

Ex-post-Evaluierung – Südafrika

>>>

Sektor: Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten und HIV/AIDS (13040)
Vorhaben: HIV-Prävention durch freiwilliges Beraten und Testen I
 BMZ-Nr. 2002 66 064*
Träger des Vorhabens: Development Bank of Southern Africa (DBSA)



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2017

		Plan bei Prüfung	Ist
Investitionskosten (gesamt)	Mio. EUR	11,25	9,29
Eigenbeitrag	Mio. EUR	2,25	0,51
Finanzierung	Mio. EUR	9,00	8,78
davon BMZ-Mittel	Mio. EUR	9,00	8,78

*) Vorhaben in der Stichprobe 2016

Kurzbeschreibung: Das Vorhaben wurde als offenes Programm mit dem Ziel konzipiert, zur HIV-Prävention beizutragen. Der FZ-Zuschuss von 9 Mio. EUR wurde zur Erweiterung und Verbesserung der Infrastruktur für HIV-Tests und -Beratung in 207 öffentlichen Gesundheitseinrichtungen verwendet. Darüber hinaus wurden Kommunikationsmaßnahmen zur Bekanntmachung und Aufklärung bzgl. Test- und Beratungsangeboten durchgeführt und Consultingleistungen zur Unterstützung des Trägers finanziert.

Zielsystem: Übergeordnetes entwicklungspolitisches Ziel (Oberziel) des Vorhabens war, einen Beitrag zur Verringerung des Anstiegs der HIV-Infektionsrate zu leisten und eine verbesserte Pflege und Behandlung für HIV-Infizierte zu ermöglichen.

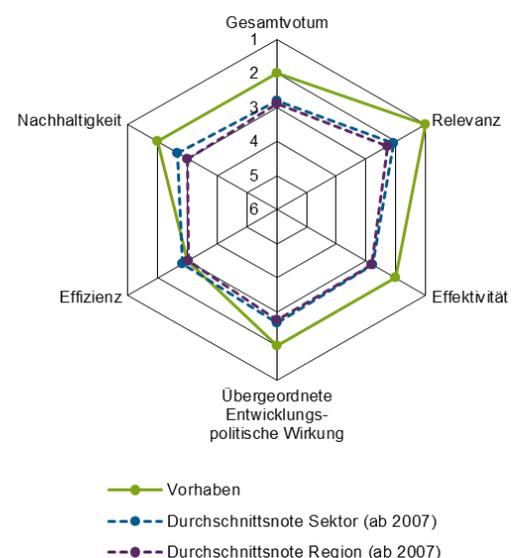
Projektziel war die Verbesserung des Zugangs der Bevölkerung zu HIV-Tests und -Beratung, die Verbesserung der Qualität von HIV-Tests und -Beratung in den ausgewählten Gebieten sowie die Aufklärung der Bevölkerung über HIV/AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten.

Zielgruppe: Zielgruppe des Vorhabens war die sexuell aktive Bevölkerung in besonders benachteiligten Regionen der drei Zielprovinzen Eastern Cape, KwaZulu Natal und Mpumalanga.

Gesamtvotum: Note 2

Begründung: Das Vorhaben entsprach in einer gesundheitspolitischen Krisensituation den nationalen wie internationalen Prioritäten und dem lokalen Bedarf. Es war "der richtige Ansatz zur richtigen Zeit". Zwar entsprach die Effizienz der sechs Jahre dauernden Umsetzung nicht voll den Erwartungen. Im Ergebnis wurde die Anzahl von HIV-Tests und -Beratung jedoch effektiv ausgeweitet und die Qualität der Dienstleistungen verbessert. Die gute Entwicklung des Sektorkontexts ermöglichte die nachhaltige Erreichung der übergeordneten entwicklungspolitischen Zielsetzung.

Bemerkenswert: Die Evaluierungsgespräche an den Projektstandorten ergaben eine deutlich vielfältigere positive Wirkung der durchgeführten Infrastrukturmaßnahmen als erwartet. Beispielsweise boten die Investitionen zusätzlich zu ihrem physischen Ergebnis auch eine Argumentationsgrundlage für die Erhöhung von Personalbudgets, einen Motivationsschub für Bestandspersonal und einen Aufhänger für die Aufmerksamkeit von Bevölkerung und Entscheidern, gerade dort wo lokale Stakeholder früh im Projektverlauf einbezogen wurden.



Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 2

Relevanz

Zum Zeitpunkt der Projektprüfung (PP) im Jahr 2002 breitete sich die HIV/AIDS-Epidemie in Südafrika in alarmierendem Tempo aus. Erste aussagekräftige nationale Schätzungen wiesen für 2005 (Projektdurchführungsbeginn) eine jährliche Neuankontungsrate (Inzidenz) von 2,7 % der Bevölkerung und einen Anteil der HIV-Infizierten (Prävalenz) von 16,2 % der 14-49-jährigen aus. In einigen Bevölkerungsgruppen war schon damals mehr als jeder Dritte betroffen. Gleichzeitig hatten 62 % der Frauen und 72 % der Männer noch nie einen HIV-Test durchführen lassen und kannten ihren HIV-Status dementsprechend nicht.¹ Hunderttausende Todesfälle pro Jahr, politischer Druck der internationalen Gemeinschaft und Gerichtsprozesse der Zivilgesellschaft bewegten die südafrikanische Regierung zunächst zur Erkenntnis, HIV/AIDS sei "die wichtigste Herausforderung für Südafrika seit der Geburt unserer jungen Demokratie"², zur entsprechenden politischen Priorisierung in "National Strategic Plans" und ab 2004 zur zunehmend konsequenten Umsetzung von Gegenmaßnahmen. HIV-Tests und -Beratung (HIV Counseling and Testing, HCT) konnten zu dieser Zeit durch die Verfügbarkeit von Schnelltests und durch die Einbindung von spezifisch geschulten "HIV-Laienberatern" zunehmend dezentralisiert werden. Parallel erfolgten erste nationale Aufklärungs- und Mobilisierungskampagnen. Die Behandlung von HIV mit antiretroviralen Medikamenten (ARVs) lief 2004 noch unter ärztlicher Aufsicht in großen Krankenhäusern an und wurde ab 2007 ähnlich wie vorher die Testverfahren stufenweise in kleinste Kliniken "ausgerollt".

Der bei PP angenommene Wirkungszusammenhang zwischen HCT und einer Verringerung des Anstiegs der HIV-Neuinfektionen ist plausibel: Bestenfalls führt das Wissen über den eigenen HIV-Status in Verbindung mit Beratung zu einer Verringerung des sexuellen Risikoverhaltens aller getesteten Personen. In jedem Fall ist HCT die notwendige Bedingung für die ARV-Behandlung von positiv getesteten Personen, die durch die Verringerung der Viruslast auch einen erheblichen präventiven Effekt hat.

Die HIV-Epidemie und die beschriebenen Gegenmaßnahmen veränderten die Anforderungen an die physische Gesundheitsinfrastruktur erheblich und machten Anpassungsinvestitionen dringend erforderlich. Die ohnehin stark beanspruchten öffentlichen Gesundheitseinrichtungen waren zu Beginn des Vorhabens meist nicht mit dedizierten Räumen ausgestattet, um HIV-Tests und -Beratung in der notwendigen Anzahl und Qualität durchzuführen. Der gesellschaftliche Kontext war gekennzeichnet durch den geringen Wissensstand der Bevölkerung, Skepsis aufgrund kontraproduktiver Äußerungen des damaligen Staatspräsidenten und durch entsprechend große Ängste und Stigmata in Bezug auf HIV/AIDS. Dies bedeutete einerseits, dass das vorhandene Vertrauen in staatliche Gesundheitseinrichtungen ein wertvolles Fundament für die Ausweitung von HCT war. Zum anderen machte dieser Kontext die Sicherung der Privatsphäre zu einem wichtigen Qualitätskriterium für HCT. Die Realität vor Projektbeginn waren gemäß den Evaluierungsgesprächen vielfach Tests und Beratung in Wäsche- und Waschräumen oder im Freien. Dadurch gingen (potenzielle) Patienten verloren, weil sie lange warten mussten oder die Berater schwierig aufzufinden waren. Gerade in ländlichen Regionen verhinderten Transportwege und -kosten oft die Wahrnehmung von Ersatzterminen. Angesichts dieser Herausforderungen entsprach der Hauptansatz des Vorhabens, in dedizierte physische Infrastruktur für HCT in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen zu investieren, den nationalen Prioritäten ebenso wie dem lokalen Bedarf der Zielgruppe. Es war ein grundsätzlich relevanter, plausibler Ansatz zur HIV-Prävention. Gemäß den Evaluierungsgesprächen war es "der richtige Ansatz zur richtigen Zeit".

Der Ansatz fügte sich sinnvoll in die dynamische Sektorentwicklung ein und konnte trotz einer Vielzahl von parallelen NGO- und Geberinitiativen (Global Fund, PEPFAR, TAC, UNAIDS, US CDC und viele weitere) und dem komplementären Engagement der GIZ, Doppelungen vermeiden. Multisektorale Koordinationsgremien auf allen politischen Ebenen stellten eine zufriedenstellende Abstimmung und Harmonisie-

¹ Demographic and Health Survey 2003, Dept. of Health, 2007

² HIV/AIDS & STD Strategic Plan for South Africa 2000-2005, Dept. of Health, 2000

zung nationaler und geberfinanzierter HIV-Gegenmaßnahmen sicher. Übergeordnet entsprach das Vorhaben explizit dem damaligen sechsten Millennium Entwicklungsziel (Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen schweren Krankheiten) und ist ebenso im Einklang mit dem jetzigen dritten nachhaltigen Entwicklungsziel (Gewährleistung eines gesunden Lebens für alle Menschen jeden Alters und Förderung ihres Wohlergehens). Die Festlegung von HIV-Prävention als Schwerpunkt der deutsch-südafrikanischen Entwicklungszusammenarbeit seit 2010 und die Bestätigung dieses Schwerpunkts 2015 unterstreichen zudem, dass das Thema des Vorhabens damals wie heute hohe Priorität für die Zusammenarbeit beider Länder besitzt.

Insgesamt ist die Relevanz des Vorhabens aufgrund des dringenden Bedarfs und der Einbettung in einen systematisch umgesetzten Sektoransatz außergewöhnlich hoch.

Relevanz Teilnote: 1

Effektivität

Projektziel war die Verbesserung des Zugangs der Bevölkerung zu HCT³ und der Qualität der HCT-Dienste in den ausgewählten Gebieten sowie die Aufklärung der Bevölkerung über HIV/AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten (STDs). Der Fokus der Wirkungslogik und der Maßnahmen war bereits bei der Projektkonzeption und -prüfung eindeutig, die Anzahl und die Qualität der HIV-Tests und -Beratungen zu erhöhen. Diesem Fokus auf die Nutzung von HCT folgt auch die Ex-post-Evaluierung.

Bei Projektprüfung wurde die Auslastung der geschaffenen HCT-Kapazität als noch zu konkretisierender Indikator definiert. Unter Berücksichtigung von Projektfokus und Datenlage wird bei Evaluierung die Anzahl der HIV-Tests in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen der Zielprovinzen als konkreter Indikator definiert, um die Nutzung der geschaffenen Infrastruktur zu messen.

Die Erreichung der Projektziele kann wie folgt zusammengefasst werden:

Indikator*	Status vor Projektdurchführung (2004)	Zielwert**	Status nach Projektdurchführung (2010)
Anzahl HIV-Tests je Zielprovinz pro Jahr			
Eastern Cape	117.510	217.510	898.989
KwaZulu Natal	157.670	257.670	1.686.510
Mpumalanga	28.595	128.595	1.060.247

Datenquelle: Health Information System, HIV Directorate, NDoH

* Bei Prüfung: Auslastung/Utilization, angepasst durch Evaluierungsmission

** definiert von Evaluierungsmission gemäß Annahmen bei Prüfung: 50 Standorte pro Provinz x Kapazität für 1 zusätzl. Berater pro Standort x 10 HCT-Sessions pro Berater pro Tag x 200 Beratungstage pro Jahr = 100.000 zusätzliche Sessions pro Jahr

Die Anzahl der jährlichen HIV-Tests in den Zielprovinzen hat sich im Projektzeitraum verzehnfacht. Auch der Anteil der Bevölkerung, bei dem bereits ein HIV-Test durchgeführt wurde, ist deutlich angestiegen und lag 2012 bei etwa 60 % in den Zielprovinzen.⁴ Ein effektiver Beitrag der finanzierten Infrastrukturmaßnahmen zur Erhöhung der Anzahl der HIV-Tests in den Zielprovinzen ist wahrscheinlich, allerdings unter Berücksichtigung zahlreicher Nebenbedingungen. Es bestehen wesentliche Wechselwirkungen mit Faktoren wie Personal- und Materialverfügbarkeit und mit der Entwicklung der HCT-Nachfrage durch die Bevölkerung. Aufgrund der Vielzahl paralleler Initiativen und Projekte, die auf diese Rahmenbedingungen ab-

³ Damals üblicher Begriff: freiwilliges Beraten und Testen ("voluntary counseling and testing", VCT), heute Teil des allg. Begriffs HCT

⁴ Republic of South Africa: South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey 2012.

Diese Befragung wurde zum Zeitpunkt der PP nicht durchgeführt. Gemäß Demographic and Health Survey hatten in den Zielregionen im Jahr 2003 nur etwa 30 % der Bevölkerung einen HIV-Test durchführen lassen.

zielten, und aufgrund des begrenzten Umfangs des Vorhabens (207 von rd. 1.800 Kliniken in den Zielprovinzen), ist es nicht sinnvoll, die Effektivität des Vorhabens direkt aus der Gesamtentwicklung der Indikatorwerte abzuleiten.

Angesichts des Finanzierungsumfangs und der physischen "Outputs" kann nichtsdestotrotz als Mindestziel eine Erhöhung um 100.000 jährliche Tests in jeder der drei Zielprovinzen definiert werden (Herleitung siehe oben**). Die tatsächlich am Ende des Durchführungszeitraums erreichten Testzahlen in den Zielprovinzen übersteigen die Mindesterwartung bei Weitem. Damit steht fest, dass die genannten Nebenbedingungen und Wechselwirkungen die Zielerreichung zumindest nicht verhindert haben. Soweit vereinzelt für die Projektstandorte spezifische Daten vor und nach der Projektumsetzung verfügbar sind, unterstreichen sie den Beitrag des Vorhabens zur Entwicklung auf Provinzebene, teilweise mit einer Vervielfachung der Testzahlen im Jahr nach der lokalen Durchführung.

Zusätzlich sollen folgende qualitative Erkenntnisse der Evaluierung den konkreten Beitrag des Vorhabens zur quantitativen wie qualitativen Projektzielerreichung plausibilisieren:

Notwendige Grundlage für erhöhte Nutzerzahlen der HCT-Dienste war ein verbessertes Angebot dieser Dienste. Insgesamt ist eine effektive Erhöhung des HCT-Angebots durch das Vorhaben plausibel. Die Anzahl aufgewerteter Kliniken lag deutlich über der konservativen Zielsetzung bei Projektprüfung (207 Kliniken erreicht statt geplant 150). Alle Projektstandorte bieten laut verfügbaren Daten und Standortbesuchen seit Projektdurchführung kontinuierlich HCT-Dienste an, meist weiterhin durch spezialisierte Laienberater in den spezifisch dafür gebauten Räumen.

Vor dem Hintergrund weitverbreiteten Personalmangels im südafrikanischen Gesundheitssektor ist eine entscheidende Nebenbedingung für die Effektivität des Vorhabens die Verfügbarkeit entsprechenden Personals, gerade in ländlichen öffentlichen Einrichtungen. Der zunehmende Einsatz von spezifisch qualifizierten HIV-Laienberatern ab 2004 trug in den Zieleinrichtungen entscheidend dazu bei, dass die geschaffene Infrastruktur meist wie beabsichtigt genutzt werden konnte. Oftmals werden diese Berater außerhalb der regulären Klinikbudgets finanziert, teilweise auch durch Geber oder NGOs. Das Vorhaben bot laut Beteiligten eine "Plattform, auf der wir auch um Mittel zur Bezahlung von Beratern werben konnten".

Die Qualität der HCT-Dienste wurde durch das Vorhaben gemäß konsistent positiven Aussagen ebenfalls effektiv verbessert, insbesondere durch geringere Wartezeiten und durch die Berücksichtigung der Privatsphäre der Nutzer. Die Privatsphäre zu gewährleisten war bei Projektprüfung eine zentrale Anforderung an die Umsetzung des Vorhabens. Entsprechend wurden die Vor- und Nachteile unterschiedlicher HCT-Ansätze in Bezug auf Stigma und Privatsphäre bei der Formulierung von "Projektguidelines" sorgfältig abgewogen. Die Projektstandorte setzten die Vorgaben weitgehend um, auch dank der vor Durchführungsbeginn landesweit eingeführten HCT-Qualitätsstandards des Gesundheitsministeriums. An einzelnen Standorten wurden entgegen der Vorgaben und entgegen der Forderungen des lokalen Personals separate HCT-Gebäude (statt integrierter Räume) gebaut. Eine überschlägige Zwischenevaluierung durch den Consultant ergab für 77 Standorte insgesamt eine höhere wahrgenommene HCT-Servicequalität und verbesserte Nutzerzufriedenheit.

Neben der Verbesserung des Angebots ist es plausibel, dass das Vorhaben auch zur Steigerung der Nachfrage der HCT-Dienste durch die von öffentlichen Kliniken erreichte Bevölkerung beigetragen hat. Die verbesserte HCT-Qualität trug laut Klinikpersonal erheblich zur verstärkten Nutzung der Dienste bei, sowohl zur Anzahl der Erstnutzer als auch zur Reduzierung der "Verluste" nach dem Erstkontakt. Zudem motivierte die ab 2004 verbesserte ARV-Verfügbarkeit Testinteressierte: Sie konnten zunehmend im Falle eines positiven Tests mit schneller Behandlung rechnen, nicht erst bei Erreichung eines kritischen Gesundheitszustands. Damit wurde die problematische Logik, "man brauche erst einen Test, wenn es einem schlecht geht", obsolet.

Der Beitrag der kleinen Marketingkomponente des Vorhabens zur lokalen Aufklärung und Nachfragesteigerung ist im Kontext landesweiter Großkampagnen kaum zu beurteilen. Ihre Wirkung war aber insofern offenbar begrenzt, als dass sich niemand vor Ort an diese Projektkomponente erinnern konnte. Stattdessen waren es die Baumaßnahmen an sich, die lokal Aufmerksamkeit erregten bei der Bevölkerung wie auch bei lokalen Entscheidern. Wie schon bei Prüfung erwartet, erreichen die öffentlichen Einrichtungen allerdings nur zu rd. einem Drittel Männer und weder genügend Jugendliche noch mobile Hochrisikogruppen (z.B. Wander- und Bergarbeiter, Lastwagenfahrer, Prostituierte). Die Entscheidung zu Projektbeginn, aufgrund des hohen Investitionsbedarfs in öffentlichen Einrichtungen nicht auch NGO-Einrichtungen zu fi-

nanzieren, die verstärkt spezifische Risikogruppen adressieren, hat insofern die Effektivität eingeschränkt. Durch die Fokussierung auf öffentliche Gesundheitseinrichtungen konnten andererseits die Umstrukturierung vereinfacht und Skaleneffekte bei der Implementierung verstärkt werden.

Wir gehen zusammenfassend davon aus, dass das Vorhaben einen erheblichen Beitrag zur Projektzielerreichung geleistet hat. Die Effektivität des Vorhabens war insgesamt gut.

Effektivität Teilnote: 2

Effizienz

Die Gesamtkosten des Vorhabens betragen 9,29 Mio. EUR. Die Schätzung bei PP, dass der südafrikanische Eigenbeitrag bis zu 1,7 Mio. EUR für Personal beinhalten würde, wurde nicht nachverfolgt. Allerdings profitierten die Standorte durchaus von zweckgebundenen Regierungszuschüssen in unbekannter Höhe spezifisch für HIV/AIDS-Bekämpfung. Ohne diese Personalkosten lagen die Gesamtkosten unter der Schätzung bei Prüfung.

Die Investitionskosten lagen mit 6,73 Mio. EUR nur leicht oberhalb der Schätzkosten und flossen im Wesentlichen in Baumaßnahmen zur Schaffung dedizierter HCT-Räume in öffentlichen Kliniken, zu einem geringen Teil auch in deren Ausstattung. Durch eine KfW-Mission im Jahr 2013 erfolgte eine detaillierte Analyse von Bauqualität und -kosten an einer Stichprobe von 43 Projektstandorten. Diese ergab mit 7.650 ZAR pro m² im Mittel höhere Baukosten als lokal üblich (5.600 ZAR pro m²) und auch höher als bei Prüfung erwartet (bis zu 6.000 ZAR pro m²). Teilweise ist dies auf Verzögerung und Inflation und den ländlichen Fokus des Vorhabens zurückzuführen mit teils schwer erreichbaren Standorten, die sich in höheren Transport- und Materialkosten niederschlagen. Ausreißer mit Kosten von mehr als 15.000 ZAR pro m² deuten auf vereinzelte Schwächen bei der Vergabe- und Bauaufsicht hin, die nicht an allen Standorten eine effiziente Mittelverwendung sicherstellte. Insgesamt war die Kosteneffizienz der Baumaßnahmen unter Berücksichtigung der ländlichen Standorte und der Bauqualität auch zufriedenstellend.

Die Kosten von 2,16 Mio. EUR für Consultingleistungen (23 % d. Gesamtkosten; einschl. Management Fee der DBSA) waren hoch gemessen an den Investitionskosten und höher als bei Prüfung erwartet. Aufgrund der gestiegenen Anzahl zu beaufsichtigender Standorte, der Anzahl der zu koordinierenden Projektstakeholder und insbesondere angesichts des langen Durchführungszeitraums ist diese Summe dennoch akzeptabel.

Die Wirkung und somit auch die Effizienz der Ausgaben von 320 TEUR für die Marketingkompetente des Vorhabens sind sechs Jahre nach Abschluss nicht erkennbar (siehe Abschnitt "Effektivität"). Die relativ geringen Ausgaben von 80.000 EUR für Wirkungsmonitoring entsprechen den begrenzt belastbaren Ergebnissen der Zwischenevaluierung.

Der Durchführungszeitraum war mit sechs Jahren doppelt so lang wie ursprünglich geplant, insofern war die Effizienz der Durchführung niedriger als erwartet. Die Gründe lagen in der neu aufzusetzenden Projektstruktur, verzögerten Ausschreibungen, Anpassungen des Vergabe- und Projektansatzes und in allmählichen Steuerrückerstattungen (statt ex-ante Steuerbefreiung). Letztere ermöglichten die Aufnahme zusätzlicher Standorte lange nachdem das Vorhaben abgeschlossen sein sollte. Die Projektverzögerung wäre vermutlich noch länger ausgefallen, hätte es nicht eine durchaus effiziente Implementierungsstruktur gegeben: Das Evaluierungsfeedback zur Zusammenarbeit zwischen der damaligen "DBSA Agency Management Services Unit" des Trägers mit Gesundheitsministerium, Consultants und anderen Beteiligten war deutlich positiv.

Die Effizienz des HCT-Betriebs konnte durch das Vorhaben deutlich verbessert werden. Durch die Verfügbarkeit dedizierter, ausgeschildeter Räume waren die HIV-Berater leichter aufzufinden und mussten nicht mehr auf zufällig verfügbare Räume warten. Auch wirkte offenbar der Stolz, durch einen "eigenen" Beratungsraum als wertvoller Mitarbeiter ausgezeichnet zu werden, auf die Berater motivierend. So konnte das HCT-Angebot je Berater ausgebaut werden. Dazu trug auch die weitgehend "mitwachsende" Materialverfügbarkeit bei (bspw. Testkits, sterile Handschuhe). Für HIV-positiv getestete Personen findet eine gute Verknüpfung mit Labortests und ARV-Behandlung statt.

Zur Bewertung der Effizienz der durchgeführten Baumaßnahmen im Vergleich zu alternativen Ansätzen bieten sich Lösungen wie Container, mobile HCT-Dienste oder Personalförderung an. Zwar hätten solche

Alternativen spezifische Vorteile hinsichtlich Flexibilität, Erreichung bestimmter Zielgruppen und geringerer Anfangsinvestitionen gehabt. Sie hätten jedoch eine geringere langfristige Kosteneffizienz ergeben und viele der Wirkungen der Klinikerweiterungen verfehlt (siehe Abschnitt "Effektivität": u.a. Vertrauensvorschuss für Kliniken, Privatsphäre integrierter Räume, Motivation von Mitarbeitern).

Insgesamt ist die Effizienz des Vorhabens zufriedenstellend.

Effizienz Teilnote: 3

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel (Oberziel) des Vorhabens war, einen Beitrag zur Verringerung des Anstiegs der HIV-Infektionsrate zu leisten und eine verbesserte Pflege und Behandlung für HIV-Infizierte zu ermöglichen. Es war und ist kein Indikator mit Daten verfügbar, der direkte Schlüsse auf den Erfolg des Vorhabens bezüglich des Oberziels zulassen würde. Grund dafür sind die komplexen Wirkungszusammenhänge zwischen unterschiedlichsten Faktoren und parallelen Projekten, die HIV-Infektionsraten und Behandlungszahlen beeinflussen. Entsprechend wurde bei Projektprüfung auf die Festlegung eines Indikators für das Oberziel verzichtet. Im Rahmen der Evaluierung ist es dennoch sinnvoll, anhand verfügbarer Indikatoren zu prüfen, ob die Entwicklung bezüglich Behandlung und Infektionsraten in die richtige Richtung zeigt.

Erste nationale ARV-Behandlungsdaten wurden erst ab 2006 für die Ausweitung der ARV-Betreuung auf Kliniken erfasst. Für die jährlichen UNAIDS Länderberichte wurden die tatsächlichen ARV-Behandlungszahlen der statistisch geschätzten Anzahl jener gegenübergestellt, die behandelt werden müssten ("ARV-Bedürftige"). Dies ist ein aussagekräftiger Indikator dafür, ob sich die Behandlung HIV-Infizierter im Projektverlauf verbessert hat:

Indikator [*]	Verlauf während Projektdurchführung (Ziel: Anstieg)						
	Jahr	2006 ^{**}	2007	2008	2009	2010	2011
Anteil der ARV-Behandelten an ARV-Bedürftigen in Südafrika		36 %	42 %	45 %	56 %	58 %	75 %

Datenquelle: UNAIDS Country Progress Reports South Africa 2006, 2008, 2010, 2012

^{*} definiert von Evaluierungsmission

^{**} erste verfügbare Daten

Auch wenn die beschränkte Datenqualität zu vorsichtiger Interpretation zwingt, deuten die Zahlen doch unmissverständlich auf einen positiven landesweiten Trend im Einklang mit dem Oberziel: Der Anteil der tatsächlich Behandelten hat sich während der Projektlaufzeit mehr als verdoppelt.

Zweiter Aspekt des Oberziels ist die HIV-Neuinfektionsrate (Inzidenz). Um deren Entwicklung zu beurteilen, wird als international akzeptierte Näherung⁵ die Entwicklung des Anteils der Infizierten (Prävalenz) in der Altersgruppe zwischen 15-24 Jahren herangezogen.

⁵ gemäß UNAIDS akzeptierter "Proxyindikator"

Indikator*	Verlauf während Projektdurchführung (Ziel: Verlangsamung des Anstiegs)			
	2002	2005	2008	2012
Anteil der HIV-Infizierten an Bevölk. der 15-24-jährigen				
Eastern Cape	9,2 %	11,7 %	6,6 %	6,2 %
KwaZulu Natal	7,2 %	16,1 %	15,3 %	12,0 %
Mpumalanga	11,7 %	10,1 %	13,5 %	10,0 %

Datenquelle: Republic of South Africa - South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Surveys, 2008 & 2012

* durch Evaluierungsmission definiert

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: so sinken diese zum Beispiel nicht mehr, wenn die erfolgreiche Behandlung von HIV-Infizierten deren Lebensdauer verlängert (Anteil der tatsächlich Behandelten hat sich während der Projektlaufzeit mehr als verdoppelt; Senkung der AIDS-bedingten Todesfälle). Gleichzeitig steigt die Rate auch durch die frühzeitige Erkennung des HI-Virus durch steigende Testzahlen (u.a. Teil des Vorhabens). Die Daten aus den Zielprovinzen zeigen jedoch deutlich, dass im Projektverlauf nicht nur eine Verlangsamung des Anstiegs sondern eine Trendwende geschafft wurde: In allen drei Zielprovinzen deuten die Zahlen nach dramatischen Anstiegen auf einen Rückgang der Infektionsrate. Allerdings ist auch festzuhalten, dass KwaZulu Natal und Mpumalanga weiterhin landesweit die am schwersten betroffenen Provinzen sind.

Vom HCT-Ansatz des vorliegenden Vorhabens können zweierlei wesentliche Beiträge zu dieser Verringerung der Ansteckungsrate erwartet werden: direkt durch Verhaltensänderungen und indirekt durch den biologisch-präventiven Effekt der ARV-Behandlung. Voraussetzung dafür war in jedem Fall die Teilnahme der Bevölkerung an den Test- und Beratungsangeboten. Dass gerade diejenigen Gruppen durch das Vorhaben schlecht erreicht wurden, deren Verhalten besonders zu hohen Ansteckungsraten beiträgt (Männer, Hochrisikogruppen), beschränkt insofern die Wirksamkeit des Vorhabens für die HIV-Prävention trotz der beschriebenen Verbreitung von HCT in den Zielprovinzen. Solange verlässliche HIV-Schnelltests nicht überall durch Laienberater durchführbar waren, war das Erhalten von Testergebnissen ein weiteres entscheidendes Hindernis. In der Anfangsphase des Vorhabens standen Laborergebnisse erst nach zwei Wochen zur Verfügung. Viele Patienten kehrten nicht zurück, um Ergebnisse abzuholen. Die Verbreitung von Schnelltests parallel zum Vorhaben (etwa ab 2007) erleichterte dies erheblich.

Für jene mit negativem Testergebnis sollten Beratung und Kampagnen dazu beitragen, dass sie ihren negativen Status schützen. Tatsächlich ist der Einfluss negativer Ergebnisse auf risikobehaftetes Verhalten laut Literatur gering, trotz der erwähnten massiven Ausweitung landesweiter Kommunikationskampagnen. Jene mit positivem Testergebnis ändern ihr Verhalten laut verfügbarer Studien eher. Entscheidend für diese Gruppe ist jedoch vor allem die erfolgreiche Übernahme in Behandlung. Die Verknüpfung von HCT mit Folgemaßnahmen wurde von den Gesprächspartnern an den Projektstandorten durchweg positiv beurteilt: Laborkapazität und ARV-Verfügbarkeit waren insgesamt angemessen. Dennoch gingen etliche positiv Getestete verloren, da nach (Schnell-)Tests oft eine Übergabe vom Laienberater an Arzt oder Krankenschwester nötig war und da vor Behandlungsbeginn in jedem Fall eine Laboranalyse gemacht wurde.

Trotz vorhandener Herausforderungen beim Schritt von HCT zu HIV-Prävention ist festzuhalten, dass niemand mit ARV behandelt wird, ohne vorher getestet worden zu sein, und dass öffentliche Kliniken zur Zeit des Vorhabens einen Großteil der HCT-Standorte insgesamt ausgemacht haben. Zudem ist, wie von anderen Gebern bestätigt, bei HCT in Kliniken die Verknüpfung zu Folgemaßnahmen deutlich einfacher als bspw. bei mobilen HCT-Ansätzen. Es kann insofern fest davon ausgegangen werden, dass der unter "Effektivität" beschriebene Beitrag des Vorhabens zur Verbreitung von HCT in Kliniken dazu beigetragen hat, die Voraussetzungen für die massive Ausweitung der ARV-Behandlung zu schaffen. Diese Behandlung ist nicht nur lebensrettend für die Betroffenen. Ihre Verbreitung ist durch die Verringerung der Viruslast und somit geringere Ansteckungsgefahr inzwischen auch als wichtiger HIV-Präventionsansatz anerkannt, gerade dort wo riskantes Verhalten sich hartnäckig hält.

Der Projektansatz war also in Verbindung mit der parallelen konsequenten Ausweitung der ARV-Verfügbarkeit geeignet, zur Erreichung des Oberziels und zur Trendwende im Kampf gegen HIV/AIDS in den Zielprovinzen erheblich beizutragen.

Die erreichten übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen entsprechen voll den Erwartungen.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2

Nachhaltigkeit

Die Verbreitung von HCT, die Verringerung von Neuinfektionen und die Ausweitung der ARV-Behandlungen im Projektzeitraum haben sich gemäß den verfügbaren Daten auch in den Jahren nach Projektabschluss fortgesetzt. Wie schon die Entwicklung während des Projektzeitraums ist auch der anhaltende Fortschritt seither einer Reihe von Ursachen zuzurechnen. Der Sektorkontext entwickelte sich nachhaltig zu Gunsten der Projektziele, etwa durch kontinuierliche Verbesserung der Gesundheitspolitik, durch großangelegte Kampagnen zur Prävention von HIV/AIDS und durch die landesweite Anforderung an öffentliche Kliniken, weiterhin HCT anzubieten. Die Sektorentwicklung bietet weiterhin eine gute Grundlage für langfristig positive Wirkungen des Vorhabens.

Die Nachhaltigkeit der physischen Projektmaßnahmen hängt wesentlich von der Bauqualität ab. Diese wurde in der technischen Ex-post-Analyse von 43 Projektstandorten (siehe Abschnitt "Effizienz") untersucht und an 90 % der Standorte für akzeptabel befunden. Art und Umfang der an zahlreichen Standorten festgestellten Qualitätsmängel wurden im gegebenen Kontext als akzeptabel bewertet. Gemäß den damaligen wie aktuellen Gesprächen mit Klinikpersonal behindern technische Mängel nicht die zweckgemäße Nutzung der geschaffenen HCT-Räume. Die bei Evaluierung festgestellte Instandhaltung war gegenüber der technischen Analysemission an mehreren Standorten verbessert. Trotzdem sind für das Klinikpersonal lange Reparaturzeiten aufgrund von Budgetrestriktionen und wegen bürokratischer Meldeverfahren ein alltägliches Ärgernis. Die von der FZ mit dem Träger bei Abschlusskontrolle des Vorhabens besprochene Reorganisation der Wartung ist seither nicht vorangekommen. An einzelnen Standorten, wo das Vorhaben die Ausstattung von HCT-Räumen beinhaltete (bspw. Büromöbel), wurde die Ausstattung nur kurzfristig spezifisch für HCT genutzt und ging -wie zu erwarten- schnell in das allgemeine Klinikinventar über. Gleichzeitig profitierten an anderen Standorten die geschaffenen HCT-Räume von Folgeinvestitionen etwa in Klimaanlage oder in zusätzliche Gebäudeerweiterungen. Die technische Nachhaltigkeit ist somit insgesamt zufriedenstellend.

Für den nachhaltigen HCT-Betrieb ist eine zentrale Herausforderung die verlässliche Bereitstellung von geschultem Personal, insbesondere von Laienberatern, die oftmals aus Sondertöpfen oder von NGOs bezahlt werden statt aus langfristig verlässlichen Klinikbudgets. Es laufen derzeit Initiativen, um HCT-Laienberater für breitere Einsatzfelder und mehr Verantwortungsübernahme fortzubilden und dann als reguläres Gesundheitspersonal (bspw. "Assistenzpfleger/-schwester") zu übernehmen. Entsprechende Trainingsprogramme sind bislang nur in KwaZulu Natal pilothaft angelaufen, bieten aber die Chance auf eine Stärkung nachhaltiger HCT-Personalstrukturen und integrierter Gesundheitsversorgung. Nach derzeitigem Stand ist genug Personal verfügbar, um die geschaffenen Räume weiterhin für hochwertige HCT-Dienste zu nutzen.

Insgesamt wird die Nachhaltigkeit als gut bewertet.

Nachhaltigkeit Teilnote: 2

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.