

# Ex-post-Evaluierung – Guinea

>>>

**Sektor:** Familienplanung / Bekämpfung der sexuell übertragbaren Krankheiten einschließlich HIV/AIDS (CRS Kennung 13030 / 13040)

**Vorhaben:** Social Marketing I und III, BMZ Nr. 2001 65 688\*, 2008 65 501 und Aids-Prävention als Querschnittsaufgabe (II), BMZ-Nr.: 2001 65 696

**Programmträger:** Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique



## Ex-post-Evaluierungsbericht: 2014

	Phasen I-III (Plan)	** Phasen I-III (Ist)
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR	25,60	22,40
Verkaufserlöse Mio. EUR	2,20	1,70
Kofinanzierung Mio. EUR	3,90	0,70
Finanzierung Mio. EUR	19,50	20,00
davon BMZ-Mittel Mio. EUR	19,50	20,00

\*) Vorhaben in der Stichprobe 2013;

\*\*) Summe der evaluierten 3 Phasen (detaillierte Auflistung siehe folgende Seite)

**Kurzbeschreibung:** Durch die FZ-Maßnahmen sollte die gesamte Bevölkerung besser mit preisgünstigen und qualitätsgesicherten Kondomen und hormonellen Kontrazeptiva (Pillen, Verhütungsspritzen) versorgt und durch gezielte Aufklärungsmaßnahmen die Nachfrage nach diesen Produkten gesteigert werden. In Phase III wurden die Aufklärungsmaßnahmen um die Themen Vermeidung der Beschneidung von Mädchen und Frauen sowie die Behandlung von Durchfallerkrankungen der Unter-Fünfjährigen ergänzt.

**Zielsystem:** Oberziel war es, einen Beitrag zur Reduzierung der HIV-Infektionsrate sowie zur Verbesserung der reproduktiven und der Familiengesundheit zu leisten. Dies sollte durch verstärkte Nutzung von Kondomen und Kontrazeptiva erreicht werden (Programmziel). Um dies zu erreichen sollte die Bevölkerung besser mit preisgünstigen und qualitätsgesicherten Kondomen und hormonellen Kontrazeptiva versorgt sowie zielgruppenorientierte Aufklärungskampagnen durchgeführt werden.

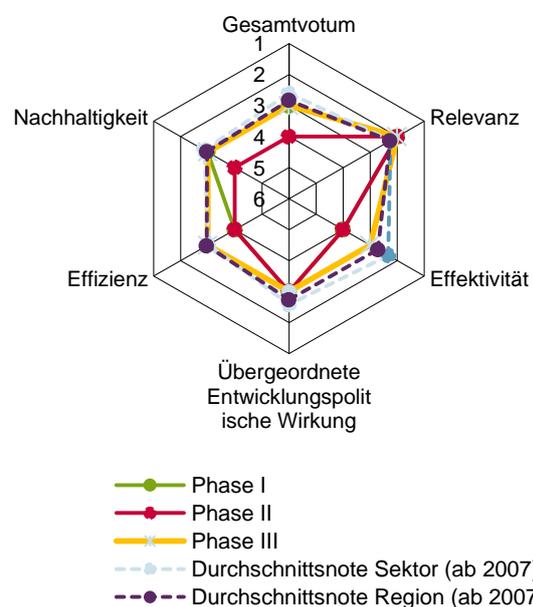
**Zielgruppe:** Zielgruppe war die gesamte sexuell aktive Bevölkerung Guineas mit Fokus auf Gruppen mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko (u.a. Jugendliche, Soldaten, Minenarbeiter, LKW-Fahrer, Prostituierte). Das Thema Vermeidung der Beschneidung von Mädchen und Frauen richtete sich insbesondere an religiöse und traditionelle Führer, Personal in Gesundheitseinrichtungen und Schulen.

## Gesamtvotum: 3 (Phasen I und III); 4 (Phase II)

**Begründung:** Positive Relevanz und Nachhaltigkeit führen trotz unzureichender Effektivität und Effizienz der Phase I zu einer noch zufriedenstellenden Bewertung. Die unzureichende Nachhaltigkeit der Phase II jedoch bedingt eine nicht zufriedenstellende Gesamtbewertung. Die in Phase III umgesetzten Verbesserungen führen dann zu einer deutlich besseren Bewertung.

**Bemerkenswert:** Die drei Phasen wurden unter äußerst schwierigen Bedingungen (Militärputsch 2008, Massaker 2007 und 2009) umgesetzt, indem zielgruppennahe Aufklärungs- und Marketing-Kampagnen durchgeführt wurden, die insbesondere bei der jüngeren Generation zu - wenn auch moderaten - Verhaltensänderungen führten (vermehrte Nutzung von Kontrazeptiva).

Der Schwerpunkt der Vorhaben wurde - bei gleicher Zielsetzung - von Phase zu Phase leicht modifiziert: (I+II) Fokus HIV-Prävention durch Vertrieb von Kondomen, wobei Phase (II) dafür zunächst auf lokale Strukturen aufbaute; Phase (III) Verstärkung der Ansprache zur reproduktiven Gesundheit (inkl. Thematisierung der noch sehr weit verbreiteten Beschneidungen von Mädchen und Frauen).



## Bewertung nach DAC-Kriterien

### Gesamtvotum: 3 (Phasen I und III); 4 (Phase II)

Phase I wird als gerade noch zufriedenstellend, Phase II als nicht zufriedenstellend und Phase III als zufriedenstellend bewertet.

#### Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Die Ex-post-Evaluierung wurde für drei Vorhaben durchgeführt, die in direktem zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang stehen. Das Social Marketing-Vorhaben mit der BMZ Nr: 2001 65 688 wurde von Januar 2004 bis Juni 2009 durchgeführt und wird im Folgenden als Phase I bezeichnet. Das Vorhaben „Aids-Prävention als Querschnittsaufgabe“ (BMZ Nr: 2001 65 696), hier als Phase II bezeichnet, fand parallel mit regionalem Fokus auf Mittelguinea statt. Es startete im November 2003 und wurde nach 34 Monaten (September 2006) mit Social Marketing I verschmolzen. Das Vorhaben „Social Marketing III“ (BMZ Nr: 2008 65 501) wurde von Juli 2009 bis Dezember 2013 umgesetzt.

#### Aufschlüsselung der Gesamtkosten der drei Phasen

		Phase I (Plan)	Phase I (Ist)	Phase II (Plan)	Phase II (Ist)	Phase III (Plan)	Phase III (Ist)
Investitionskosten insgesamt	in Mio. EUR	15,1	11,7	2,5	2,5	8,0	8,2
Verkaufserlöse	in Mio. EUR	1,2	0,5	--	--	1,0	1,2
Andere Geber**	in Mio. EUR	3,9	0,7	--	--	--	--
FZ, BMZ-Mittel	in Mio. EUR	10,0	10,5	2,5	2,5	7,0*	7,0

\* Vorratsprüfung: wegen der politischen Schwierigkeiten wurden zunächst 2 Mio. EUR für 2009-2011 genehmigt, 2011 weitere 5 Mio. EUR bis 2013.

\*\* Dies ist nur der im Rahmen des HIV- bzw. Familienplanungsprogramms kofinanzierte Betrag

#### Relevanz

Die drei Phasen umfassten - mit unterschiedlicher Gewichtung - die Themen HIV-Prävention sowie Reduzierung des Bevölkerungswachstums, die beide Prioritäten des guineischen Staates waren. Die Bedürfnisse hinsichtlich Gesundheitsaufklärung und -prävention der Zielgruppen im ganzen Land wurden mittels Social Marketing angegangen, einer Methode, die zielgruppennah, aber staatsfern agieren kann - ein besonders für das konfliktive Umfeld Guineas wichtiger Aspekt. Mit Blick auf die Erfahrungen, die mit einem Vorgängerprojekt gemacht wurden (Nationales Familienplanungsprogramm, BMZ Nr. 1994 65 279), welches Gesundheitszentren des öffentlichen Sektors unterstützte und als nicht erfolgreich evaluiert wurde, konzentrierten sich die Phasen I-III auf prioritäre Zielgruppen und ihre Bedürfnisse basierend auf Forschung, die die spezifischen sozialen und kulturellen Aspekte in den Blick nahm. Von Anfang an begrüßte das Gesundheitsministerium (MSHP) diese Initiative und unterstrich, dass Social Marketing sowie Prävention mit Fokus auf Risikogruppen mittels NGOs wirkungsvoller sei als mittels Institutionen des öffentlichen Sektors.

Die drei Phasen fügen sich in eine Reihe nationaler Politiken ein: die „Politique Nationale de Développement Sanitaire 2003-2012“, die Armutsreduzierungsstrategien (PRSP 2007-2010; 2011-2012; 2013-2015), die auf die Reduzierung der Mütter- und Kindersterblichkeit zielen, sowie weitere „Feuilles de Routes“ (z.B. zur Reduzierung der Mütter-, Säuglings- und Kindersterblichkeit 2012-2015). Die Vorhaben leisten einen Beitrag zu MDG 4 (Kindergesundheit), MDG 5 (Reproduktive und Mütter-Gesundheit), MDG 3 (Gender) sowie MDG 6 (HIV/AIDS) und sind damit auch Prioritäten der deutschen Regierung verpflichtet. Indirekt wirken sie auch auf die Verbesserung von MDG 1 (Armut).

Phase I fokussierte zunächst auf die Vermarktung subventionierter Kondome und eine erste Orientierung der Zielgruppen über HIV-Prävention. Die Phase II konzentrierte sich auf spezifische HIV-Risikogruppen, wie z.B. Jugendliche, Soldaten, Minenarbeiter und LKW-Fahrer in einer begrenzten Region (Mittel-Guinea). Erst nachdem von einer abnehmenden Tendenz der HIV-Epidemie ausgegangen werden konnte (siehe übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen), konzentrierte sich die Phase III vor allem auf Themen der reproduktiven Familiengesundheit. Die drei Phasen standen in engem konzeptionellen Zusammenhang und entwickelten sich am Bedarf und den Erfordernissen des instabilen Umfelds weiter. Insgesamt ist die Relevanz des Vorhabens in allen drei Phasen als gut zu bewerten.

**Relevanz Teilnote: 2 (Phasen I-III), gut**

### Effektivität

Das Projektziel für Phasen I und II war eine verbesserte Versorgung der guineischen Bevölkerung mit preisgünstigen und qualitativ guten Kondomen und hormonellen Kontrazeptiva sowie die nachhaltige Steigerung der Nachfrage nach entsprechenden Produkten durch zielgruppenorientierte Aufklärungsmaßnahmen. Die Phase III ergänzte dies durch eine Komponente zur Verbesserung der Kenntnisse über Folgewirkungen von Beschneidungen (female genital mutilation, FGM, weibliche Genitalverstümmelung) und Veränderung der diesbezüglichen Einstellung, die auf eine mittel- bis langfristige Reduzierung von Beschneidungen abzielten.

Folgende Indikatoren verdeutlichen die Zielsetzung der drei Phasen. Die entsprechend dem heutigen State of the Art auf „Outcome“-Ebene angesiedelten Indikatoren 3, 4, 6 und 7 sind für die Erfolgsbewertung besonders wichtig.

Indikatoren zum Ziel der FZ-Maßnahme/Soll	Bewertung EPE/IST
<p>1. Steigerung der Kondomverkäufe</p> <p>Phase I: um 11 % p.a.; Ausgangswert 2001: 6,1 Mio. p.a.; Zielwert: 50 Mio. p.a.</p> <p>Phase III: von 60.000 CYP in 2009 um jährlich 5 %</p>	<p>(I) Nahezu erreicht (48,6 Mio. Stück bzw. 97 % des Zielwertes)</p> <p>(III) Deutlich übertroffen (289.061 CYP)</p>
<p>2. Verkäufe von oralen und injizierbaren Kontrazeptiva</p> <p>Phase I: Steigerung um 15 % p.a.; Ausgangswert 353.000 Zyklen in 2001; Zielwert: 3,5 Mio. Zyklen (oral von 0,353 Mio. Zyklen p.a. auf 3,5 Mio.; Injektionen von 87.700 auf 0,9 Mio.)</p> <p>Phase III oral: Steigerung um jährlich 5 %; Ausgangswerte: orale Kontrazeptiva 35.000 CYP; Injektion 30.000 CYP</p>	<p>(I) Nicht erreicht (2 Mio. oral, 0,58 Mio. Injektionen bzw. 74 % des Zielwertes)</p> <p>(III) Erreicht (116.243 CYP oral) bzw. deutlich übertroffen (insgesamt 185.032 CYP Injektionen)</p>
<p>3. Phase III, <b>Prävalenz von modernen Verhütungsmitteln</b>: Steigerung um 1 Prozentpunkt p.a.. Ausgangswert 2005: 6,8 % (EDS*)</p>	<p>(III) <b>Nicht erreicht</b>: 7 % (EDS 2012) – hier liegen jedoch erhebliche Abweichung je nach Altersgruppe vor: s.u.</p>
<p>4. Phase I und II, <b>Kondomnutzung Risikogruppen</b>: Erhöhung des Anteils der Risikogruppen, der angibt, beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom genutzt zu haben (+ 20 Prozentpunkte)</p>	<p>(I-II) <b>Erreicht</b>: Militär von 26,7 % (2003) auf 51,6 % (2010); Bergbauarbeiter von 30,1 % (2005) auf 56,4 % (2010);</p> <p>(I-II) <b>Negative Entwicklung</b> bei LKW-Fahrern mit 55,9 % (2005) und 49,1 % (2010)</p>
<p>5. Phase III: Steigerung der Verkäufe von Produkten zur Vorbeugung von Durchfallerkrankungen (SurEau 300.000 Flaschen) und ab 2012 OraselZinc (331.000 Schachteln)</p>	<p>(III) Erreicht: 1,56 Mio. Flaschen SurEau und 790.000 Schachteln OraselZinc</p>
<p>6. Phase III, <b>Beschneidung von Mädchen**</b>:</p> <p>- Anzahl der Frauen die nicht beabsichtigen ihre Mädchen beschneiden zu lassen: 34 % (2009)</p> <p>- Anteil der Männer, die angeben, dass der Islam die weibliche Beschneidung nicht vorgibt: 31 % (2009)</p>	<p>(III) <b>Positive Tendenz</b>: 40% (TRaC-Studie, 2011)</p> <p>(III) <b>Positive Tendenz</b>: 45 % (TRaC-Studie, 2011)</p>

<b>7. Phase III, Verhütung / Behandlung von Durchfallerkrankungen</b> - Anteil der Frauen mit Kindern < 5 Jahren, der die Gesundheitsrisiken von unsauberem Trinkwasser kennt und weiß wie man sich davor schützt (+10 % p.a.). Ausgangswert: 21% (TRaC-Studie 2008)	(III) <b>Deutlich übertroffen:</b> 96 % (TAaC-Studie 2011)
---	---

<sup>\*)</sup>EDS, Enquête Démographique et de la Santé de Guinée; <sup>\*\*)</sup> Zu berücksichtigen ist, dass es sich hierbei um Meinungsäußerungen von Befragten handelt.

Noch sind in Guinea deutlich über 90 % der Frauen beschnitten (2012).

### Indikator Nr. 3: Kontrazeptive Prävalenz (moderne Methoden), nach Altersgruppen differenziert

	2004/2005	2008	2012/13	Bemerkungen
Prävalenz der Frauen zwischen <b>15-49 Jahren</b> (%)	7,7 (1) 6,8 (4)	9,8 (2)	17 (3) 7,0 (5)	Werte der TRAC-Studien sind nicht konsistent mit offiziellen Statistiken (EDS); Ggf. liegt dies an abweichender Auswahl der Befragten
Prävalenz der Frauen zwischen <b>20 und 24 Jahren</b> (%)	9,1 (4)		11,2 (5)	Bedeutend ist der sich nach Altersgruppen abzeichnende Trend, der auf eine <b>klare Zunahme</b> der Anwendung von Kontrazeptiva <b>bei jungen und nicht verheirateten Frauen</b> hinweist
Prävalenz der Frauen zwischen <b>25 und 29 Jahren</b> (%)	7,8 (4)		9,8 (5)	
Prävalenz der Frauen, die <b>nicht verheiratet, aber sexuell aktiv</b> sind (%)	36,3 (4)		41,1 (5)	

(1) KAP-Studie FP 2004; (2) TRAC-Studie FP 2008; (3) TRAC-Studie FP 2012; (4) EDS 2005; (5) EDS 2012

Insgesamt waren die Jahre, in denen die drei Phasen umgesetzt wurden, von erheblicher politischer Instabilität und regionalen Konflikten geprägt, welches die Aktionsmöglichkeiten für die Vorhaben erheblich begrenzte. Nicht alle Indikatoren wurden erreicht. Zudem verdeutlichen die Ergebniswerte den unterschiedlichen Fokus der drei Phasen: Phasen I und II verstärkt auf HIV-Prävention - mit entsprechend unzureichenden Ergebnissen bei Kennwerten der Familienplanung - während die Zielgrößen der Phase III (Fokus Familiengesundheit mit Verstärkung der Komponenten hinsichtlich der Beschneidung von Mädchen und Frauen sowie Bekämpfung von Durchfallerkrankungen) erste Fortschritte hinsichtlich der kontrazeptiven Prävalenzrate junger Frauen bzw. dem Thema der Beschneidung erkennen lassen. Auch lagen die Aktivitäten und Verkaufszahlen der in Phase III eingeführten subventionierten Produkte zur Verbesserung der Kindergesundheit deutlich über den Erwartungen - dies belegt eine hohe Bedarfsorientierung. Knapp 20% der FZ-Mittel dieser Phase kamen dieser Komponente zugute. Zusammenfassend werden Phasen I und II mit nicht mehr zufriedenstellend und die Phase III - aufgrund des besonders erfolgreichen Auftakts der Aktivitäten zur Bekämpfung der Durchfallerkrankungen - mit voll zufriedenstellend bewertet.

### Effektivität Teilnote: 4 (Phasen I und II) nicht zufriedenstellend; 3 (Phase III) zufriedenstellend

#### Effizienz

Phase I begann mit einer zeitlichen Verzögerung von zwei Jahren, da das Vorgängervorhaben aus Restmitteln verlängert werden konnte. Die Durchführung dauerte 66 Monate (Plan: 60 Monate). Phase III wurde zwischen Juli 2009 und Dezember 2013 umgesetzt. Phase II wurde mit einjähriger Verspätung im November 2003 begonnen (Verzögerung bei Abstimmung des Konzeptes mit guineischen Partnern) und nach 34 Monaten - angesichts erheblicher Ineffizienzen (u.a. sehr aufwändiger Aufbau lokaler Kapazitäten) - in die parallel umgesetzte Phase I integriert.

Die politisch instabile Lage verursachte insgesamt höhere Kosten (Personal, Sicherheit). Die produkt- und vermarktungsbezogenen Kosten pro Paar-Verhütungsjahr (Couple Year Protection, CYP) lagen dennoch im Durchschnitt der Jahre 2004 bis 2008 bei 15,6 EUR/CYP (Durchschnitt Produktmix: Kondom, orale und injizierbare Kontrazeptiva) - ein im Vergleich eher mittlerer Wert. Von 2009 bis 2012 konnten diese Kosten zudem auf knapp 8 EUR/CYP nahezu halbiert werden. Der verstärkte Einsatz injizierbarer Kontrazeptiva (von 36.500 CYP in 2008 auf 73.000 in 2012) hat maßgeblich dazu beigetragen. Phase III war

damit effizienter als Phase I, allerdings nicht zuletzt aufgrund der „Vorleistung“ des Marketings in Phase I, welche die Zielgruppen für die Produkte sensibilisierte und damit zusätzliche Nachfrage schuf. Bei diesem Kennwert ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Gesamtkosten auf die verkauften Produkte umgelegt werden. So wirkt sich beispielsweise ein steigender Anteil an produktunabhängiger Aufklärung, wie beim heutigen State of the Art (total market approach) gefordert, negativ auf diesen Kennwert aus.

Auch die staatlichen Gesundheitszentren haben ihre Dienstleistungen zur Familienplanung verbessert. Mit Hilfe der drei Vorhaben wurden rund 300 ihrer Angestellten in reproduktiver Gesundheit fortgebildet und eine größere Produktpalette bereitgestellt ("Spirale", Implantat, injizierbare und orale Kontrazeptiva, Kondom). Zudem werden in staatlichen Gesundheitszentren mittlerweile neben generischen Produkten der Familienplanung auch Social Marketing-Produkte angeboten. In der Entwicklung des Gesamtmarktes für Kondome zeichnet sich ein Einstieg des privaten Sektors ab. Dies ist auch für die Trinkwasserdesinfektion zunehmend der Fall:

Marktanteile	Social Marketing 2008/2012	Öffentlich 2008/2012	Privatsektor 2008/2012
Kondom	96 % / 70 %	4 % / 21 %	0 % / 9 %
Orale Kontrazeptiva	65 % / k.A.	35 % / k.A.	-
Injizierbare Kontrazeptiva	30 % / 52 %	70 % / 48 %	-
Rehydrierungssalz	100 % / 100 %	-	-
Trinkwasserdesinfektion (SurEau)	96 % / 80 %	-	4 % / 20 %

Die Verkaufspreise der subventionierten Social Marketing-Produkte wurden aufgrund von Studien zur Zahlungsbereitschaft ermittelt und der allgemeinen Preisentwicklung mehrfach angepasst. Sie hielten weitgehend mit der realen Preisentwicklung Schritt (Inflation 2005 - 2013: durchschnittlich 19,5 % p.a., Weltbank):

Preisentwicklung in GNF*	2004	2009	2013*
Kondome (je 3 St.)	300	500	1000
Orale Kontrazeptiva (ein Monatszyklus)	700	1000	2000
Injizierbare Kontrazeptiva (drei Monatszyklen)	1000	2000	3000
Trinkwasserdesinfektion (150 ml)		3000	5000
Rehydrierungssalz (21,8mg)			5000

\*Praktische Gründe sprechen für die 1000er-Einheiten, weil kleinere GNF-Geldscheine nur sehr begrenzt im Umlauf sind

Der Chapman-Index<sup>1</sup>, der Auskunft über die Angemessenheit der Kosten für ein Paar-Verhütungsjahr (CYP) für den Endverbraucher gibt, lag 2008 bei 3,63 Euro/Jahr/Person und im Jahr 2013 bei 6,69 Euro. Der Verkaufspreis aller subventioniert angebotenen Kontrazeptiva lag - z.T. deutlich - unter diesem Grenzwert (für 2012: z.B. orale Kontrazeptiva 1,67 EUR/Jahr, Kondome 4,4 EUR/Jahr). Sie sind damit für die ärmere Bevölkerung Guineas preislich zugänglich und in Städten eher leicht übersubventioniert.

Das Personal der Social Marketing-Organisation, welches die Maßnahmen der Vorhaben durchführte, wurde während der Umsetzung von 54 auf 37 Personen reduziert (heute: alles lokales Personal bis auf 2 Leitungsfunktionen) ebenso wie die Zahl der Großkunden für den Vertrieb nicht-pharmazeutischer Produkte (Kondome, Rehydrierungssalz, u.a.) von rund 300 (Phase I: 2009) auf 9 Grossisten (Phase III: 2011-2013). Beide Maßnahmen trugen zu einer verbesserten Effizienz der Vertriebsstrukturen bei. Der Vertrieb pharmazeutischer Produkte (orale und injizierbare Kontrazeptiva) erfolgt landesweit durch nur 5 Pharmaziegrossisten.

<sup>1</sup> Der Chapman-Index wird mit 1% des nationalen BIP / Kopf berechnet

Der Kostendeckungsgrad (Gesamtkosten/Verkaufserlöse) lag im Durchschnitt über die Laufzeit der drei Phasen bei knapp 8 %. Das ist zurückzuführen auf einen besonders geringen Kostendeckungsgrad in Phase I (knapp 4 %). Phase III weist mit rd. 11 % einen etwas besseren Kostendeckungsgrad auf.

Zusammenfassend werden Phasen I und II insbesondere wegen deren temporären ineffizienten Parallelstruktur und dem eher ineffizienten Vertriebssystem mit nicht mehr zufriedenstellend und Phase III, die diesbezüglich deutliche Verbesserungen aufweist, mit zufriedenstellend bewertet.

**Effizienz Teilnote: 4 (Phasen I und II) nicht zufriedenstellend; 3 (Phase III) zufriedenstellend**

### Übergeordnete Entwicklungspolitische Wirkungen

Ziel der drei Vorhaben war es, einen Beitrag zur Reduzierung der HIV-Infektionsrate und zur Verbesserung der reproduktiven und Familiengesundheit zu leisten. Folgende Indikatoren werden zur Bewertung herangezogen:

Indikator	Situation bei der Evaluierung
<b>Reduzierung der HIV/AIDS-Prävalenz:</b> - Allgemeiner Durchschnitt 2005: 1,6 % (1,3-1,9) - Risikogruppe Prostituierte (2001): 42 % - Risikogruppe Fernfahrer (2001): 7 % (Schätzung UNAids)	<b>Abnehmende Tendenz:</b> - 1,5-1,7 % (stabil lt. CNLS, 2010); Schätzung für 2012: 1,3 % (UNAids)* - Risikogruppe Prostituierte (2009): 33 % - Risikogruppe Fernfahrer (2009): 6 % (Schätzung UNAids)
<b>Reduzierung der Geburtenrate</b> - 6,3 Kinder/Frau (2002)	<b>Langsam abnehmende Tendenz:</b> - 5,7 Kinder/Frau (2005) - 5,1 Kinder/Frau (2012)

\* ) Rd. 60% der HIV-Infizierten Personen erhalten antiretrovirale Medikation (ART), die lebensverlängernd wirkt (UNAids, 2013).

Sowohl HIV-Prävalenz als auch Geburtenrate weisen positive Tendenzen auf. So ist auch die Akzeptanz der Social Marketing-Produkte in der Bevölkerung hoch: „SurEau“ wird etwa zur Wasserdeseinfektion auf Reisen mitgenommen; „Prudence Plus“ steht ganz allgemein für Kondom und gleiches gilt für die Pille „Planyl“, wie der Austausch mit den Zielgruppen im Inneren des Landes zeigte. Auch war es während Phase I des Vorhabens noch nicht üblich, Kondomschachteln im Laden zu zeigen, doch die Situation hat sich dank der Marketing- und Kommunikationsaktivitäten geändert und sie werden mittlerweile offen ausgelegt.

Fast alle Guineer (98 %) haben bereits von HIV gehört, und 24 % (2012) gegenüber 16 % (2007) haben vertiefte Kenntnisse und wissen z.B. um die Stigmatisierung von HIV-positiven Menschen, was u.a. auch auf die interpersonelle Kommunikation mit „educateurs pairs“ zurückgeführt werden kann (Angaben CNLS). In der Familienplanung verfügt nur noch AGBEF (Association Guinéenne pour le Bien-Etre Familial) über einige Kliniken (mit Unterstützung von IPPF), die in geringem Masse Aufklärungskampagnen durchführen. Angesichts der plausiblen Kausalkette kann davon ausgegangen werden, dass das Vorhaben einen Beitrag zum Erreichen der MDGs 4, 5 und 6 leisten konnte.

Von Geberseite wurde vielfach die Notwendigkeit eines nationalen Beitrags zur reproduktiven und Familiengesundheit hervorgehoben, was bisher nicht erfolgte. Bezogen auf die Jahre 2008-2011 leisteten die FZ-Vorhaben einen wesentlichen Beitrag zum Bereich der reproduktiven und Familiengesundheit (Gesamtaufwendungen für reproduktive Gesundheit: 3,7 Mio. USD; davon FZ: 37 %; USAID: 15 %; UNFPA: 32 %)<sup>2</sup>. Nach Aussage des Comité National de Lutte contre le SIDA kann der durch Aufklärung und Verkauf von Kondomen geleistete Beitrag zur Stabilisierung der HIV-Prävalenz nicht hoch genug eingeschätzt werden, da regierungsferne Strukturen für Gruppen mit risikoreichem Sexualverhalten glaubwürdiger sind.

Durch die verstärkte Prävention von Geschlechtskrankheiten und HIV konnten zudem individuelles Leid durch Krankheit und Tod sowie hohe Kosten für Behandlung und Pflege, die meist von Frauen getragen werden, und auch gesamtwirtschaftliche Kosten aufgrund des Aus- und Wegfalls von Arbeitskräften abgewendet werden. Auch kann angesichts der deutlich über den Erwartungen liegenden Verkaufszahlen

<sup>2</sup> Quelle: Rapport de l'analyse de la situation de la sécurité des produits contraceptifs et estimation des besoins en contraceptifs du secteur public de la Guinée 2012-2013. USAID/DELIVER PROJECT, Juin 2011, erscheint April 2014

der auf Säuglings- und Kindergesundheit ausgerichteten Produkte (u.a. Rehydrierungssalz) von einem Beitrag zur Kinder- und Säuglingsgesundheit ausgegangen werden.

**Übergeordnete Entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 3 (Phasen I-III), zufriedenstellend**

### **Nachhaltigkeit**

Das Gesundheitsministerium (MSHP) verfügt über einen “Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de la Santé de la Réproduction en Guinée 2013-2017“ (der Vorgänger umfasste die Jahre 2008-2012). Die Social Marketing-Produkte sind in dieser strategischen Planung enthalten und bilden einen wichtigen Bestandteil der Maßnahmen zur Familienplanung. Problematisch bleibt jedoch die finanzielle Nachhaltigkeit, weil der guineische Staat nicht in der Lage scheint, zumindest die Aufwendungen zur Verbesserung der reproduktiven und Familiengesundheit zu übernehmen. Nach Angaben von UNFPA werden derzeit in Guinea nur 2,5 % (eingeplant waren 7 %) des Staatsbudgets für den Gesundheitssektor insgesamt verwendet.

Der zunehmende Verkauf der Social Marketing-Produkte belegt, dass die Verbraucher/innen bereit sind, einen gewissen Eigenanteil zu bezahlen. In Phase III konnten rd. 11 % der Gesamtkosten durch Verkaufseinnahmen gedeckt werden. Dennoch werden die Aufklärungs- und Verkaufsaktivitäten auch zukünftig auf erhebliche externe Finanzierung angewiesen sein, um die subventionierten Produkte weiterhin anzubieten, so dass sie sich auch die ärmere Bevölkerung leisten kann.

Die institutionelle Nachhaltigkeit wird durch eine in Guinea seit 1991 aktive internationale Social Marketing-Organisation geprägt, die sich mittlerweile weitgehend aus nationalem Personal zusammensetzt. Die Zusammenarbeit zwischen Social Marketing-Organisation und Gesundheitsministerium ist sehr eng. Die Maßnahmen zur HIV-Prävention/ reproduktive Gesundheit sind in der strategischen Planung des Ministeriums verankert und ein integraler Teil davon. Der in Phase II umgesetzte Ansatz zum Mainstreaming (Zusammenarbeit mit Bildungssektor und lokaler NRO) hat sich dagegen als institutionell nicht nachhaltig erwiesen. Dies war mit ein Grund für die Integration dieser Phase in die parallel laufende Phase I (nach rd. 34 Monaten Laufzeit; 1,3 Mio. EUR).

Wie die durchgeführten Verhaltensanalysen (KAP-Studien) verdeutlichen, konnte das Verhalten der jüngeren Generation zur reproduktiven und Familiengesundheit leicht verändert werden (2005: Kontrazeptive Prävalenz von 9,2 bei den 20-24-Jährigen; 2012: 11,2 %). Kondome und Kontrazeptiva werden verstärkt gekauft. Doch müssen zur Absicherung der Nachhaltigkeit diese Kampagnen fortgeführt werden, um sie auch in den nachfolgenden Generationen zu verankern und so insgesamt nachhaltig zu gestalten. Dies erfolgt bisher allein über extern finanzierte Maßnahmen.

Beschneidung ist ein soziales und kulturelles Phänomen, welches in der Gesellschaft noch stark verankert ist. Es lässt sich nicht in kurzer Zeit verändern. Ermutigend ist, dass bereits verschiedene Meinungsführer in eine zivilgesellschaftliche Auseinandersetzung zum Thema eingetreten sind und das Thema verstärkt in der Gesellschaft debattiert wird.

**Nachhaltigkeit Teilnote: 3 (Phasen I und III) zufriedenstellend; 4 (Phase II) nicht zufriedenstellend**

### 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.