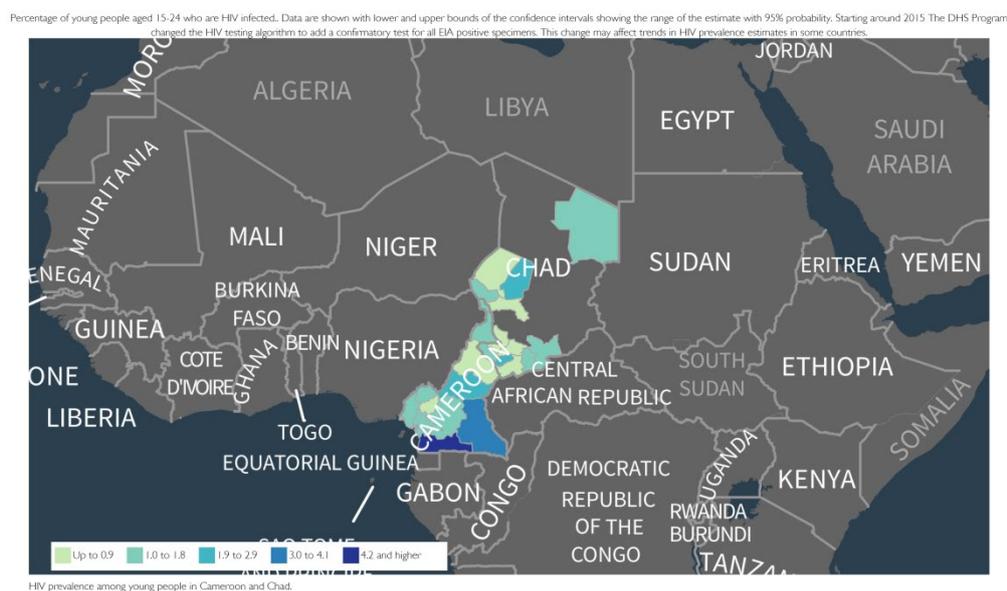


Quelle: ICF, 2015. The DHS Program STATcompiler. Funded by USAID. <http://www.statcompiler.com> September 27, 2019

Dabei werden z.T. signifikante Abweichungen vom Landesdurchschnitt sichtbar: während die HIV-Prävalenz in der weiblichen Bevölkerung in Kamerun insgesamt zum Studienzeitpunkt in 2011 bei 5,6 % lag wurden in der Südregion 10,6 %, im Extremen Norden hingegen nur 1,5 % erreicht. Im Tschad wurde für 2014/15 ein Wert von 5,2 % für die Region Borkou/Tibesti ermittelt, während der Landesdurchschnitt bei 1,8 % lag. Eine in 2019 veröffentlichte Studie¹, die die Anzahl der HIV-Betroffenen in einer Rasterung von 5 x 5 km zeigt, ermöglicht noch präzisere Einblicke und weist auf kleinräumige HIV-Hotspots in der CEMAC-Region insbesondere in (peri-) urbanen Gebieten, in der Grenzregion zwischen Tschad und Kamerun, im südlichen Kamerun sowie im Süden des Kongo hin. Zwar wurden diese Regionen durch das Vorhaben abgedeckt, es erfolgte - abgesehen von einzelnen Aktivitäten im Bereich wichtiger Transportkorridore - jedoch keine explizite Schwerpunktsetzung. Speziell adressiert wurden dagegen ab der Phase III und IV junge Menschen zwischen 15 und 24 Jahren. Beispielhaft zeigen auch hier für Kamerun und Tschad verfügbare Daten eine teils signifikante Varianz der HIV-Prävalenz auf subnationaler Ebene auf (vgl. Abbildung 2): so lag der Wert in der Süd-Region Kameruns bei 5,3 % gegenüber einer Ausprägung von 1,7 % auf nationaler Ebene, im Tschad waren es in der Region Logone Occidental 2,9 % gegenüber 1,1 % im Land insgesamt. Entsprechende Analysen können als Grundlage für eine präzisere Fokussierung der Programmaktivitäten genutzt werden. Über die im Rahmen der Vorhaben umgesetzten Maßnahmen hinaus würde eine heutige Projektkonzeption dabei auch Interventionen zur Adressierung der sozioökonomischen Ursachen einer HIV-Infektion in ausgewählten Hochrisikogruppen beinhalten.

¹ „Mapping HIV prevalence in sub-Saharan Africa between 2000 and 2017“ in Nature (2019).

Abb. 2: HIV-Prävalenz unter jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren auf subnationaler Ebene in Kamerun (DHS 2011) und Tschad (DHS 2014/2015)



Quelle: ICF, 2015. The DHS Program STATcompiler. Funded by USAID. <http://www.statcompiler.com> September 27, 2019

Angesichts der historischen und wirtschaftlichen Verbindungen der CEMAC-Staaten und der ausgeprägten intraregionalen Migration identifizierten die Vorhaben HIV/AIDS nachvollziehbar als regionales Problem, das eine supranationale Präventionsstrategie erfordert. Durch die Förderung der OCEAC im Rahmen des Regionalansatzes hatte die FZ das Potenzial, zur Vertiefung der gemeinsamen Gesundheitspolitik, zur Stärkung der regionalen Kooperation über wirtschaftliche Fragen hinaus, zur Schaffung von Synergien bei der Umsetzung und zur Verbreitung von Best Practices beizutragen. In einem teilweise fragilen Umfeld trugen die Vorhaben überdies zur Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit entsprechend der international vereinbarten SPHERE Standards bei².

Die evaluierten Vorhaben standen im Einklang mit den Millennium-Entwicklungszielen (HIV/AIDS-Bekämpfung, Stärkung von Frauen) und den aktuellen Nachhaltigkeitsentwicklungszielen ("Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern"). Sie entsprachen zudem den Vereinbarungen zwischen Bundesregierung und CEMAC zur Zusammenarbeit im Gesundheitssektor und den sektorpolitischen Vorgaben des BMZ.

Relevanz Teilnote: 2 (alle Phasen)

Effektivität

Projektziele auf Outcome-Ebene bei Prüfung waren (1) ein verbessertes Angebot an preisgünstigen Kondomen guter Qualität und (2) eine dauerhaft positive Verhaltensänderung in der Zielgruppe. Diese Ziele wurden im Rahmen der Ex-Post-Evaluierung gemäß heutigem state-of-the-art (Nutzung der Leistung) wie folgt angepasst: (1) erhöhte Nutzung preisgünstiger Kondome guter Qualität sowie (2) eine dauerhaft positive Verhaltensänderung in der Zielgruppe. Die Indikatoren wurden angepasst und für die drei Phasen vereinheitlicht. Hinzugefügt wurde dabei der Indikator zur kontrazeptiven Prävalenz. Die Indikatoren sind grundsätzlich geeignet, den Erfolg der FZ-Vorhaben auf Outcome-Ebene zu bewerten; die Zielerreichung kann wie folgt zusammengefasst werden:

² Standard 2.3.1, Key Action 4: "Make a range of long-acting reversible and short-acting contraceptive methods available at healthcare facilities based on demand, in a private and confidential setting. Provide counselling that emphasises informed choice and effectiveness."

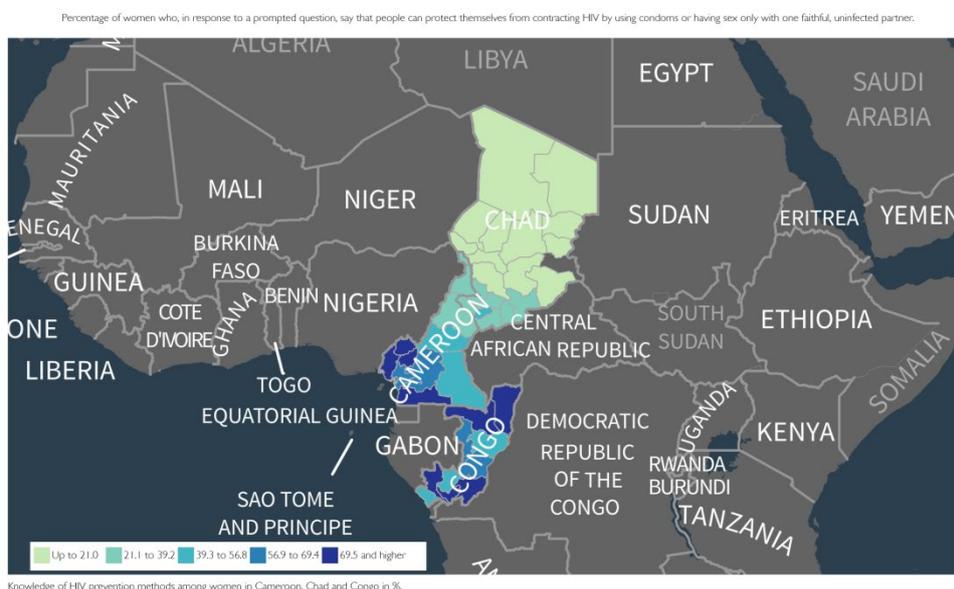
| Indikator | Status PP (Phase II: 2008, Phase III & IV: 2012) | Ex-post-Evaluierung (2018) |
|--|--|--|
| <p>(1) Kontrazeptive Prävalenz (moderne Methoden, % Frauen 15 - 49 Jahre)</p> <p><small>(Zielwerte wurden für diesen Indikator bei Prüfung nicht definiert.)</small></p> | <p>Kamerun: 15,2 % (2006) / 14,4 % (2011)</p> <p>Kongo: 13,7 % (2005) / 20,0 % (2012)</p> <p>Tschad: 1,7 % (2004) / 4,5 % (2010)</p> <p>ZAR: 11,2 % (2006) / 12,1 % (2010)</p> | <p>Kamerun: 21,0 % (2014)</p> <p>Kongo: 18,5 % (2015)</p> <p>Tschad: 5,0 % (2015)</p> <p>ZAR: k.A.</p> |
| <p>(2) Anteil der jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren, die darüber berichten, ein weniger risikoreiches Verhalten angenommen zu haben.</p> <p><small>(Bei Prüfung festgelegte Zielwerte basierten nicht auf einer Baseline, mit Prüfung Phase III&IV wurde das Ziel von 65 % für alle Länder festgelegt)</small></p> | <p>Kamerun: 57 % (2008), f 76 %, m 76 % (2013)</p> <p>Kongo: f 52 %, m 53 % (2013)</p> <p>Tschad: 51 % (2008), f 60 %, m 59 % (2013)</p> <p>ZAR: 56 % (2008), 56 % (2013)</p> | <p>Kamerun: f 83 %, m 86 % (2016)</p> <p>Kongo: f 81 %, m 83 % (2016)</p> <p>Tschad: f 61 %, m 67 % (2016)</p> <p>ZAR: 56 % (2016)</p> |

Quellen: (1) World Development Indicators, (2) Berichterstattung des Projektträgers..

Trotz nach wie vor bestehender religiöser und sozialer Widerstände sind die kontrazeptiven Prävalenzraten in den CEMAC-Staaten während der Umsetzung der Vorhaben langsam, aber stetig gestiegen. Lediglich im Kongo war zwischen 2011 und 2015 ein leichter Rückgang um 1,5 Prozentpunkte zu verzeichnen. Die kontrazeptive Prävalenz liegt auch dort mit 18,5 % jedoch noch immer deutlich über dem Ausgangswert in 2005. Trotz dieser positiven Entwicklung konnten die geplanten Zielwerte an verkauften Kondomen im Rahmen der Vorhaben nicht erreicht, die relative Zielerreichung in einem zunehmend fragilen Umfeld konnte aber von 65 auf 86 % deutlich gesteigert werden (Phase II: Verkauf von 65,9 Mio. Kondomen / Jahr geplant, 42,8 Mio. / Jahr erreicht, Zielerreichung 65 %; Phase III & IV: Verkauf von 50,0 Mio. geplant, 43,1 Mio. / Jahr erreicht, Zielerreichung 86 %). Rückblickend waren die absoluten Zielwerte sehr ambitioniert. Wachsende Beeinträchtigungen durch Sicherheitsprobleme, Interferenzen mit anderen Projekten, die Kondome kostenlos zur Verfügung stellen, und auch die starke Konkurrenz am Kondommarkt waren unterschätzt worden. Eine Geberabstimmung fand in Form von Condom Planning Committees statt und hat angabegemäß gut funktioniert.

Der Anteil der Jugendlichen, die angaben, ein weniger risikoreiches Verhalten angenommen zu haben, stieg während der Projektlaufzeit deutlich an. Lediglich in der ZAR stagnierte der Wert. Die positive Entwicklung in Kamerun, im Kongo und im Tschad ist vermutlich auf die intensiven Sensibilisierungsmaßnahmen im Rahmen der Vorhaben zurückzuführen, während in der ZAR aufgrund der problematischen Sicherheitslage die Aufklärungs- und Sensibilisierungsaktivitäten nur eingeschränkt möglich waren. Allerdings wurden auch in Kamerun gegen Ende der Phase III/IV deutlich weniger verkaufsfördernde Aufklärungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen umgesetzt als zu Beginn der Vorhaben. Daten aus Demographic and Health Surveys zur Kenntnis von Methoden der HIV-Prävention zeigen zudem auf subnationaler Ebene teilweise erhebliche Abweichungen (vgl. Abbildung 3): während im Nordwesten Kameruns in 2011 79 % der Frauen über umfassende Kenntnisse der HIV-Prävention verfügten waren es im Norden nur 28,8 %. Im Tschad schwankten die Werte in 2014/15 zwischen 43,8 % in der Region Logone Occidental und 2,1 % in der Region Wadi Fira, im Kongo in 2011/12 zwischen 80,9 % in Niari und 47 % in Kouilou. Derartige geographisch differenzierte Analysen bilden eine gute Grundlage für eine präzise Programmgestaltung und darüber weitere Erhöhung der Effektivität (und Effizienz).

Abb. 3: Kenntnis von Methoden der HIV-Prävention in der weiblichen Bevölkerung auf subnationaler Ebene in Kamerun (DHS 2011), Kongo (DHS 2011/2012) und Tschad (DHS 2014/15)



Quelle: ICF, 2015. The DHS Program STATcompiler. Funded by USAID. <http://www.statcompiler.com> September 27, 2019

Zusammenfassend entspricht die Entwicklung der Modulzielindikatoren den Erwartungen bzw. übertrifft diese. Allerdings bedarf es weiterhin kontinuierlicher Anstrengungen im Bereich der Aufklärung und Sensibilisierung unter Aufrechterhaltung der Versorgung mit preisgünstigen Kondomen guter Qualität, um die kontrazeptive Prävalenz als "Leitindikator" der Moduzielerreichung weiter zu steigern. Negative Wirkungen der Vorhaben sind keine zu erkennen.

Effektivität Teilnote: 2 (alle Phasen)

Effizienz

Die Gesamtkosten der Phase II betragen 36,62 Mio. EUR und lagen damit rd. ein Drittel über dem bei Prüfung geschätzten Betrag i.H.v. 27,0 Mio. EUR. Dies ist v.a. auf die ursprünglich nicht kalkulierten Kofinanzierungen (insb. durch GFATM) im Projektzeitraum zurückzuführen. Die Gesamtkosten der Phasen III und IV betragen 27,97 Mio. EUR und lagen damit etwa 7 % unter dem bei Prüfung geschätzten Betrag i.H.v. 30,0 Mio. EUR. Die Kosten verteilen sich zu je ein Drittel (i) auf die Beschaffung von Kondomen, (ii) direkte Programmkosten (Sensibilisierungs- und Aufklärungsaktivitäten, Jugendaktivitäten, Verkaufsförderung, regionaler Austausch, Koordination) sowie (iii) laufende Kosten inkl. internationaler Consultingleistungen. Die Finanzierung erfolgte überwiegend aus FZ (Phase II: 63 %, Phase III/IV: 87 %), Kofinanzierungen anderer Geber bzw. der nationalen Regierungen (Phase II: 31 % [einschließlich einer großvolumigen Kofinanzierung durch den GFATM i.H.v. 9 Mio. EUR], Phase III/IV: 3 %) und Verkaufserlösen (Phase II: 6 %, Phase III/IV: 10 %). Angesichts geringerer Verkaufspreise und -mengen als erwartet lagen letztere dabei jeweils leicht unter dem zu Projektbeginn erwarteten Betrag. Aus Sicht der Produktionseffizienz sind die Gesamtkosten in diesen komplexen, durch teils schwierige geographische Gegebenheiten und damit logistische Herausforderungen geprägten Vorhaben bei der Vielzahl der erfolgreich implementierten Maßnahmen akzeptabel.

Der Versuch, über ein ergebnisorientiertes Finanzierungssystem Anreize für kosteneffizientes Arbeiten der SMA zu schaffen, wurde wegen komplexer und langwieriger Prozeduren bei Fehlen eines einfachen und transparenten Monitoringsystems als nicht erfolgversprechend eingestuft und daher nicht weiterverfolgt.

Insbesondere durch die Sammelbeschaffung von Kondomen auf Basis eines regional und national abgestimmten Bedarfs unter Einbindung aller aktiven HIV/AIDS-Projekte und -Geber in sog. Condom Programming Committees ermöglichte der Regionalansatz die Hebung erheblicher Effizienzen gegenüber bi-

lateralen Programmen. Durch Nutzung von Synergien mit anderen Akteuren (wie etwa die gemeinsame Lagerung von Kondomen) wurden zudem weitere Potenziale zur kosteneffizienten Ausgestaltung der Logistik genutzt. Insgesamt wurden sowohl in Phase II wie auch in Phase III/IV rd. 1,5 Millionen Paarverhütungsjahre zur Verfügung gestellt, bei angemessen erscheinenden Durchschnittskosten von etwa 16 EUR / Paarverhütungsjahr.

Effizienzsteigernd wirkte darüber hinaus die in Phase III/IV explizit vorgenommene Fokussierung auf Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 24 Jahren, auch wenn diese implizit bereits vorher erfolgte. In Abstimmung mit den Aktivitäten anderer Stakeholder erfolgte zudem die gezielte Adressierung bestimmter Hochrisikogruppen, die in einem sozial instabilen Umfeld leben (Beschäftigte im Transportsektor, Prostituierte, etc.). Des Weiteren erhöhten der grenzüberschreitende Austausch von Wissen zu Jugendaktivitäten und Marketing / Kommunikation sowie die zwischenstaatliche Koordination der Kondompreispolitik (zur Vermeidung von Preisarbitrage) die Effizienz der Vorhaben. Weiteres Potenzial zur Steigerung der Allokationseffizienz liegt in einer Fokussierung auf geographische HIV-Hotspots. Darauf gilt es in Folgephasen bzw. bei ähnlichen Vorhaben entsprechendes Augenmerk zu legen.

Zusammenfassend entspricht die Effizienz des Vorhabens in einem logistisch schwierigen Umfeld noch den Erwartungen. Der regionale Ansatz hatte daran einen wesentlichen Anteil.

Effizienz Teilnote: 2 (alle Phasen)

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Ziel der Vorhaben auf der Impact-Ebene war es, die Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemie sowie die soziale Ausgrenzung von Betroffenen in der CEMAC-Region zu reduzieren und damit zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit der Bevölkerung beizutragen. Die Indikatoren wurden für die Ex-Post-Evaluierung konkretisiert bzw. ergänzt. Die Erreichung des Ziels auf der Impact-Ebene kann wie folgt zusammengefasst werden (Zielwerte wurden bei Prüfung nicht festgelegt):

| Indikator | Status PP (Phase II: 2008, Phase III & IV: 2012) | Ex-post-Evaluierung (2018) |
|--|---|---|
| (1) Reduzierung der HIV-Inzidenz bei 15 - 49-jährigen (pro 1.000 Nichtinfizierten) | Kamerun: 3,4 / 2,6 Kongo: 2,2 / 2,0 Tschad: 1,0 / 0,8 ZAR: 3,7 / 3,0 | Kamerun: 1,6 Kongo: 1,6 Tschad: 0,6 ZAR: 2,0 |
| (2) Reduzierung der HIV-Prävalenz bei 15 - 24-jährigen Frauen (in %) | Kamerun: 3,0 / 2,4 Kongo: 2,0 / 1,9 Tschad: 1,0 / 0,9 ZAR: 2,1 / 1,9 | Kamerun: 1,8 Kongo: 1,6 Tschad: 0,8 ZAR: 1,5 |
| (3) Reduzierung der HIV-Prävalenz bei 15 - 24-jährigen Männern (in %) | Kamerun: 0,8 / 0,8 Kongo: 0,5 / 0,5 Tschad: 0,6 / 0,6 ZAR: 1,2 / 1,2 | Kamerun: 0,7 Kongo: 0,5 Tschad: 0,5 ZAR: 1,0 |

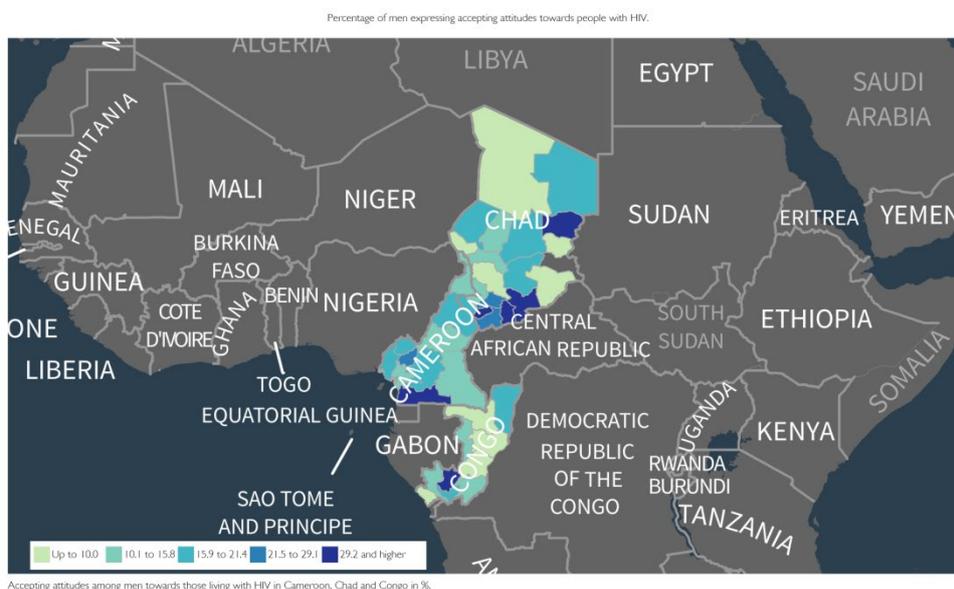
Quelle: UNAIDS 2019 estimates.

Die HIV-Inzidenz ist im Laufe der Vorhaben in allen beteiligten Ländern deutlich zurückgegangen. Da die deutsche FZ einer der wichtigsten Geber im Bereich der HIV-Prävention war, kann von einem positiven Beitrag der Vorhaben zu dieser Entwicklung ausgegangen werden. Zur Beurteilung der übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen im Hinblick auf die spezifisch adressierte Zielgruppe der 15 - 24-Jährigen wird die Entwicklung der HIV-Prävalenz dieser Alterskohorte herangezogen, da zur Inzidenz in dieser Gruppe keine vergleichbaren Daten vorliegen. Auch hier ist in allen beteiligten Ländern ein positiver Trend zu erkennen. Die Aussagekraft der Prävalenzrate, die den Anteil der HIV-Infizierten in einer Altersgruppe misst, ist allerdings eingeschränkt, da diese durch zahlreiche Faktoren beeinflusst wird: ins-

besondere sinkt diese nicht mehr, wenn die erfolgreiche Behandlung von HIV-Infizierten deren Lebensdauer verlängert. Gleichzeitig steigt sie durch frühzeitige Erkennung des HIV-Virus durch steigende Testzahlen, auf die das Vorhaben im Rahmen der Sensibilisierungsmaßnahmen selbst hinwirkte.

Im Rahmen der Phase III/IV wurde entsprechend der allgemeinen Entwicklungen in der Arbeit zur sexuellen Gesundheit noch stärkeres Augenmerk auf die Akzeptanz von Personen mit HIV im sozialen und beruflichen Umfeld gelegt. Spezielle Programmaktivitäten mit Pilotcharakter wurden erst ab 2016 umgesetzt. Für eine Änderung der öffentlichen Meinung sind jedoch umfassendere und über einen langen Zeitraum zu wiederholende Maßnahmen notwendig, die dementsprechend auch in der Folgephase vorgesehen wurden. Belastbare Aussagen bzgl. der Stigmatisierung sind bislang nicht möglich. Zwar wurde im Rahmen des Vorhabens erstmals ein "Stigma-Index" ermittelt, der jedoch aufgrund großer Spannweiten schwierig zu interpretieren ist: so fühlen sich zwischen 19 % und 80 % der Befragten am Arbeitsplatz akzeptiert, zwischen 4 % und 73 % fühlen sich von religiösen Zeremonien ausgeschlossen. Ein in der Folgephase geplanter zweiter Durchlauf der Befragung wird weitere Informationen zur Entwicklung dieses Indikators geben. Im Rahmen von Demographic and Health Surveys erhobene Daten zu Einstellungen gegenüber Menschen mit HIV zeichnen für Kamerun, den Kongo sowie den Tschad ebenfalls ein sehr heterogenes Bild (vgl. Abbildung 4): so waren etwa in 2011 32,2 % der Männer im Süden Kameruns positiv gegenüber Menschen mit HIV eingestellt, während es im Landesdurchschnitt nur 18,4 % waren. Der Kongo (Lékomou 38,1 % gegenüber 18,7 % im Landesdurchschnitt in 2011/12) sowie der Tschad (Wadi Fera 35,7 % gegenüber 21,8 % im Land insgesamt in 2014/15) wiesen ähnliche Varianzen auf. In Folgephasen bzw. ähnlich gelagerten Vorhaben gilt es, entsprechende Analysen für eine präzise Fokussierung der Programmaktivitäten zu nutzen.

Abb. 4: Positive Einstellung gegenüber Menschen mit HIV in der männlichen Bevölkerung auf subnationaler Ebene in Kamerun (DHS 2011), Kongo (DHS 2011/12) und Tschad (DHS 2014/15)



ICF, 2015. The DHS Program STATcompiler. Funded by USAID. <http://www.statcompiler.com>, September 27, 2019

Quelle: ICF, 2015. The DHS Program STATcompiler. Funded by USAID. <http://www.statcompiler.com> September 27, 2019

Der Beitrag zur reproduktiven Gesundheit der Bevölkerung insgesamt ist mittelbar und über einen längeren Zeitraum zu erwarten. Der Fokus lag eindeutig auf dem Teilbereich der sexuellen Gesundheit, weshalb keine übergeordneten Indikatoren für die reproduktive Gesundheit aufgenommen und bewertet werden.

Aufgrund der positiven Trends aller Indikatoren und der plausiblen Wirkungskette kann von einem positiven Beitrag der Vorhaben zur Erreichung der entwicklungspolitischen Wirkungen ausgegangen werden. Große Bedeutung kommt darüber hinaus jedoch sicherlich auch der vorrangig durch den GFATM finanzierten Behandlung von HIV mit antiretroviralen Medikamenten zu.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2 (alle Phasen)

Nachhaltigkeit

Die Nachhaltigkeit der Vorhaben muss aus politischer, finanzieller wie institutioneller Perspektive betrachtet werden.

Die nationalen HIV/AIDS-Strategien der CEMAC-Mitgliedsstaaten messen der HIV-Prävention entsprechend der Empfehlung von UNAIDS nach wie vor hohe Bedeutung zu. In der Praxis besteht jedoch ein erhebliches Konkurrenzverhältnis zur staatlich finanzierten Behandlung von HIV mit antiretroviralen Medikamenten. So wendete etwa die Regierung des Kongo in 2014 rd. USD 19 Mio. (2016: USD 14 Mio.) eigener Mittel für die HIV-Behandlung auf, jedoch nur USD 1 Mio. (2016: keine Ausgaben aus Eigenmitteln) für die Bereitstellung von Kontrazeptiva (WHO Global Health Expenditure Database - zu den anderen Ländern liegen keine validierten Daten vor). Zudem stellt die fragile Sicherheitslage in der Region ein ständiges Risiko für die nachhaltige Umsetzung von Präventionsansätzen dar.

Gefährdet wird die Nachhaltigkeit des Vorhabens zudem durch institutionelle Schwächen des Projektträgers und der SMA. Bezüglich der Projektsteuerung durch den Träger OCEAC war jedoch eine immer professionellere Vorhabensumsetzung zu beobachten. Unterstützt wird die Professionalisierung z.T. aus einer noch laufenden FZ-Begleitmaßnahme. Die Social Marketing Agenturen leiden hingegen nach wie vor unter einer geringen Qualifikation hinsichtlich finanziell-administrativer Prozesse, die nur durch Unterstützung von Langzeitberatern aufgefangen werden kann. Angesichts einer bedeutenden Geberfinanzierung in der Region ist davon auszugehen, dass diese auch im Falle eines Auslaufens der deutschen Unterstützung weiterhin gewährleistet wäre, woraufhin nicht zuletzt eine beginnende Geberdiversifizierung der SMAs hindeutet, die insbesondere in Kamerun bereits weit fortgeschritten ist.

Insgesamt ist die Nachhaltigkeit der Vorhaben daher als (noch) zufriedenstellend zu werten.

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.