

# Ex-post-Evaluierung – Uganda

>>>

**Sektor:** Bekämpfung von sexuell übertragbaren Krankheiten, einschließlich HIV/AIDS (13040)  
**Vorhaben:** Programm zur Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten III, BMZ-Nr. 2001 65 308\*  
**Programmträger:** Ugandisches Gesundheitsministerium (MoH) / Social Marketing Agentur



## Ex-post-Evaluierungsbericht: 2015

	(Plan)	(Ist)
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR	6,06	6,29
Eigenbeitrag**) Mio. EUR	0,56	0,81
Finanzierung Mio. EUR	5,50	5,48
davon BMZ-Mittel Mio. EUR	5,50	5,48

\*) Vorhaben in der Stichprobe 2015; \*\*) Verkaufseinnahmen Kondome / STD-Voucher

**Kurzbeschreibung:** Mit dem FZ-Serienvorhaben sollten Neuinfektionen mit HIV und Geschlechtskrankheiten (Sexually Transmitted Diseases/STD) in Uganda verringert werden. In Phase III (2005-12) des im Jahr 1995 begonnenen Programmes wurden hierfür landesweit das Social Marketing von Kondomen sowie Aufklärungs- und Werbekampagnen, die der Bevölkerung den richtigen Umgang mit HIV/AIDS nahe legen, unterstützt. Zudem wurde als Pilotansatz ein Gutscheinsystem für die Diagnose und Behandlung von STD im Südwesten Ugandas finanziert.

**Zielsystem:** Durch die (A) zielgruppenadäquate Bereitstellung von Kondomen und die Durchführung von Kommunikationsmaßnahmen sollte sich die Bevölkerung landesweit besser vor einer Infektion mit HIV und anderen STD schützen können. Mit den (B) Behandlungsgutscheinen für STD-Patienten sollten vor allem arme Bevölkerungsgruppen Zugang zum Angebot von vor Ort ansässigen privaten Gesundheitseinrichtungen erhalten. Mit dieser Pilotmaßnahme sollten ferner Impulse für den Aufbau eines nachhaltigen Gesundheitsfinanzierungssystems in Uganda gesetzt werden.

**Zielgruppe:** Zielgruppe war die Bevölkerung Ugandas zwischen 15 und 49 Jahren, wobei der Fokus auf junge Frauen und Mädchen sowie Risikogruppen gerichtet war bzw. - bei der Pilotkomponente - auf die sexuell aktive Bevölkerung im Südwesten des Landes.

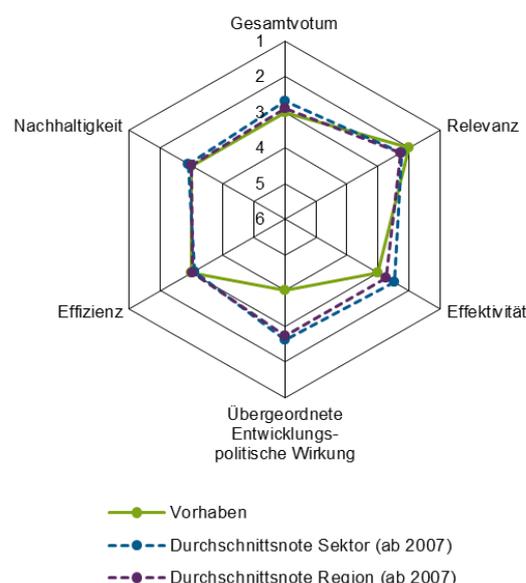
## Gesamtvotum: Note 3

**Begründung:** Obwohl die Social Marketing Maßnahme nicht im erwarteten Umfang zur Prävention von HIV/AIDS beigetragen hat und insofern die übergeordnete Wirkung als nicht mehr zufriedenstellend bewertet wurde, wird aufgrund des innovativen Charakters des erfolgreich durchgeführten Gutschein-Pilotvorhabens insgesamt eine zufriedenstellende Gesamtnote vergeben.

### Bemerkenswert:

Nach stark fallender Tendenz der HIV-Prävalenzrate in den 90er und 2000er Jahren steigt diese seit 2010 wieder an.

Angesichts der Verfügbarkeit von medikamentöser Behandlung von HIV/AIDS fallen die Handlungsanreize auf individueller und makro-ökonomischer Ebene auseinander: Der Einzelne hat einen geringeren Ansporn zur Vermeidung einer HIV/AIDS-Ansteckung. Dagegen hat der ugandische Staat ein sehr großes Interesse, die Aufwendungen für HIV/AIDS zu beschränken, die rd. ein Drittel des nationalen Gesundheitsbudgets ausmachen. Die allein für die Behandlung von HIV/AIDS anfallenden und bisher größtenteils extern finanzierten Kosten übertreffen bereits heute das insgesamt zur Verfügung stehende nationale Gesundheitsbudget bei Weitem.



# Bewertung nach DAC-Kriterien

## Gesamtvotum: Note 3

### Relevanz

Die Oberziele des Vorhabens, sowohl die Übertragung von HIV/AIDS als auch von Geschlechtskrankheiten um jeweils 25 % zu senken, entsprachen zum Zeitpunkt der Projektprüfung und entsprechen auch heute noch den gesundheitspolitischen Prioritäten der ugandischen Regierung. Die Regierung orientiert sich an den entsprechenden regionalen Initiativen wie Abuja Declaration (2001), Maputo Plan of Action (2006), Africa Health Strategy (2007-15), die alle Maßnahmen für einen universellen Zugang zu Dienstleistungen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit beinhalten. Der Projektansatz stimmt zudem mit den deutschen und internationalen entwicklungspolitischen Prioritäten überein, insbesondere MDG 3 (Gleichstellung der Geschlechter und Stärkung der Rolle der Frauen) und MDG 6 (Bekämpfung von HIV/AIDS).

Zur Bewertung der dem Projekt zugrunde gelegten Wirkungsketten muss nach Komponenten unterschieden werden: (A) Die zielgruppenadäquate Bereitstellung von erschwinglichen Kondomen guter Qualität in Zusammenhang mit Aufklärungsmaßnahmen hatte das Potenzial, die Zielgruppen - insbesondere HIV-Risikogruppen - besser vor einer Ansteckung mit HIV/AIDS und anderen STD zu schützen. Die Relevanz einschränkend wirkte sich hier der Fokus auf den Absatz der "eigenen" Kondommarke anstelle der Förderung der Gesamtmarktentwicklung aus. (B) Durch Maßnahmen zur Sensibilisierung hinsichtlich STD, die eine "Eintrittspforte" für HIV/AIDS-Infektionen darstellen, und Vermarktung subventionierter STD-Voucher wurde potenziell für einen bisher wegen eingeschränkter Zahlungsfähigkeit ausgeschlossenen Teil der Bevölkerung Zugang geschaffen zu Beratung, medizinischer Diagnose und Behandlung von STD inklusive HIV/AIDS. Mit dem im Konzept verankerten Zwang zum Kauf zweier Voucher, die damit den/die Partner/in mit einschlossen, wurde ein innovatives Konzept zur "Paarbehandlung" eingeführt. Dieser konzeptionellen Stärke steht die Vernachlässigung des "total market approach" als Schwäche entgegen, so dass die Relevanz insgesamt mit noch gut bewertet wird.

### Relevanz Teilnote: 2

### Effektivität

Projektziele waren, die Zielgruppe mit preisgünstigen und hochwertigen Kondomen zu versorgen, neue Konzepte zur effizienten und effektiven Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen zu entwickeln, signifikante Änderungen im Sexualverhalten zu erzielen und diskriminierende Verhaltensformen gegenüber der von HIV/AIDS betroffenen Bevölkerung zu vermindern. Die Erreichung der bei Projektprüfung definierten Ziele kann wie folgt zusammengefasst werden:

Indikator	Status PP	Ex-post-Evaluierung
(1a) Absatz von insgesamt 42 Mio. FZ-finanzierten Kondomen (Lifeguard) über Projektlaufzeit (1b) Der ugandische Gesamtmarkt für Kondome ist gewachsen	2006: (1a) 18 Mio. Lifeguard-Kondome (1b) 105 Mio. Kondome insgesamt	(1a) 45 Mio. Lifeguard-Kondome verkauft → Zielvorgabe erfüllt (1b) 82 Mio. Kondome insgesamt im Jahr 2012; Gesamtmarktverlauf stagniert bzw. ist rückläufig*) → Indikator nicht erfüllt
(2a/b) Verkauf und Rückerstattung von 35.000 STD-Voucher	--	(2a) Verkauf: 39.878 STD-Voucher (2b) Rückerstattung: 31.658 (79 %) → Indikator zu 90 % erfüllt

(3) Anteil Frauen / Männer zwischen 15 - 49 Jahren, die beim letzten Geschlechtsverkehr mit nicht regulärem Partner ein Kondom benutzt haben, erhöht sich	2006: 35 % der Frauen 59 % der Männer	2011: 36 % der Frauen 58 % der Männer → Indikator nicht erfüllt
(4) Anteil junger Menschen zwischen 15 - 24 Jahren erhöht sich, die bei letztem Geschlechtsverkehr ein Kondom benutzt haben	2006: 40 % der Frauen 56 % der Männer	2011: 54 % der Frauen 63 % der Männer → Indikator erfüllt
(5) Anteil junger Menschen zwischen 15 - 24 Jahren, die wissen, dass Kondome und der ausschließliche Geschlechtsverkehr mit einem nicht-infizierten Partner vor HIV/AIDS schützen, erhöht sich	2006: 68 % der Frauen 79 % der Männer	2011: 74 % der Frauen 79 % der Männer → Indikator bei Frauen erfüllt / bei Männern nicht
(6) Anteil 15-49-jähriger Frauen / Männer, die wissen, dass der Gebrauch von Kondomen vor einer HIV-Infektion schützt, steigt	2006: 70 % der Frauen 84 % der Männer	2011: 79 % der Frauen 84 % der Männer → Indikator bei Frauen erfüllt / bei Männern nicht
(7) Anteil der Zielgruppen, die diskriminiert werden oder stigmatisierende Ansichten haben, verringert sich	--	Herangezogene Proxy-Indikatoren**) belegen deutliche Abnahme der Diskriminierung von HIV-Positiven → Indikator erfüllt
(8a/b) Bei verheirateten Frauen zwischen 15 - 49 Jahren hat sich die kontrazeptive Prävalenzrate erhöht und ungedeckter Bedarf an Familienplanung gesenkt	2006: (8a) kontrazeptive Prävalenzrate: 24 % (8b) ungedeckter Bedarf an Familienplanung: 38 %	2011: (8a) kontrazeptive Prävalenzrate: 30 % (8b) ungedeckter Bedarf an Familienplanung: 34 % → Indikator erfüllt

\*) Quellen: Studie zur Kondommarktentwicklung (UNFPA-PSI 2012), National Condom Programming Strategy 2013-2015, Ministry of Health of the Republic of Uganda; DHS Uganda 2006 und 2011; \*\*) Bereitschaft einen HIV-positiven Angehörigen im eigenen Haus zu versorgen; Bereitschaft, den Infektionsstatus eines Angehörigen gegenüber dem sozialen Umfeld preiszugeben

Die Projektzielindikatoren wurden nur zum Teil erreicht. Der Gesamtmarkt für Kondome stagniert. Wesentliche gesellschaftliche Trends, die hinter den oben aufgeführten Indikatoren stehen, zeigen zwar in die richtige Richtung: Der Kenntnisstand über die Möglichkeit, durch Nutzung eines männlichen Kondoms eine Infektion zu vermeiden, ist relativ hoch. Die Stigmatisierung von HIV-positiven Menschen hat deutlich abgenommen. Es gibt auch Anzeichen für Fortschritte bei der sexuellen Selbstbestimmung von Frauen. Gleichzeitig sind jedoch positive Veränderungen beim Sexualverhalten von Männern nur in geringem Umfang zu verzeichnen. Diesem erforderlichen, grundlegenden Wandel stehen mittlerweile durch die Verfügbarkeit Anti-Retroviraler Therapie (ART) veränderte Anreize entgegen. HIV-Infektion ist kein solches "Schreckgespenst" mehr wie in der Vergangenheit, so dass eine Verhaltensänderung weniger überlebenswichtig erscheint.

Bezüglich des Voucher-Systems ist positiv zu vermerken, dass es angenommen wurde und ärmere Bevölkerungsgruppen an Test und Behandlung heranführte. In knapp 80 % der Fälle wurde auch die angestrebte "Paarbehandlung" erreicht. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung zur Heilung von STD und den künftigen Schutz vor einer Ansteckung mit einer STD bzw. HIV/AIDS. Deshalb wird die Effektivität insgesamt mit zufriedenstellend bewertet.

### Effektivität Teilnote: 3

#### Effizienz

Zur Messung der Effizienz des Vorhabens wird zwischen Produktions- (Output/Euro) und Allokationseffizienz (Wirkung/Euro) unterschieden. Ferner wird nach den Komponenten A (knapp 60 % der FZ-Mittel) und B (rd. 40 % der FZ-Mittel) differenziert.

Der gesamte Durchführungszeitraum der Maßnahmen betrug mit rd. 8 Jahren deutlich länger als die geplanten 3,5 Jahre. Dies resultiert vornehmlich aus den Zeitverzögerungen bei der Vorbereitung der Pilotkomponente (B), die zur Akkreditierung der privaten Dienstleister auf eine lückenhafte staatliche Informationsbasis und weitere diesbezüglich unerfahrene Dienstleister (für Monitoring und Abrechnung) aufbauen musste.

Der Vertrieb der Social Marketing-Kondome (Marke "Lifeguard") erfolgte bis auf Subdistriktebene durch die Social Marketing-Agentur (SMA) selbst. Dies erforderte einen relativ hohen Personaleinsatz bei eingeschränkter Reichweite (landesweit vier Teams mit je zwei Personen) und erfolgte parallel zu der Vermarktung anderer Social Marketing-Kondome (zwei weitere SMA), die in weiten Teilen vergleichbare Marktsegmente abdeckten. Diese Marktsituation bedingte einen starken, der Gesamtmarktentwicklung vor allem aus Kostengründen eher abträglichen Wettbewerb um Marktanteile. Die Markenrechte der subventionierten Social Marketing-Kondome liegen bei der jeweiligen SMA. Insgesamt teilten sich die drei SMA rd. 25 bis 35 % des Gesamtmarktes (Ausnahme 2010: knapp 50 %, da starker Einbruch bei kostenlosen Kondomen und dadurch Gesamtmarkttrückgang um mehr als ein Viertel). Im Schnitt werden 60 - 70 % des Marktes durch kostenlose Kondome abgedeckt, 2 % durch 16 verschiedene kommerzielle Marken im Hochpreissegment.

Der Endkundenpreis des Social Marketing-Kondoms "Lifeguard" (FZ-gefördert) liegt 2015 bei rd. 0,31 EUR (3er Pack) und machte im Zeitraum 2006-12 den größten Anteil der Social Marketing Kondome aus<sup>1</sup>. Der Preis der weiteren Social Marketing-Marke "Protector" liegt heute bei rund 0,15 EUR ebenso wie für die 3er-Packung "Trust" - mit dem kleinsten Social Marketing-Verkaufsanteil. Damit liegen die aktuellen Endkundenpreise für ein Paarverhütungsjahr für zwei der drei Social Marketing-Marken knapp unter dem Chapman-Index von 1 % des durchschnittlichen BIP pro Kopf. Die Kosten für das Lifeguard-Kondom betragen knapp 2 % dieses Durchschnittswertes - einem Preis der den vornehmlich urbanen Vermarktungsregionen angepasst ist. Die beiden günstigeren Marken sind für diesen Raum eher übersubventioniert, da die dortige arme Bevölkerung vor allem auf Gratis-Angebote zurückgreift. Ebenso scheint die ländliche Bevölkerung vornehmlich auf die kostenlos bereitgestellten Kondome zurückzugreifen oder z.T. auch gar keinen Zugang zu Kondomen zu haben. Die erwähnte Übersubventionierung ist sicher mit bedingt durch den Kampf um Marktanteile im Social Marketing-Segment. Die während der Projektumsetzung erfolgten Preisanpassungen von "Lifeguard" liegen über der Inflationsrate (2006-11: rund 166 %) und spiegeln auch den realen Anstieg des BIP/Kopf wider.

Rd. 19 % der Gesamtkosten der SMA wurden bei Komponente (A) durch Verkaufseinnahmen für Kondome gedeckt. Die Kosten der SMA zur Bereitstellung eines Kondoms (d.h. ohne Händlermargen, die rd. 95 % des Endpreises ausmachen) belaufen sich auf rd. 9 EUR-Cent - ein im afrikanischen Kontext eher niedriger Wert. Bei der Pilotkomponente zur STD-Prävention und -Behandlung liegen die Verkaufseinnahmen bei 0,4 % der Gesamtkosten der Komponente und die unmittelbaren Kosten für die Gesundheitsdienstleistungen bei 11,45 USD je Behandlung; letzteres entspricht knapp 20 % der Gesamtkosten der Pilotkomponente (je verkauftem Voucher: 44 USD). Angesichts der erforderlichen umfassenden Anlaufaktivitäten zur Auswahl und Qualitätsabsicherung bei den 28 akkreditierten Dienstleistern scheint dieser Wert noch angemessen.

<sup>1</sup> Marktstudie Kondome, PACE u.a., 2012

Negativ auf die Allokationseffizienz wirkt sich aus, dass (A) während der Projektlaufzeit der Gesamt kondommarkt nicht ausgeweitet werden konnte - auch der Einbruch bei kostenlosen Kondomen konnte nicht durch Social Marketing-Kondome wettgemacht werden. Sehr positiv dagegen ist die mit 13 Monaten kurze Umsetzungszeit der Pilotkomponente (B) zu werten, die auf einen großen Bedarf schließen lässt. Zusammenfassend wird die Effizienz des Vorhabens angesichts des Schwerpunktes der Komponente (A) als gerade noch zufriedenstellend bewertet.

**Effizienz Teilnote: 3**

### Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Oberziele des Vorhabens waren, sowohl die Übertragung von HIV/AIDS als auch von Geschlechtskrankheiten zu senken. Folgende Indikatoren werden zur Bewertung herangezogen:

Indikator	Status PP	Ex-post-Evaluierung
(1) Senkung der Prävalenzrate von HIV/AIDS um 25 %	2005: 6,4 %	2011: 7,3 %, 2013: 7,4 % → Indikator nicht erfüllt
(2a) Senkung der STD-Prävalenzrate um 25 % (2b) Zunahme ihrer Behandlung	2006: (2a) 22 % Frauen / 13 % Männer hatten in den letzten zwölf Monaten STD-Symptome (2b) davon ließen sich 63 % Frauen / 73 % Männer medizinisch behandeln (2a) Syphilis-Prävalenzrate bei 15-49-jährigen: 3,1 % (2004/05)	2011: (2a) 27 % Frauen / 14 % Männer hatten in den letzten zwölf Monaten STD-Symptome (2b) davon ließen sich 69 % Frauen / 67 % Männer medizinisch behandeln → Teil-Indikator nicht erfüllt (2a) Syphilis-Prävalenzrate bei 15-49-jährigen: 1,8% → Teil-Indikator erfüllt

Quellen: HIV and Aids Uganda Country Progress Report 2013, UNAIDS; 2011 Uganda AIDS Indicator Survey 2012; DHS 2006 und 2011

Insgesamt wurden die angestrebten entwicklungspolitischen Wirkungen nicht erreicht: Nachdem die HIV-Prävalenz über 15 Jahre rückläufig war, ist sie seit 2010 auf über 7 % geklettert. Wesentliche Gründe für diesen Anstieg sind unserer Einschätzung nach die lebensverlängernde medikamentöse Behandlung von HIV-positiven Menschen, die über das öffentliche Gesundheitswesen kostenlos zugänglich ist, die zunehmende Inzidenz sowie ggf. auch die vom Staat stark geförderten HIV-Tests in Kombination mit der verbesserten Erfassung von relevanten Daten. Dadurch sind HIV/AIDS als Krankheit und die an ihr infizierten Menschen auch sichtbarer geworden.

Die Möglichkeit der Behandlung von HIV/AIDS und der kostenlose Zugang zu ART haben zu einer spürbaren Entdämonisierung der Krankheit und einem angstfreien Umgang mit den an ihr infizierten Menschen geführt. HIV/AIDS ist in Uganda zu einer Krankheit wie jede andere geworden, wodurch das Sexualverhalten anscheinend durch größere Nachlässigkeit geprägt wird. Im Zuge dieser Entwicklung nehmen die Infektionen deutlich zu: Seit 2010 verzeichnet Uganda zwischen 130.000 und 150.000 Neuinfektionen im Jahr, woraus sich eine Inzidenz von rd. 0,4 % abschätzen lässt (belastbare Zahlen liegen nicht vor). So werden an sogenannten "hot spots" wie Landstraßen, die in Nachbarländer führen, aktuell Prävalenzzahlen zwischen 9 und 19 % gemeldet. Insbesondere junge Menschen gehören zu den Betroffenen der Infektion.

Bezüglich des Voucher-Systems ist positiv hervorzuheben, dass es mit diesem Pilotvorhaben gelungen ist, vorhandene private Kapazitäten für Gesundheitsdienstleistungen zugunsten der Zielgruppe zu mobilisieren und damit ein Vorbild zu entwickeln, das mittlerweile in weiteren Vorhaben in Uganda kopiert wird. Dennoch werden die übergeordneten Wirkungen insgesamt als nicht mehr zufriedenstellend gewertet.

**Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 4**

## Nachhaltigkeit

Zur Bewertung werden die Nachhaltigkeit der Wirkungen an sich wie auch die finanzielle und strukturelle Nachhaltigkeit hinterfragt. Auch hier muss z.T. nach Komponente (A) und (B) differenziert werden.

Das Fortbestehen von entwicklungspolitischen Wirkungen ist nur in Teilbereichen gegeben. Die seit 2010 steigende Zahl der HIV-Neuinfektionen verdeutlicht eine während der Projektlaufzeit erfolgte Trendwende. Die auf Projektzielebene erreichten Verhaltensänderungen (Komponente A) sind - nach aktuellen Aussagen und Beobachtungen vor Ort - weiter eingebrochen und Präventionsmaßnahmen rückläufig, insbesondere bei jungen Menschen, welche die eindringlichen Aufklärungskampagnen der 90er und 2000er Jahre nicht miterlebt haben. Da die unter 30-Jährigen rund 70 % der Bevölkerung ausmachen, ist die Gesamtentwicklung besorgniserregend. Das Bewusstsein für den Bedarf an fortwährender Aufklärung ist unter den Akteuren im Gesundheitswesen gegenwärtig so groß wie die Ratlosigkeit zu der Frage, welche Kommunikationsstrategien unter den aktuellen Bedingungen zu einem verantwortungsbewussteren Sexualverhalten beitragen könnten.

Das Problem hierbei sind die völlig gegensätzlichen Handlungsanreize: Durch den kostenlosen Zugang zu ART ist der Ansporn für den Einzelnen, sein Verhalten zu ändern, gering. Für den ugandischen Staat hingegen ist die ART-Bereitstellung schon heute aus eigener Kraft unbezahlbar; er hängt diesbezüglich zu 90 % "am Tropf der Geber" und kann sich eine weiter steigende Prävalenz nicht leisten. Dabei musste das Land 2012 das Achtfache an Budgetmitteln von dem aufwenden, was zur Bekämpfung und Behandlung von Malaria - der häufigsten Todesursache in Uganda - eingesetzt wurde. Werden diese Aufwendungen zur Bekämpfung und Behandlung auf die Anzahl der jeweiligen Fälle umgelegt, so machen die Aufwendungen pro HIV-infizierte Person knapp 40mal mehr aus als für einen Malariafall. Damit wird HIV-Prävention zu einer erneuten, weitaus komplexeren gesundheitspolitischen Herausforderung.

Dagegen ist die beobachtete Halbierung der Syphilis-Prävalenzrate zwar positiv zu bewerten, wird jedoch durch den aktuellen Ausbruch der ebenso zu den STD zählenden Hepatitis B/C in den Schatten gestellt. Die Verbreitung von STD insgesamt ist damit ungebremst, obgleich das Wissen über die Schutzfunktion von Kondomen mittlerweile weit verbreitet ist.

Die finanzielle Nachhaltigkeit ist dadurch beeinträchtigt, dass die positive Entwicklung der HIV/AIDS-Prävalenzrate in der letzten Dekade zu einer Abkehr der Geber und deutlich weniger Mitteln für Aufklärung geführt hat. Der weitgehend extern finanzierte bzw. subventionierte Kondommarkt stagnierte bzw. hat deutliche Einbrüche erlitten. Zudem haben sich die drei fortbestehenden SMA - angesichts der knapper werdenden Gebermittel - verstärkt auf die Vermarktung ihrer Marken konzentriert und z.T. Preise reduziert (Lifeguard heute 0,31 EUR/3-Pack im Vergleich zu 0,50 EUR 2012) - zulasten von Kommunikationsmaßnahmen.

Die Leistungen des Voucher-Systems sind mit Auslaufen der FZ-Finanzierung eingebrochen. Die z.T. zur Abwicklung der Voucher-Dienstleistungen erweiterten privaten Praxen (Patientenzunahme von 20 % bis hin zu einer Vervielfachung) mussten Personal abbauen - bestehen jedoch in vermindertem Umfang weiter. Die meisten "Voucher-Patienten", die sich nur durch den Erwerb der stark subventionierten Leistungen den Arztbesuch und die qualitativ abgesicherte Untersuchung, Beratung und Behandlung leisten konnten, sind nicht zur Stammkundschaft geworden. Grund sind deren eingeschränkte finanzielle Möglichkeiten. Diese Lücke wird durch oft schlecht ausgestattete öffentliche Gesundheitseinrichtungen oder einzelne Voucher-Nachfolgevorhaben nur z.T. aufgefangen.

Das Voucher-System hat jedoch die Wahrnehmung der Qualität der angebotenen Gesundheitsdienstleistungen deutlich gesteigert und den Gesundheitssektor insgesamt auf wichtige Aspekte langfristig orientierter Finanzierungssysteme vorbereitet (z.B. Akkreditierung von Dienstleistern, Setzung von Standards, Abrechnung von Leistungen). Nachfolgende Voucher-Vorhaben bieten nun auch öffentlichen Einrichtungen die Teilnahme an, sofern sie den geforderten Standards entsprechen. Aufgrund des Modellcharakters dieser Pilotkomponente, die den Weg für neue Möglichkeiten aufgezeigt hat, wie den Herausforderungen im Gesundheitssektor begegnet werden kann, wie auch aufgrund der fortbestehenden Strukturen wird die Nachhaltigkeit als noch zufriedenstellend bewertet.

### 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.