

# Ex-post-Evaluierung – Tansania



**Sektor:** Gesundheit, Familienplanung, HIV/AIDS (CRS Kennung 13040)  
**Vorhaben:** Ko-Finanzierung Social Marketing von Kondomen und Kontrazeptiva, BMZ-Nr. 2005 65 796\*  
**Projektträger:** Gesundheitsministerium / Social Marketing Agentur



## Ex-post-Evaluierungsbericht: 2014

		Vorhaben (Plan)	Vorhaben (Ist)
Investitionskosten (gesamt)	Mio. EUR	27,9 Mio.	28,63 Mio.
Eigenbeitrag	Mio. EUR	2,5 Mio.	0,68 Mio.
Kofinanzierung anderer Geber	Mio. EUR	17,4 Mio.	19,95 Mio.
Finanzierung	Mio. EUR	8,0 Mio.	8,00 Mio.
davon BMZ-Mittel	Mio. EUR	8,0 Mio.	8,00 Mio.

\*) Vorhaben in der Stichprobe 2014

**Kurzbeschreibung:** Geplant war die Weiterentwicklung des seit 1993 von der Social Marketing Agentur betriebenen Social Marketing Programms zur HIV/AIDS-Prävention und Familienplanung. Als Kofinanzierung mit der Royal Netherlands Embassy (RNE) und mit Mitteln des Global Fund sollten die Social Marketing Aktivitäten durch den FZ-Finanzierungsbeitrag insbesondere auf weitere ländliche Regionen ausgeweitet werden. Neue Marken moderner Kontrazeptiva sollten entwickelt und auf den Markt gebracht werden, um die chronische Unterversorgung der sexuell aktiven Bevölkerung durch ein kostengünstiges privates Angebot abzumildern. Weitere Maßnahmen betrafen die Durchführung von Wissens-, Einstellungs- und praktischen Studien, Werbekampagnen und Verbesserung von Kenntnisstand, Einstellung und Verhalten der Bevölkerung.

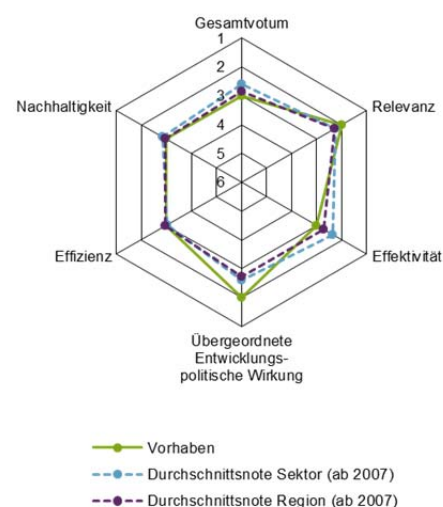
**Zielsystem:** Durch die verbesserte Bereitstellung von Kondomen und Kontrazeptiva und die Durchführung von Kommunikationsmaßnahmen sollte die Zielgruppe besser über HIV/AIDS, andere sexuell übertragbare Erkrankungen und ungewollte Schwangerschaften und deren Prävention informiert werden und sich besser vor HIV/AIDS, sexuell übertragbaren Krankheiten bzw. ungewollten Schwangerschaften schützen können (Projektziel). Damit sollte ein Beitrag zur Senkung der HIV-Prävalenzrate und zur Verringerung der Zahl ungewollter Schwangerschaften geleistet werden (Oberziel).

**Zielgruppe:** Sexuell aktive und durch Armut betroffene Bevölkerung Tansanias. Speziell adressiert wurden HIV-Risikogruppen sowie Jugendliche im Alter von 15-24 Jahren. Bei allen Maßnahmen wurde spezieller Wert auf die Erreichbarkeit von Frauen gelegt.

## Gesamtvotum: Note 3

**Begründung:** Hohe Relevanz, eine zufriedenstellende Erreichung der Projektziele und der übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen führen bei einer etwas schwächeren Effizienz zu einer insgesamt zufriedenstellenden Bewertung.

**Bemerkenswert:** Trotz umfangreicher Anstrengungen sowohl von öffentlicher Seite als auch von Geberseite im Bereich Familienplanung seit Anfang der 1990er Jahre und kostenloser Bereitstellung von Kontrazeptiva konnte keine grundlegende Verringerung der hohen Geburtenrate erreicht werden. Dies unterstreicht die kulturellen und religiösen Faktoren und wirft die Frage nach der richtigen Herangehensweise für dieses Thema auf. Die in Nachfolgephasen initiierte Kombination von öffentlichen Gesundheitsdiensten und Social Marketing im Bereich Familienplanung, insbesondere in ländlichen abgelegenen Regionen, scheint vor diesem Hintergrund vielversprechend und stellt die Innovationsfähigkeit des Projektträgers unter Beweis.



## Bewertung nach DAC-Kriterien

### Gesamtvotum: 3

Das Vorhaben zeichnet sich durch eine hohe Relevanz und einen guten Beitrag zu den entwicklungspolitischen Wirkungen aus. Die Ergebnisse für die Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit sind zufriedenstellend. Insgesamt fallen die Teilbewertungen für die Komponente der sexuellen und reproduktiven Gesundheit nicht so positiv aus wie für die HIV/AIDS-Präventionskomponente, so dass das Vorhaben insgesamt mit der Note 3 bewertet wird.

### Relevanz

Das Projektziel des Vorhabens stimmte mit den Prioritäten der Partnerregierung und der tansanischen Familienplanungspolitik überein. Es orientierte sich stark an dem "National Multi-Sectoral Strategic Framework for HIV/AIDS" (NMSF) und der nationalen Armutsreduzierungsstrategie, die auch heute zu den Schwerpunkten der Gesundheitspolitik Tansanias zählen. Weiterhin entspricht der Projektansatz den internationalen entwicklungspolitischen Prioritäten, insbesondere dem MDG 6 (Bekämpfung von HIV/AIDS), MDG 5 (Verbesserung der Müttergesundheit) und MDG 3 (Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und Stärkung der Rolle der Frauen).

Die für das Projekt zugrunde gelegte Wirkungskette ist weitgehend plausibel. Zielgruppe für die generische Aufklärungsarbeit war die sexuell aktive Bevölkerung des Landes. Die Vermarktungsmaßnahmen sollten speziell auf Jugendliche und HIV-Hochrisikogruppen ausgerichtet sein, wobei insbesondere auf das Erreichen von Frauen Wert gelegt wurde. Zudem sollten die Projektmaßnahmen speziell auf die eher arme Bevölkerung zugeschnitten sein. Aufgrund der insgesamt landesweiten Verbreitung von HIV/AIDS und der hohen landesweiten Fertilitätsrate (beide mit enormen regionalen Unterschieden) sind die Projektmaßnahmen und die regionale und zonale Aufstellung des Projektträgers sehr relevant. Die Fertilitätsrate liegt in ländlichen Regionen mit 6,1 Kindern/Frau deutlich höher als in Städten mit 3,7 Kindern/Frau, während die HIV-Prävalenz in Städten höher ist als in ländlichen Regionen (7,2 % versus 4,3 %, aber absolute Anzahl an Personen mit HIV/AIDS in ländlichen Regionen höher). Bei dem Projektkonzept wurde dies aus heutiger Sicht nicht hinreichend berücksichtigt. Der Social Marketing-Ansatz stößt im dünn besiedelten ländlichen Raum, wo Aufklärungskampagnen besonders kostenintensiv sind und wenig formale Vermarktungsstrukturen bestehen, an seine Grenzen.

Während zu Beginn des Projekts wie geplant Maßnahmen zur Prävention von HIV/AIDS im Vordergrund standen, wurde parallel die Entwicklung von Marken für moderne Kontrazeptiva (insbesondere Pille und Kondommarke für Familienplanung) begonnen. Dies scheint vor dem Hintergrund relevant, dass über die Maßnahmen zur HIV/AIDS-Prävention auch allgemeine Informationen zu reproduktiver Gesundheit verbreitet wurden, um generell für moderne Familienplanungsmethoden zu sensibilisieren.

Die SM-Aktivitäten im Bereich HIV/AIDS erfolgen komplementär zu dem staatlichen Programm und sind Bestandteil der multisektoralen Strategie für HIV/AIDS. Die HIV/AIDS-Kommission (TACAIDS) koordiniert die Aktivitäten der Geber und Nichtregierungsorganisationen. Die Aktivitäten zu Familienplanung werden direkt mit dem Gesundheitsministerium (Reproductive and Child Health Section) koordiniert. Das Gesundheitsministerium und die SM-Agentur haben zu diesem Zweck eine Vereinbarung unterzeichnet.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Projektziel damals wie heute noch sehr relevant ist. Jedoch wäre aus heutiger Sicht eine stärkere konzeptionelle Unterscheidung zwischen HIV/AIDS-Prävention und Prävention von unerwünschten Schwangerschaften sinnvoll gewesen. Im Laufe des Projekts und in den Folgephasen wurde das Konzept weiterentwickelt und alternative Kommunikations-, Verteilungs- und Vermarktungsstrukturen besonders für moderne Familienplanungsmethoden einbezogen (Basisgesundheitsseinrichtungen, private Kliniken, "Outreach Teams").

### Relevanz Teilnote: 2

## Effektivität

Projektziel war es, eine Verbesserung von Kenntnisstand, Einstellung und Verhalten der Bevölkerung hinsichtlich der Risiken von HIV/AIDS und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten, Vermittlung von Wissen hinsichtlich der Vermeidung dieser Krankheiten und unerwünschter Schwangerschaften sowie Verbesserung der Nachfrage nach und der Versorgung mit preisgünstigen, qualitativ hochwertigen Kontrazeptiva zu erreichen. Die folgende Tabelle zeigt die zur Bewertung verwendeten Projektzielindikatoren:

Indikatoren /Soll	Bewertung Ex-post-Evaluierung/IST
(1) Anzahl der verkauften Kondome (St). Soll: - 2009: 83,63 Mio. - 2006 - 2009: 305 Mio.	- 2009: etwa 70 Mio. Kondome - 2006 - 2009: etwa 300 Mio. Kondome - 2013: etwa 90 Mio. Kondome (beinhaltet "stock out" von 2012) → Indikator im Wesentlichen erfüllt, Gesamtmarkt stark gewachsen.
(2) Verkauf oraler Kontrazeptiva Soll: 1,6 Mio. während Projektimplementierung.	Etwa 1 Mio. verkaufte orale Kontrazeptiva während Projektimplementierung (außerhalb des Vorhabens: etwa 5 Mio. über weitere SM-Agentur). Verkaufte orale Kontrazeptiva in 2013: 1,3 Mio. (In 2010: 0,56 Mio.). → Indikator nicht erfüllt, aber insgesamt steigender Verkauf oraler Kontrazeptiva über Social Marketing.
(3) Anzahl der Männer und Frauen zw. 15-24 J., die ein Kondom beim letzten Geschlechtsverkehr nutzten: a) Männer: 50 % (2009) b) Frauen: 38 % (2009)	a) Männer 15-24 J.: 58,7 % (THMIS 2011/2012) b) Frauen 15-24 J.: 57,6 % (THMIS 2011/2012) (Werte beziehen sich auf nicht verheiratete Frauen und Männer). → Indikator erfüllt.
(4) Entwicklung der Paarverhütungsjahre (CYP)	2008: 3,05 Mio. CYP (davon über Vorhaben vertrieben: 0,45 Mio.) 2010: 3,1 Mio. CYP (davon über Vorhaben vertrieben: 0,7 Mio.) 2012: 4,05 Mio. CYP (davon über Vorhaben vertrieben: 1,0 Mio.) Hintergrundinformation: etwa 20 Mio. Personen im Alter von 15 bis 49 J. → Anstieg der gesamten CYP/Jahr. Zunehmende Diversifizierung der modernen Methoden zur Familienplanung
(5) Verbreitung Kondome (Land). Berechnung: Bei einer Zufallsstichprobe werden alle ländlichen Verkaufsstellen nach Kondomverfügbarkeit überprüft und so die Verbreitung von Kondomen ("penetration") ermittelt.	2006: 40 %; 2011: 48 % → Anstieg der Marktdurchdringung von Kondomen. (für andere Kontrazeptiva liegen keine Daten vor)

\*Schätzungen für 2010, National Bureau of Statistics, June 2013

Differenzierter Indikator zur Verwendung von Kondomen bei Risikoverhalten:

Kondomnutzung beim letzten Geschlechtsverkehr in den letzten 12 Monaten a) mit nicht ehelichem, nicht "cohabiting" Partner	Kondomnutzung in Prozent (THMIS)		
	2003/2004	2007/2008	2011/2012
Frauen zwischen 15 und 49 Jahren	38,0	42,8	-
Frauen zwischen 15 und 24 Jahren	41,7	46,3	54,6
Männer zwischen 15 und 49 Jahren	49,7	53,3	-
Männer zwischen 15 und 49 Jahren	47,1	49	56,8
<b>b) bei bezahltem Sex</b>			
Männer zwischen 15 und 49 Jahren	58,0	59,9	52,9

Auch wenn die angestrebten Verkaufszahlen sowohl für Kondome als auch orale Kontrazeptiva nicht durchgehend erreicht wurden, ist positiv zu werten, dass die Nutzung von Kondomen nicht nur bei unverheirateten Jugendlichen, sondern auch bei Geschlechtsverkehr mit hohem Risiko zugenommen hat. Auch ist der Anteil an modernen Kontrazeptiva wie Implantaten und Spritzen, die von Frauen vermehrt nachgefragt werden, steigend. Dies wurde bei den Feldbesuchen bestätigt. Jedoch wirken kulturelle und religiöse Faktoren nach wie vor hemmend auf die Verwendung moderner Kontrazeptiva. Frauen haben weiterhin eine untergeordnete Stellung und können kaum selber über die Anzahl der gewünschten Schwangerschaften entscheiden.

### Effektivität Teilnote: 3

#### Effizienz

Der Durchführungszeitraum der Maßnahme betrug wie vorgesehen 4 Jahre, jedoch kam es zu Beginn zu einer zeitlichen Verzögerung von 6 Monaten. Für die kosteneffiziente Durchführung des Vorhabens werden u.a. folgende Kennwerte herangezogen:

Kennwert /Soll	Bewertung EPE/IST
(1) Kosten*/verkauftem SM-Produkt. Sollwert für 2009: a) Kosten*/Kondom: 0,095 USD b) Kosten*/oralem Kontrazeptivum: 1,20 USD	a) 0,160 USD (2009); 0,090 USD (2013) b) keine Daten verfügbar  → Indikator für Kondome nicht während der Projektlaufzeit erreicht, aber seit 2010 Annäherung an Zielwert (in Folgephase).
(2) Gesamtkosten für CYP (alle Kontrazeptiva)**. Sollwert: < 10 USD	2011: 33 USD, 2012: 10,5 USD, 2013: 10 USD  → Indikator weist positiven Trend auf.
(3) Gesamtkostendeckung Kondome: Bei Projektprüfung vorgesehen: 8,5 %	Gesamtkostendeckung Kondome: Zielwert während Projektlaufzeit erreicht. (In der Folgephase trotz vermehrter Aktivitäten in ländlichen Gebieten angestiegen). 2010: 8 %; 2011: 24 %; 2012: 15 %; 2013: 15 %.  Gesamtkostendeckung andere Kontrazeptiva: sehr gering 2010: 1 %; 2011: 1 %; 2012: 10 %; 2013: 2 %.

\* Kosten für Beschaffung und Vermarktung

\*\* Wert bezieht sich auf die Gesamtkosten des FZ-Vorhabens, die auf alle über das Vorhabens vertriebenen SM-Kontrazeptiva umgelegt werden

Für ein Paar-Verhütungsjahr (CYP) Kondome wenden die Endverbraucher für die günstigste SM-Kondommarke etwa 4,85 USD auf. Dieser Preis liegt unter dem laut Chapman-Index errechneten maximalen Preis von 5,3 USD. Die teureren SM-Marken kosten pro CYP 7,28 USD bzw. 9,70 USD. Der Verkaufspreis des günstigsten SM-Kondoms ist somit für die ärmere ländliche Bevölkerung angemessen. Privat vermarktete Kondome (Rough Rider, Durex) kosten ein Vielfaches davon (etwa 50 USD/CYP). Die Kosten pro CYP für die SM-Pille betragen 2,7 USD. Auch diese Kosten scheinen für die arme ländliche Bevölkerung angemessen bzw. leicht übersubventioniert, jedoch für die städtische Bevölkerung deutlich übersubventioniert.

Das Vertriebssystem wird von 5 zonalen und 15 regionalen SM-Teams unterstützt. In den letzten Jahren wurde es von einer "Push"-Strategie in Richtung "Pull"-Strategie weiterentwickelt (Vermarktung mehrheitlich an bestehende Vermarktungsstrukturen abgegeben; Eigenmarke etwas weniger im Vordergrund). Der Vertrieb erfolgt über ein enges Kontrollsystem mit regionalen Verteilern, welche die Produkte von der Hauptstadt in die Regionen transportieren und dafür eine Transportpauschale von der SM-Agentur erhalten. Über Groß- und Einzelhändler (teilweise auch lokale NRO) gelangen die Produkte an den Endverbraucher. Der Preis für die Kondome und andere Kontrazeptiva wird von der SM-Agentur vorgegeben und von den Händlern angabegemäß eingehalten.

Der Marktanteil kommerzieller Kondome ist mit nur 2 % sehr gering. In 2012 stammten 62 % der in Tansania verteilten und vertriebenen Kondome aus dem SM-Markt, 36 % wurden über das Gesundheitsministerium kostenlos verteilt. Laut Statistiken des Demographic and Health Survey (DHS 2010) entspricht die

Aufteilung des Marktes allerdings nicht der tatsächlichen Nutzung: etwa 83 % der Befragten nutzten bei dem letzten Geschlechtsverkehr ein SM-Kondom, nur 9,6 % der Befragten ein kostenfreies Kondom, wenn ein Kondom genutzt wurde. Sofern von korrekten Angaben der Befragten ausgegangen werden kann (die Nutzung von Gratiskondomen wird nicht so gerne zugegeben), so belegt dies eine höhere Nutzungsrate der SM-Kondome.

Hinsichtlich anderer moderner Kontrazeptiva wird der Markt vom öffentlichen Gesundheitssystem dominiert (in 2012 wurden etwa 65 % der oralen Kontrazeptiva über das öffentliche Gesundheitssystem verteilt). Doch nimmt der SM-Markt an Bedeutung zu, auch gefördert durch häufige Versorgungsengpässe im öffentlichen Sektor. Bei Dreimonatsspritze, Spiralen und Implantaten stößt der SM-Markt jedoch an Grenzen, da diese bislang nur über "zugelassene" Anbieter vertrieben werden dürfen. Wichtige Verteiler des Netzwerkes der SM-Agentur besonders in peri-urbanen und ländlichen Regionen sind bislang davon ausgenommen (sog. ADDO, accredited drug dispensing outlets).

Die SM-Agentur besitzt weiterhin die Rechte an den von ihr entwickelten Marken für Kondome und Kontrazeptiva. Sie investiert ferner in eine weitere Diversifizierung ihrer Markenstruktur für Kondome, so dass über teurere SM-Kondommarken, die preislich an das Niveau kommerzieller Marken heranreichen sollen, die günstigeren SM-Marken quersubventioniert werden können. Bei Kommunikationsaktivitäten stehen noch immer die SM-Marken im Vordergrund, wodurch eventuell das Image der Minderwertigkeit insbesondere der frei verteilten Produkte gefördert wird.

Ob eine Reduzierung des hochsubventionierten Vertriebs von SM-Kondomen zugunsten kostenlos verfügbarer Kondome sinnvoll ist, kann mit den vorliegenden Informationen nicht abschließend bewertet werden, da keine Vergleichswerte für die Kosten-/Nutzenrelation des öffentlichen Gesundheitssystems vorliegen. Mehrere Gesprächspartner der Evaluierungsmission vertraten die Meinung, dass die Beteiligung der Verbraucher an den Kosten der Kontrazeptiva sinnvoll ist, da damit eine höhere Nutzungsrate der verteilten Kondome erreicht wird (Allokationseffizienz). Nur an die wirklich ärmsten Bevölkerungsschichten sollten kostenlose Kontrazeptiva verteilt werden, auch vor dem Hintergrund der knappen Finanzen im Gesundheitssektor. Das genaue "targeting" stellt jedoch eine große Herausforderung dar. Eine effiziente Aufklärungsarbeit und Versorgung kann ggf. auch nur über eine deutlich engere Verzahnung von öffentlichem System und Social Marketing-Ansatz erreicht werden. Auf Grund der eher schwachen Produktionseffizienz (Beschaffungs- und Vertriebskosten) kombiniert mit einer guten Allokationseffizienz wird die Effizienz des Vorhabens mit zufriedenstellend bewertet.

### Effizienz Teilnote: 3

## Übergeordnete Entwicklungspolitische Wirkungen

Oberziel des Vorhabens war es, einen Beitrag zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit durch Verringerung von HIV-Infektionen und zur Verringerung der Zahl unerwünschter Schwangerschaften bei Gewährleistung individueller Entscheidungsfreiheit zu leisten. Folgende Indikatoren werden als Orientierungsgröße zur Bewertung herangezogen:

Indikator	Situation bei der Evaluierung
(1) Rückgang der HIV/AIDS-Prävalenz a) Gesamtdurchschnitt: 7 % (2005) b) Frauen 15-49 J.: 7 % (2008) c) Männer 15-49 J.: 6,0 % (2008)	a) Gesamtdurchschnitt: 5,1 % (2011/2012), b) Frauen 15-49 J.: 6,2 % (THMIS 2011/2012) c) Männer 15-49 J.: 3,8 % (THMIS 2011/2012) → Langsam bzw. deutlich abnehmende Tendenz
(2) Reduzierung der Geburtenrate (TFR) Status 2005: 5,7 Kinder/ Frau (15-49 J.)	2002: 6,3; 2003/05: 5,7; 2008/10: 5,4 → Langsam abnehmende Tendenz: Zielwert der tansanischen Regierung für 2015: 5,2.
(3) Kontrazeptive Prävalenz (nur moderne Kontrazeptiva, verheiratete Frauen). Ziel der Tansanischen Regierung für 2012*: 30 %	2005: 19,5 (DHS); 2010: 27 % (DHS) → Der Wert hat sich seit 1991/92 fast vervierfacht und liegt mittlerweile etwas über dem subregionalen Durchschnitt (9 Länder).

\*Midterm Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic Plan III 2009-2015, 2013

Das Vorhaben leistete einen direkten Beitrag zu MDG 6. Die HIV-Prävalenz ist in den letzten Jahren gesunken, obgleich die mit der antiretroviralen Therapie einhergehende lebensverlängernde Wirkung dem



entgegenwirkt. Aufgrund einer sinkenden HIV-Inzidenz bei der Altersgruppe der 15-49-jährigen (1992: 1,34 %, 2000: 0,64 %; 2012: 0,32 %) ist davon auszugehen, dass sich die positive Tendenz bei der Prävalenzrate fortsetzen wird. Ein wichtiger Beitrag des Vorhabens (und der SM-Agentur) ist die Tatsache, dass die Nutzung von Kondomen "normal" wurde ("we made the condom use normal"). Dies stellte angesichts der kulturellen und religiösen Vorbehalte (Muslime, Katholiken) eine enorme Herausforderung dar. Die Akzeptanz der SM-Kondommarke Salama in der Bevölkerung ist hoch. Salama wurde in Suaheli als neuer Begriff für Kondom eingeführt (Salama bedeutet Sicherheit in Suaheli).

Das Vorhaben hat auch einen Beitrag zur verbesserten reproduktiven Gesundheit geleistet, der jedoch hinter den Erwartungen zurückblieb. Die Entwicklung und Markteinführung weiterer Marken für Familienplanung hat mehr Zeit in Anspruch genommen als ursprünglich vorgesehen. Die Geburtenrate sinkt nur langsam. Der ungedeckte Bedarf an Kontrazeptiva ist mit 20 % für verheiratete Frauen weiterhin sehr hoch. Zudem scheint die Aufklärung und auch Verfügbarkeit an modernen Familienplanungsmethoden insbesondere in abgelegenen Regionen unzureichend zu sein. Auch das Thema der Selbstbestimmung der Frau über den eigenen Körper und die Sexualität ist, insbesondere vor dem Hintergrund kultureller und religiöser Faktoren, noch nicht umfassend genug aufgegriffen worden. Aufgrund der innerhalb relativ kurzer Zeit erreichten Wirkungen des Vorhabens auf die Reduzierung der HIV/AIDS-Prävalenzrate und der wichtigen Weichenstellungen zur Erhöhung der kontrazeptiven Prävalenz (Etablierung des Markennamens "Familia" für alle modernen Familienplanungsmethoden, die über die SM-Agentur angeboten werden; Markteinführung der Pille und eines Kondoms für Ehepaare unter diesem Markennamen) wird die übergeordnete entwicklungspolitische Wirkung insgesamt mit gut bewertet.

### Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2

#### Nachhaltigkeit

Die tansanische Regierung hat im November 2013 ihre dritte multisektorale Strategie für HIV/AIDS für die Jahre 2013/14 bis 2017/18 (NMSF III) veröffentlicht. Der Prävention von HIV/AIDS kommt darin weiterhin eine hohe Bedeutung zu. Eine ausgewogene Versorgung mit Kondomen (sowohl kostenloser als auch verkaufter Kondome) soll für alle Zielgruppen sichergestellt werden. Unklar ist die finanzielle Nachhaltigkeit dieser Strategie. Etwa 71 % der Mittel für HIV/AIDS stammen laut NMSF III von bi- und multilateralen Gebern, allen voran USAID und Global Fund. Allein die USA stellen mehr als 70 % der Geberfinanzierung im HIV/AIDS-Bereich (362 Mio. USD/Jahr). Vor dem Hintergrund sinkender Gebermittel steht die tansanische Regierung vor der enormen Herausforderung, eine nachhaltige Finanzierungsstrategie zur Bekämpfung von HIV/AIDS zu entwickeln. Es bleibt abzuwarten, ob das derzeitige, günstige wirtschaftliche Wachstum (4 % p.c. und Jahr) dazu genutzt wird, die noch immer hohe Geberabhängigkeit in den nächsten Jahren zu reduzieren. Ferner ist das Subventionselement für SM-Produkte sehr hoch - hier ist für die kommenden Jahre keine deutliche Änderung zu erwarten - dies obgleich der steigende Anteil der SM-Produkte am Gesamtmarkt für Kondome die Bereitschaft der Verbraucher belegt, einen gewissen Eigenanteil zu zahlen. Dieser ist in Zukunft noch ausbaufähig. Dennoch werden die Aufklärungs- und Verkaufsaktivitäten auch zukünftig auf erhebliche externe Finanzierung angewiesen sein.

Ein wichtiger Schritt für die institutionelle Nachhaltigkeit der Familienplanungskomponente ist die Weiterentwicklung des Spektrums an modernen Kontrazeptiva. Dies wird über zwei Strategien umgesetzt: (1) Ausweitung des Netzwerkes von privaten Dienstleistern für Familienplanung in städtischen Gebieten über Social Franchise und (2) kostenlose Familienplanungsdienste über sog. „outreach teams“ in ländlichen, schwieriger zu erreichenden und unterversorgten Regionen. Allerdings erfolgt die Finanzierung dieser Aktivitäten noch weitgehend extern.

Die SM-Agentur arbeitet sehr professionell. Ihr Personal fluktuiert kaum und ist hoch motiviert. Die Agentur unterhält gute Beziehungen zur konkurrierenden SM-Agentur, den staatlichen Trägern und Institutionen und hat eine Schlüsselposition in wichtigen Gremien des öffentlichen Gesundheitssektors zu HIV/AIDS und Familienplanung. Die SM-Agentur hat es bisher geschafft, neue Themenfelder und Geber zu erschließen und damit eine gewisse Nachhaltigkeit der Agentur sicherzustellen. Durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung, Anpassung und Verzahnung mit der weiteren SM-Agentur kann die institutionelle Nachhaltigkeit als relativ gut eingestuft werden.

#### Nachhaltigkeit Teilnote: 3

### 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.