DISKUSSIONSBEITRÄGE

Social Marketing- und Social Franchising-Ansätze zur Förderung von HIV-Prävention und Familienplanung

LEITFADEN FÜR VORHABEN DER FINANZIELLEN ZUSAMMENARBEIT

KfW ENTWICKLUNGSBANK

Herausgeber
KfW Bankengruppe
Konzernkommunikation
Palmengartenstrasse 5-9
60325 Frankfurt am Main
Telefon 069 7431-0
Telefax 069 7431-2944
www.kfw.de

Redaktion
KfW Entwicklungsbank
Kompetenzzentrum Gesundheit, Bildung und soziale Sicherung

Autor
Dr. Nicole Rudner
im Auftrag der KfW Entwicklungsbank
Kompetenzzentrum Gesundheit, Bildung und soziale Sicherung

Fotos:
Mona Ahmed
Rosa Eckle
Klaus Hornetz

Frankfurt am Main, Dezember 2010

VORWORT

Das anhaltende Bevölkerungswachstum und die Ausbreitung der HIV/AIDS Epidemie gefährden in vielen Entwicklungsländern bisherige Entwicklungserfolge und stellt Staaten und die globale Gemeinschaft vor große Herausforderungen. Neben dem unermesslichen menschlichen Leid, welches HIV/AIDS in die Familien der Betroffenen trägt, werden die Bemühungen zur Reduzierung von Armut durch das Abrutschen von Bevölkerungsschichten unter die Armutsgrenze erheblich verlangsamt. Die Finanzielle Zusammenarbeit (FZ) verfügt mit den Konzepten des Social Marketing und des Social Franchising über erfolgreiche Instrumente, die traditionelle Ansätze der Familienplanung wirkungsvoll ergänzen und breitenwirksam zur Prävention von HIV/AIDS beitragen. Mit diesen Ansätzen setzt die KfW Entwicklungsbank den weitaus größten Anteil am Finanzierungsvolumen der bilateralen deutschen Entwicklungszusammenarbeit für HIV/AIDS-Bekämpfung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit um.

Der vorliegende Diskussionsbeitrag stellt eine komplette Überarbeitung der Arbeitshilfe von 2001 und deren Ergänzung zu Monitoring und Indikatoren von 2003 dar. Seither haben sich nicht nur die politisch-strategischen Grundlagen für HIV/AIDS-Prävention und sexuelle und reproduktive Gesundheit deutlich verändert, sondern auch das FZ-Instrumentarium in Form des Social Marketing und Social Franchising Ansatzes wurde erheblich weiter entwickelt. In Sinne der Sicherung der fachlichen Qualität der FZ-Vorhaben informiert die Arbeitshilfe über den aktuellen *State of the Art* hinsichtlich der Auslegung der Vorhaben, ihrer Durchführungskonzeption, der Vertragsgestaltung und dem Monitoring.

Die Arbeitshilfe wurde von Frau Dr. Nicole Rudner im Auftrag des KC Gesundheit, Bildung und soziale Sicherung erstellt. Allen an der Diskussion Beteiligten wird für die konstruktive Beteiligung gedankt.

Dr. Klaus Müller

L II b Frankfurt am Main, Dezember 2010

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung....1
HIV/AIDS-Bekämpfung....1
Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) / Familienplanung (FP)....2

2. Konzepte und aktuelle Entwicklungen....3
2.1 Social Marketing (SM)....3
2.2 Regionalvorhaben....6
2.3 Social Franchising (SF)....7
2.4 Angebot zur Ergänzung von öffentlichem und privatem Sektor....7

3. Konzeptionelle Ausgestaltung von Vorhaben....9
3.1 Ziele und Indikatoren....9
3.2 Zielgruppe....12
3.3 Durchführungsorganisation....13
3.4 Durchführung....15
3.4.1 Maßnahmen....15
3.4.2 Beschaffung....16
3.4.3 Vertrieb....17
3.4.4 Marketing / Verhaltensänderungskampagnen (BCC)....18
3.4.5 Begleitforschung....20
3.4.6 Dienstleistungen (Social Franchising - SF)....21
3.5 Kosten und Finanzierung....22
3.5.1 Kostenstruktur....22
3.5.2 Benchmarks für Kosten und Effizienz....24
3.6 Entwicklungspolitische Wirksamkeit....25
3.6.1 Wirkungsketten für HIV/AIDS und Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR)....25
3.6.2 Gender und Armut....27
3.6.3 OECD/DAC-Evaluierungskriterien....28

4. Ausblick....30

ANLAGEN

Anlage 1	Übersicht über laufende Social Marketing (SM)/Social Franchising (SF)-Vorhaben in der Finanziellen Zusammenarbeit (FZ)
Anlage 2	Log Frame Matrix für Social Marketing
Anlage 3	Vertragsgestaltung mit der Social Marketing-Agentur (SMA)
Anlage 4a	Kosten- und Finanzierungsplan für Social Marketing
Anlage 4b	Kostenvergleich von Social Marketing-Vorhaben
Anlage 5	Beispiele für Terms of References (ToR) für Zwischenevaluierungen
Anlage 6	Glossar
Anlage 7	Links zu einschlägigen Publikationen und Internetseiten
Anlage 8	Adressen einschlägiger Organisationen
Anlage 9	Literaturhinweise

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (franz. SIDA)
AIMAS	Agence Ivoiriene de Marketing Social
AK	Abschlusskontrolle
ART	Antiretrovirale Therapie (zur HIV-Behandlung)
ARV	Antiretrovirale Medikamente
BCC	Behaviour Change Communication
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BZGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CPR	Contraceptive Prevalence Rate
CYP	Couple Year of Protection
DAC	Development Assistance Committee
DALY	Disease-Adjusted Life Years
DFID	Department for International Development (UK)
DHS	Demographic and Health Survey (franz: EDS)
DKT	DKT International
DSW	Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
ECOWAS	Economic Community of West African States
EL	Entwicklungsland
EPA	DAC-Kennung “Entwicklungspolitische Ausrichtung”
EU	Europäische Union
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
FGM	Female Genital Mutilation
FP	Familienplanung
FZ	Finanzielle Zusammenarbeit
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IEC	Information, Education, Communication
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IUD	Intrauterine devices (“Spirale”)
JSI	John Snow International
KAP	Knowledge, Attitude, Practice
KfW	KfW Entwicklungsbank
MAP	Measuring Access and Performance
MDG	Millennium Development Goal
M&E	Monitoring und Evaluierung
MIS	Management Information System
MSA	DAC-Kennung "Übergreifende Armutsbekämpfung auf Makro- und Sektorebene"
MSI	Marie Stopes International
MSM	Men who have sex with men
NRO	Nichtregierungsorganisation
OBA	Output Based Aid
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PEPFAR	U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief
PLWHA	People living with HIV and AIDS

PMTCT	Preventing Mother-To-Child Transmission
PSI	Population Services International
PV	Programmvorschlag
QSE	Querschnittsevaluierung
SF	Social Franchising
SHA	DAC-Kennung „Selbstorientierte Armutsbekämpfung“
SM	Social Marketing
SMA	Social Marketing-Agentur
SRGR	Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte
STD	Sexually Transmitted Disease
SUA	DAC-Kennung “Sonstige unmittelbare Armutsbekämpfung“
SWAp	Sector Wide Approach (Korb- und Sektorbudgetfinanzierung)
ToR	Terms of Reference
TFR	Total Fertility Rate
TMA	Total Market Approach
TRaC	Track Results Continuously
UN	United Nations
UNAIDS	UN Agentur zur HIV/AIDS-Bekämpfung
UNFPA	United Nations Population Fund
USAID	US Agency for International Development
VCT	Voluntary Counselling and Testing
WB	World Bank
WHO	World Health Organisation

1. Einleitung

Das vorliegende Diskussionspapier stellt eine komplette Überarbeitung der Arbeitshilfe von 2001 und deren Ergänzung zu Monitoring und Indikatoren von 2003 dar. Seither haben sich zahlreiche neue Entwicklungen sowohl in der HIV/AIDS-Bekämpfung als auch im Bereich Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) ergeben. Auch das Social Marketing (SM)-Konzept hat sich entsprechend der sektoralen Dynamiken weiter entwickelt. Das vorliegende Diskussionspapier informiert über den aktuellen *State of the Art* hinsichtlich der Auslegung der Vorhaben, ihrer Durchführungskonzeption, der Vertragsgestaltung und dem Monitoring.

HIV/AIDS-Bekämpfung

Im Jahr 2008 galten rund 33 Millionen (Mio.) Menschen weltweit als HIV-infiziert, etwa zwei Drittel davon leben in Subsahara-Afrika, wo die Epidemie nach wie vor am stärksten verbreitet ist.[1] Die absolute Zahl der HIV-Infizierten ist seit 2000 gestiegen, ihr Prozentsatz jedoch gleich geblieben. Die Zahl der Neuinfektionen fiel von 3,0 Mio. 2001 auf 2,7 Mio. 2008. Insgesamt kann man von einer Stabilisierung der Epidemie sprechen, jedoch auf einem viel zu hohen Niveau. In einigen Ländern, besonders Subsahara-Afrikas, sind die HIV-Prävalenzraten rückläufig, was gemeinhin auf erfolgreiche Präventionsprogramme und Verhaltensänderung zurückgeführt wird. In anderen Ländern wiederum steigen die Infektionsraten an. Weltweit liegt der Anteil HIV-infizierter Frauen seit einigen Jahren stabil bei 50%. In Afrika - und zunehmend Lateinamerika - hingegen ist eine Feminisierung der Epidemie erkennbar, dort sind überdurchschnittlich stark junge Frauen betroffen.

Eine neue Entwicklung, die 2002 mit der Gründung des Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria (GFATM) einsetzte, ist die Bereitstellung von antiretroviralen Medikamenten (ARV) zu subventionierten Preisen für arme Länder. In nur sechs Jahren hat sich die Zahl der HIV-infizierten Menschen unter antiretroviraler Therapie (ART) in Mittel- und Niedrigeinkommensländern auf fast 3 Mio. verzehnfacht und zeigt ihre Wirkung: Seit zwei Jahren ist die Zahl der AIDS-Sterbefälle rückläufig. Vorrangige Finanziers der ART sind - neben dem GFATM - die Weltbank (WB) über ihr „Multisektorales Aidsprogramm“ und die US-Regierung über ihr HIV/AIDS-Programm „PEPFAR - U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief“. Für einige Jahre hatte der Fokus auf die Behandlung von AIDS die HIV-Präventionsbemühungen in den Hintergrund gedrängt. Dieser Trend wurde jedoch inzwischen wieder korrigiert.

Die gesellschaftlichen Folgen von HIV/AIDS sind nach wie vor verheerend. Frauen tragen die Hauptlast der Versorgung Kranker, vor allem in Afrika. Die makroökonomischen Folgen der Epidemie sind jedoch nach gegenwärtigen Schätzungen geringer als noch 2001 angenommen: In Hochprävalenzländern kann die Epidemie das Wirtschaftswachstum um ca. 0,5-1,5% senken – das ist ein erheblicher Schaden, aber keine Katastrophe. Gleichwohl wurde für einige afrikanische und vor allem asiatische Länder nachgewiesen, dass HIV/AIDS zu einem Absinken einiger Bevölkerungsschichten unter die Armutsgrenze führt und die Bemühungen zur Reduzierung von Armut erheblich verlangsamt werden.

[1] Die geschätzte Zahl von HIV-Infizierten wurde von UNAIDS 2007 nach unten korrigiert (33 Millionen statt wie bisher angenommen 40 Millionen). Die Korrektur entspricht nicht einem veränderten Epidemieverlauf sondern verbesserten Erfassungs- und Berechnungsmethoden. 70% der Veränderung gehen auf Anpassungen in sechs Ländern zurück, allen voran Indien, danach Angola, Kenia, Mosambik, Nigeria und Simbabwe. Die Zahlen der Vergangenheit wurden retrospektiv angepasst, um Trends weiterhin erfassen zu können.

Die UN Agentur zur HIV/AIDS-Bekämpfung (UNAIDS) geht davon aus, dass langfristiger Erfolg in der HIV/AIDS-Bekämpfung nur möglich ist, wenn die gesellschaftlichen Ursachen für die Epidemie thematisiert und verändert werden. Dies setzt einen Fortschritt bei der Reduzierung von Menschenrechtsverletzungen voraus, besonders von Genderungleichgewicht, Stigmatisierung und Diskriminierung. Gleichberechtigung der Geschlechter sollte daher ein Standardelement in HIV/AIDS-Programmen sein.

Effektive HIV-Prävention wird laut UNAIDS am besten durch einen Methodenmix erreicht, der auf die spezifische epidemische Situation in einem Land oder einer Region abgestimmt ist. Die Verfügbarkeit von Kondomen gehört ebenso dazu, wie umfassende Aufklärung (IEC – Information, Education, Communication), gezielte Verhaltensänderungskampagnen (BCC – Behaviour Change Communication), Zugang zu medizinischer Versorgung und HIV-Tests einschließlich Beratung (VCT – Voluntary Counselling and Testing), männliche Beschneidung, die Einhaltung der Menschenrechte und die Bekämpfung von Stigmatisierung.

Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) / Familienplanung (FP)

Die Weltbevölkerung umfasst 2010 rund 6,9 Milliarden (Mrd.) Menschen und hat sich im Laufe des 20. Jahrhunderts fast vervierfacht. Obwohl die jährliche Wachstumsrate bereits auf etwa 1,2% zurückgegangen ist, bedeutet das immer noch eine Zunahme der Weltbevölkerung um schätzungsweise 80 Mio. Menschen pro Jahr (2005-2015). Die Vereinten Nationen (UN) erwarten bei mittlerer Prognose eine Zunahme auf 8 Mrd. Menschen bis zum Jahr 2025. Afrika ist dabei der Kontinent mit dem stärksten Bevölkerungswachstum.

Die Weltbevölkerungskonferenz 1994 in Kairo setzte neue Maßstäbe in der Bevölkerungspolitik: 179 Staaten einigten sich darauf, dass fortan das Wohl und die Rechte des Einzelnen im Vordergrund internationaler Bevölkerungspolitik stehen sollten, insbesondere das Recht auf Sexuelle und Reproduktive Gesundheit (SRGR). Nur so könne das Bevölkerungswachstum verlangsamt, sowie eine nachhaltige wirtschaftliche Entwicklung und erfolgreiche Armutsbekämpfung gewährleistet werden. In einem weit reichenden Aktionsplan setzte sich die internationale Staatengemeinschaft das Ziel, einen weltweiten Zugang zu verschiedenen verlässlichen Familienplanungsmethoden und damit verbundenen Dienstleistungen zur Förderung der SRGR bis zum Jahr 2015 zu gewährleisten. Darunter fällt, neben medizinischer Versorgung während Schwangerschaft und Geburt, auch die Selbstbestimmung über die eigene Fortpflanzung. Grundsätzlich soll der gesellschaftliche Status der Frau verbessert werden, ihre Gleichberechtigung, Zugang zur Bildung und wirtschaftliche Unabhängigkeit vorangetrieben werden.

15 Jahre nach der Konferenz in Kairo sind einige Prozesse in Gang gekommen – Politiken sind verabschiedet und Rechte teilweise reformiert worden. Das Bevölkerungswachstum hat sich abgeflacht. Der Anteil verheirateter Frauen, die verhüten ist weltweit von 56% auf 62% gestiegen. Doch die Herausforderungen sind enorm und die Zielerreichung scheint in weiter Ferne, denn die neuen Richtlinien bleiben in vielen Ländern ohne signifikante Wirkungen (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung - DSW 2009), zum Beispiel:

- in Subsahara-Afrika verwenden nur 17% der verheirateten Frauen moderne Verhütungsmittel

- die Müttersterblichkeitsrate ist seit 1994 kaum gesunken, jedes Jahr sterben noch mehr als eine halbe Mio. Frauen an Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt
- Frühe Schwangerschaften und Kinderheirat sind in vielen Ländern verbreitet, jedes Jahr werden 14 Mio. Mädchen im Teenageralter schwanger.

SRGR hatte sowohl bei vielen Geberorganisationen, als auch in den Entwicklungsländern selbst keinen hohen Stellenwert im Vergleich zur HIV/AIDS-Finanzierung. Gravierende Auswirkungen hatte vor allem die restriktive FP-Politik der amerikanischen (US-)Regierung unter George W. Bush, die die Versorgung mit Verhütungsmitteln in einigen Entwicklungsländern stark einschränkte. Als Folge stieg die Zahl ungewollter Teenager-Schwangerschaften und problematischer Abtreibungen an. Fehlende Gelder sind eine weitere Hürde bei der Umsetzung des Kairoer Aktionsprogramms. Insbesondere für FP haben sich die Gebermittel seit 1994 drastisch verringert (von 720 Mio. amerikanischen Dollar (USD) auf USD 330 Mio. pro Jahr), unter anderem zugunsten der hohen Finanzierungen, die in die HIV/AIDS-Bekämpfung flossen.[2]

Inzwischen gibt es wachsende Übereinstimmung, dass zu viele Politiken, Programme und Initiativen potenzielle Verbindungen und Synergien zwischen SRGR und HIV/AIDS nicht systematisch aufgreifen – auf Kosten der Effektivität. In Grundsatzerklärungen wie dem *Glion Call to Action* (Mai 2004) und dem *New York Call to Commitment* (Juni 2004) propagieren internationale Geberorganisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) und deren Agentur zur HIV/AIDS-Bekämpfung (UNAIDS) die Verknüpfung von HIV/AIDS- und SRGR-Strategien auf internationaler Ebene. Dies wird als essentiell für die Erreichung internationaler Entwicklungsziele wie der Millenniumsentwicklungsziele (*Millennium Development Goals* - MDG) eingeschätzt. Die deutsche Bundesregierung griff das Thema während ihrer Doppelratspräsidentschaft in der Europäischen Union (EU) und der „Gruppe der Acht" (G8) 2008 erfolgreich auf. Politik des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) ist es, HIV-Bekämpfung mit Maßnahmen zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu verzahnen, um Synergien zu nutzen („linking" HIV und SRGR). Das Positionspapier des BMZ „Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik" (2008) stellt das Thema FP/SRGR unter das Leitprinzip der Menschenrechte und bekräftigt dabei einen geschlechtsspezifischen Ansatz.

Die Betonung der Verknüpfung von SRGR mit Menschenrechten ist inzwischen *State of the Art* in der internationalen Diskussion als Teil des Diskurses um das Recht auf Gesundheit (Right to Health).

2. Konzepte und aktuelle Entwicklungen

2.1 Social Marketing (SM)

Im Bereich HIV/AIDS-Prävention und Familienplanung (FP) ist Social Markteing (SM) eines der wichtigsten Instrumente der deutschen Finanziellen Zusammenarbeit (FZ). Die sozial vermarkteten Produkte werden mit Hilfe kommerzieller Marketingmethoden meist zu subventionierten Preisen über den formellen und informellen Privatsektor vertrieben. Dadurch soll eine möglichst breite Verfügbarkeit der Produkte – auch für ärmere Bevölkerungsschichten –

[2] DSW Datenreport 2009, S.5

gewährleistet werden. Eine angemessene Preisgestaltung sowie ein breites Vertriebsnetz sind wichtige Faktoren. Eine Social Marketing-Agentur (SMA) übernimmt das Marketing der Produkte: dazu gehören die Entwicklung eines für die Zielgruppen attraktiven Markennamens, Aufklärungskampagnen und Werbung, der Vertrieb der Produkte über den Privatsektor, Überwachung der Vertriebswege und die Qualitätssicherung. Die Erlöse aus den Verkäufen leisten einen Beitrag zur Finanzierung der Programme, so dass diese sich im Idealfall auch ohne externe Finanzierung eine Zeit lang selbst tragen können – im Unterschied zu Programmen, die Verhütungsmittel kostenlos abgeben. Information und Aufklärung der Bevölkerung sind die besten Möglichkeiten, die soziale Akzeptanz von HIV-Prävention und FP zu erhöhen.

> Social Marketing (SM) ist die Anwendung kommerzieller Marketingstrategien zur Erreichung sozialer Ziele. Im Unterschied zum kommerziellen Marketing geht es nicht in erster Linie um den Absatz von Produkten, sondern um die Verbreitung von Ideen, Werten und gesundheitsfördernden Verhaltensweisen. Der Vertrieb von Produkten, in diesem Fall von Kondomen und anderen Kontrazeptiva, geht einher mit am Nutzer ausgerichteter Aufklärung und dient letztlich der Förderung moderner Geschlechterrollen und eines risikoärmeren Sexualverhaltens. Es werden gezielt „Marken“ aufgebaut, orientiert an den Vorstellungen und Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe.

SM ist ein ergänzendes Angebot zu den öffentlichen Gesundheitsdiensten und ihren konventionellen Vertriebsstrukturen. In den Entwicklungsländern wird dieses Konzept seit über 25 Jahren vor allem von amerikanischen Nichtregierungsorganisationen (NRO) unter dem Begriff „soziale Vermarktung von Kontrazeptiva“ umgesetzt. Größter Förderer war ursprünglich die US-Regierung. Die deutsche FZ begann 1993 in Burkina Faso diesen Ansatz zu unterstützen, in vielen Ländern in Kooperation mit USAID, dem britischen „Department For International Development“ (DFID) und weiteren Finanziers.

Die FZ unterstützt SM- und Social Franchising (SF)-Vorhaben derzeit in 28 Ländern mit einem Gesamtvolumen von rund 350 Mio. Euro (EUR). Das Engagement in diesem Bereich hat sich damit seit 2001 nahezu verdoppelt. Ein Schwerpunkt der Zusammenarbeit liegt auf Subsahara-Afrika mit 17 Partnerländern (Asien mit 5 Ländern, außerdem Albanien und Jemen). Inzwischen gibt es auch vier Regionalvorhaben der HIV/AIDS-Bekämpfung, zwei in Lateinamerika und zwei in Afrika.

Das klassische Einsatzgebiet von SM in Subsahara-Afrika war meist die HIV-Prävention, in Asien hingegen die FP. In den letzten Jahren wurde die Kombination dieser beiden Gebiete von der KfW Entwicklungsbank (KfW) verstärkt vorangetrieben. Beispiele hierfür sind die Neuvorhaben in der Côte d’Ivoire, Burkina Faso und Tansania. Neben dem SM haben sich in der FZ weitere neue Ansätze im Bereich Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) und HIV entwickelt: SF und Output Based Aid (OBA, Finanzierung der Nachfrage von Gesundheitsdienstleistungen zum Beispiel über ein Voucher-System). Für letzteren Ansatz liegt eine separate Broschüre im Internet vor (http://www.kfw-entwicklungsbank.de/ebank/DE_Home/I/Download_Center/PDF-Dokumente_Sektoren-Berichte/Arbeitspapier_OBA_0907_end_Dt_07-09-21_2.pdf).

Die Konzeption von SM-Vorhaben hat sich über die Jahre weiter entwickelt:

- Mitte der 1990er Jahre (**erste Generation**) richtete sich die Aufmerksamkeit auf die Befriedigung der Nachfrage nach Kontrazeptiva (besonders in städtischen Ballungsgebie-

ten). Das Marketing konzentrierte sich – in enger Anlehnung an den Privatsektor – auf Produktwerbung, die über Massenmedien vermittelt wurde. Die Vertriebssysteme stützten sich hauptsächlich auf eigenes Vertriebspersonal, da besonders bei Kondomen große Überzeugungsarbeit geleistet werden musste, um diese ins Sortiment von Groß- und Einzelhandel aufnehmen zu lassen.

- **Zweite Generation**, etwa ab 2002: Mit wachsenden Verkaufszahlen, zunehmender Marktreife und Ausweitung des Vertriebsnetzes stieß die Vertriebslogistik bald an ihre Grenzen. Eine Änderung der Vertriebsstrategie von „push" zu „pull" wurde auch aufgrund starken Geberdrucks notwendig. Künftig wurde, statt mit hohem Aufwand das Produkt in den Markt „hinein zu pressen" (push), der Vertrieb weitgehend dem Groß- und Einzelhandel überlassen. Man konzentrierte sich auf Maßnahmen zur Steigerung der Nachfrage. Neben den Massenmedien spielten Kampagnen zur Information, Aufklärung und Erziehung (IEC) sowie Verhaltensänderung (BCC) eine zunehmend wichtige Rolle. Mit der Einführung von begleitender Forschung (zum Beispiel KAP-Studien – Knowledge, Attitude, Practice) erhielt man Aufschluss über Kenntnisse und Verhalten der Zielgruppe und war in der Lage, die Maßnahmen zielgerichtet deren Bedürfnissen anzupassen.
- Inzwischen kann man in manchen Ländern schon von einer **dritten Generation** von SM sprechen. Diese Vorhaben zeichnen sich dadurch aus, dass sie einen Total Market Approach (TMA) verfolgen. Neben dem Vertrieb der eigenen Marke, hat das Projekt den gesamten Markt und dessen Entwicklung im Blick. Entsprechend spielt Produktwerbung nur noch eine eingeschränkte Rolle und wird zunehmend durch IEC und BCC ersetzt. Beworben wird verstärkt die Nutzung von Kontrazeptive, wie beispielsweise in der Kampagne „Gib Aids keine Chance" der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA).

Dieses „Generationenmodell" ist als Orientierungsschema zu verstehen, in der Realität gibt es viele Mischformen. Nicht jedes SM-Vorhaben folgt zwangsläufig dieser Entwicklung. Aufgrund unterschiedlicher sozioökonomischer und sektorpolitischer Rahmenbedingungen der jeweiligen Länder, kann sich die Fortentwicklung eines Bereiches zugunsten eines anderen verzögern, zum Beispiel Vertrieb zugunsten Marketing. Auch gibt es SM-Organisationen wie die *Futures Group*, die von Beginn an auf das „Herstellermodell" setzte, das heißt den Vertrieb völlig dem Privatsektor überließ und sich auf das Marketing und die Subventionierung von Produkten konzentrierte.

Der **Total Market Approach** (TMA) beinhaltet die bessere Koordinierung aller verfügbaren Verteilungsmechanismen eines Landes für Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen – unabhängig davon, ob es sich um gratis bereitgestellte Kondome des öffentlichen Sektors, um subventionierte Social Marketing (SM)-Produkte oder um kommerzielle Marken des Privatsektors handelt. Ziel muss immer der angemessene Zugang und die sachgerechte Nutzung der Produkte (zum Beispiel Kondome) sein, was in den meisten Ländern eine Strategie erfordert, die sich aus allen drei Marktsegmenten zusammensetzt. Die Forderung nach einer Betrachtung des Gesamtmarktes ist in erster Linie im Geberdialog mit dem öffentlichen Sektor entscheidend, in zweiter Linie aber auch für SM-Vorhaben wichtig.

SM wird in der deutschen FZ grundsätzlich im Bereich der SRGR, insbesondere HIV-Prävention und FP eingesetzt. Die Konzeption der Vorhaben ist ähnlich, egal ob zur HIV-Prävention oder FP. Der Unterschied besteht im vermarkteten Produkt und den Vertriebswegen, sowie der größeren Nähe zum öffentlichen Sektor und engeren rechtlichen Vorgaben bei Verhütungsmitteln. In der Regel werden hormonelle Verhütungsmittel über pharmazeutische Großhändler und Apotheken vertrieben, das heißt weniger diversifizierte Vertriebsstellen als dies bei Kondomen der Fall ist. Zudem erfordern sie meist eine Verschreibung oder die Betreuung durch ausgebildetes medizinisches Personal (zum Beispiel zur Verabreichung von Dreimonatsspritzen oder zum Einsetzen von Spiralen). Systematischer umzusetzen ist die stärkere Verknüpfung von HIV- und SRGR-Aktivitäten („linking"), zum Beispiel im Rahmen der TORs und technischen Angebote der Consultants. Mögliche Fragestellungen sind: Möglichkeit einer Kondommarke für HIV Prävention und Verhütung, FP counselling im Rahmen von VCT (Voluntary Counselling and Testing), umfassende Aufklärung im Rahmen generischer Kampagnen, et cetera).

Im Prinzip lässt sich SM überall dort einsetzen, wo Verhaltensänderungen im Sinne der öffentlichen Gesundheit erforderlich sind. In einigen Vorhaben wurden neue Produkte wie das Frauenkondom eingeführt, das jedoch bislang ein sehr eingeschränktes Nutzerinnenprofil hat (in der Regel Prostituierte) und zudem teurer ist als das herkömmliche Kondom. Teilweise wurden Vorhaben auch auf andere SRGR-Themen ausgeweitet, wie weibliche Genitalverstümmelung (FGM – Female Genital Mutilation) oder Produkte für die Mutter-Kind-Gesundheit wie Moskitonetze, Wasserreinigungstabletten und Rehydratationssalz gegen Durchfallerkrankungen.

2.2 Regionalvorhaben

Der Social Marketing (SM)-Ansatz wird seit 2002 um Regionalvorhaben in Zentralamerika, der Karibik, Zentralafrika und Westafrika (ECOWAS-Region) ergänzt. Regionalvorhaben entstanden aus der Überlegung heraus, spezifische grenzübergreifende Zielgruppen besser zu erreichen, kleinere Länder mit geringem Mittelbedarf abdecken zu können (die sich ansonsten nicht für eine allein stehende Finanzierung durch die Finanzielle Zusammenarbeit qualifizieren), sowie bestimmte Durchführungsfunktionen (Beschaffung, Monitoring) zu bündeln und zu harmonisieren. Neben diesem fachlichen Rational und der erwünschten Erleichterung von Wissenstransfer gab und gibt es auch übergeordnete politische Überlegungen für Regionalvorhaben. Dazu gehört die Förderung von Regionalverbünden und die Intensivierung regionaler Zusammenarbeit als solches zum Beispiel als Mittel der Krisenprävention. Regionalvorhaben haben ein Potenzial zur Geberharmonisierung, deren Zustandekommen jedoch – wie auch auf nationaler Ebene – intensiven Geberdialog erfordert.

Projektträger ist jeweils eine regionale öffentliche Körperschaft, der zur fachlichen Steuerung und Koordination ein regionaler Berater (Consultant) zur Seite steht. Die Durchführungsverantwortung obliegt nationalen Social Marketing-Agenturen (SMA). Zusätzlich besteht meist eine „Steuerungsgruppe", der einmal im Jahr unter Teilnahme und Leitung von UNAIDS zusammen tritt und aus Träger, Consultant, nationalen Durchführungsorganisationen und Gebervertretern besteht. Er dient auch als regionales Forum zur Geberharmonisierung. Seit 2004, mit Erneuerung 2008, besteht zwischen KfW Entwicklungsbank und UNAIDS eine Kooperationsvereinbarung zur Zusammenarbeit bei Regionalvorhaben.

2.3 Social Franchising (SF)

Wie beim Social Marketing (SM) werden beim Social Franchising (SF) öffentliche Güter kommerzielle Geschäftsstrategien zur Verfügung gestellt - beim SF handelt es sich dabei in der Regel um Dienstleistungen. In der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) wurden bisher die meisten Erfahrungen mit SF im Bereich von Familienplanung (FP) und Reproduktiver Gesundheit gesammelt. Das erste bedeutende SF-Vorhaben war 1991 die Gründung der Nichtregierungsorganisation (NRO) „Greenstar" in Pakistan, die von der Social Marketing-Agentur (SMA) „Population Services International (PSI)" initiiert und u.a. aus der deutschen Finanziellen Zusammenarbeit (FZ) kofinanziert wurde. Zum Greenstar-Netzwerk gehören heute über 80.000 Kliniken und Praxen in Pakistan. Seither sind weltweit mehr als 35 neue SF-Netzwerke entstanden. Führende internationale Organisationen in der Koordination der Netzwerke sind Marie Stopes International (MSI), PSI und in geringerem Umfang auch John Snow International (JSI) und Family Health International.

Social Franchising (SF) bezeichnet eine Vertragsbeziehung zwischen einem Lizenzgeber für die Verwendung eines Markennamen und Konzepts (**Franchiser**) und einem Lizenznehmer (**Franchisee**). Beim Franchiser handelt es sich zumeist um eine internationale Nichtregierungsorganisation - NRO (in Ausnahmefällen auch eine öffentliche Institution oder eine private Firma). Der Franchisee ist in der Regel ein unabhängiger Anbieter von (Gesundheits-) Dienstleistungen, in Einzelfällen können auch öffentliche Gesundheitseinrichtungen beteiligt sein. Der Franchisee profitiert vom Netzwerk durch eine Serie von Leistungen, die der Franchiser anbietet: Nutzung von Marken und Werbemittel dafür, fachliche Schulungen, subventionierte oder markenrechtlich geschützte Güter und Ausrüstung, Zugang zu Fachdiensten und Beratung. Im Gegenzug müssen die Franchisees sich einem Katalog von Regeln unterwerfen: Qualitäts- und Preisstandards einhalten, sich obligatorischen Schulungen zur Erbringung der Dienstleistung unterziehen, Qualitätskontrollen zulassen, Berichtspflichten erfüllen und gegebenenfalls auch Gebühren an den Franchiser entrichten.

Ziel des SF ist es, qualitativ hochwertige Dienstleistungen der Sexuellen und Reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR) zu sozial verträglichen Preisen anzubieten. Sie waren bislang deshalb in erster Linie auf FP und Mutter-Kind-Gesundheit ausgerichtet.

2.4 Angebot zur Ergänzung von öffentlichem und privatem Sektor

Social Marketing (SM)- und Social Franchising (SF)-Vorhaben fügen sich durch die Einbeziehung von Nichtregierungsorganisationen (NRO) und dem privaten Sektor ergänzend in das Angebot des öffentlichen und des kommerziellen Sektors ein. Dabei deckt SM in erster Linie eine Bedarfslücke, die inhaltlich, zielgruppenbezogen und geographisch weder durch den öffentlichen noch durch den privaten Sektor (allein) befriedigt werden kann. Für die Zielgruppe bedeutet dies eine qualitativ und quantitativ mangelnde Zugänglichkeit im Bereich der öffentlichen Leistungen und eine Unzugänglichkeit im Bereich des kommerziellen Sektors durch zu hohe Preise.

Wesentlich für den Erfolg von SM-Vorhaben sind die Leistungen in der – auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmte - Aufklärungsarbeit und Werbung, für SF-Vorhaben die Qualität der Dienstleistungen und die Preissubventionierung. Hierzu trägt sowohl eine inhaltlich auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmte Ausgestaltung der Kommunikation bei als auch ein breites

Spektrum an Instrumenten. So wurden beispielsweise in Burkina Faso einheimische Frauen aufbauend auf der Tradition der ‚Griots' (Dorfsänger/-erzähler) als Aufklärer eingesetzt. In der Côte d'Ivoire wurde eine Fernsehserie zum Thema HIV/AIDS produziert („SIDA dans la Cité"), die mehrere internationale Preise erhielt und in vielen Ländern Westafrikas mit großem Publikumserfolg ausgestrahlt wurde. Es folgte eine neue Serie „Ma femme, mon amie", die sich hauptsächlich mit Familienplanung befasst und ab Dezember 2010 ausgestrahlt werden soll. In Kamerun wird ein Jugendprogramm über Radiosendungen und Zeitschriften produziert („100% Jeune"), das aufgrund seines Erfolgs inzwischen in mehreren Ländern übernommen wurde. Viele dieser Marketingaktivitäten lassen sich unter dem Begriff „Edutainment" zusammenfassen, einer Mischung aus Education und Entertainment.

Trotz der federführenden Rolle des privaten Sektors im Rahmen von SM- und SF-Vorhaben, ist die Einbindung in die nationalen Sektorstrategien und die Unterstützung der jeweiligen Partnerregierung für die Finanzierung durch die Finanzielle Zusammenarbeit (FZ) der Vorhaben unerlässlich. Die öffentliche Seite gibt in der Regel sektorale Rahmenstrukturen vor (zum Beispiel Qualitätsstandards), die bei der Durchführung von SM-Vorhaben zu berücksichtigen sind. Social Marketing-Agenturen (SMA) sollten am Sektordialog über HIV- oder SRGR (Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte)-Strategien aktiv beteiligt werden. Darüber hinaus gehende Beiträge der öffentlichen Seite können im Einzelnen wie folgt gestaltet sein:

- finanzielle Eigenbeiträge;
- politische Unterstützung im Sinne öffentlicher politischer Verlautbarungen zu der Zielsetzung des SM-Vorhabens;
- die Konzedierung öffentlicher Fernseh- und Rundfunkzeiten für die Sendung von Werbespots und Aufklärungsinformationen.

Besonders in Subsahara-Afrika kam es in den letzten Jahren zu Verschiebungen zwischen öffentlichem Sektor und SM im Bereich der HIV-Prävention in Form eines Überangebotes an Gratiskondomen, die über den öffentlichen Sektor verteilt wurden. Dadurch entsteht massive Konkurrenz zu den SM-Kondomen, da die Produkte des öffentlichen Sektors oft nicht kostenlos an ärmere Zielgruppen abgegeben, sondern in größeren Mengen schwarz an den informellen Sektor verkauft werden. Insgesamt ist diese Entwicklung wenig nachhaltig und erfordert verstärkten Sektor- und Geberdialog. Ziel sollte sein, dass ein Total Market Approach (TMA), der den gesamten Markt unter den Aspekten der Kaufkraft, Effektivität und Nachhaltigkeit berücksichtigt, in die jeweilige Sektorstrategie Eingang findet. Insgesamt sollten Strategien und Politiken im Gesundheitssektor der Partnerländer noch viel stärker als bisher, das Angebot und die Leistungen von NROs und dem Privatsektor aktiv mit einbeziehen.

Integraler Bestandteil der SM-Vorhaben ist die Integration des privaten Sektors durch die Nutzung kommerzieller Werbetechniken sowie privater Vertriebskanäle und Lagerhaltungskapazitäten. Die Zusammenarbeit kann sich auf Akteure im privatwirtschaftlichen Großhandel, der Lagerhaltung sowie Apotheken, den Kleinhandel, Kioske und andere private Verkaufsstellen erstrecken. Privat praktizierende Ärzte und Pflegepersonal nehmen an Fortbildungsmaßnahmen im Rahmen des SFs teil, um sich so für die fachgerechte Abgabe von Franchise-Produkten und Dienstleistungen zu qualifizieren.

Während einerseits die Werbemaßnahmen im Rahmen von SM-Vorhaben dazu führen können, dass auch kommerziell gehandelte Produkte verstärkt abgesetzt werden, besteht andererseits die Gefahr, dass kommerzielle durch preissubventionierte Produkte aus dem Markt gedrängt werden (**crowding out**).

Dieser Effekt war vereinzelt in asiatischen Ländern zu beobachten (zum Beispiel in Indien und Kambodscha), bahnt sich jedoch auch für andere Länder mit hoher Marktreife in Afrika und Lateinamerika an. Dort sind die Produkte des privaten Sektors weit im Markt verbreitet und der Preisunterschied zum SM ist so klein, dass dieselben Konsumentenschichten/Zielgruppen angesprochen werden. Im Sinne einer nachhaltigen Erreichung von Gesundheitszielen sollte immer die Entwicklung des Gesamtmarktes Total Market Approach (TMA) im Auge behalten werden. Seitens des SMs könnte beispielsweise entweder auf Produktwerbung verzichtet werden oder gänzlich der Vertrieb der entsprechenden Produkte aufgeben werden, um sich ganz auf Aufklärungsarbeit zu konzentrieren - vergleichbar mit der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZGA („Gib AIDS keine Chance“).

3. Konzeptionelle Ausgestaltung von Vorhaben

Die in den folgenden Abschnitten dargestellten Empfehlungen und Richtlinien basieren auf der ersten Fassung der AMD 29 (Arbeitshilfen, Materialien, Diskussionsbeiträge) von 2001 und ihrer Ergänzung von 2003, den seither gemachten Erfahrungen mit Social Marketing (SM)- und Social Franchising (SF)-Projekten sowie den neuen entwicklungspolitischen Trends im Sektor.

3.1 Ziele und Indikatoren

Von der Finanziellen Zusammenarbeit (FZ) geförderte Social Marketing (SM)- und Social Franchising (SF)-Vorhaben verfolgen in der Regel zwei Ziele:

1. die Eindämmung der HIV-Epidemie und
2. die Verbesserung der Sexuellen und Reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR).

Seit einiger Zeit werden vermehrt beide Ziele kombiniert und teilweise auch unter SRGR zusammengefasst. Je nach Land und sektoralen Rahmenbedingungen unterscheiden sich die einzelnen Zielformulierungen, gegebenenfalls kommen weitere Ziele hinzu. Der Beitrag zur Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele (MDG) ist in Abschnitt 3.6.1 dargestellt.

Übergeordnetes entwicklungspolitisches Ziel der FZ-Maßnahme (früher: Oberziel):

- Verbesserung der SRGR durch die Verringerung von HIV-Infektionen und ungewollten Schwangerschaften.

  Zusätzlich gegebenenfalls: Verringerung der Infektionsrate von sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD) und der Stigmatisierung von HIV/AIDS-Infizierten.

Ziele der FZ-Maßnahme (früher: Projektziele):

- Verbesserung von Kenntnisstand, Einstellung und Verhalten der Zielgruppe (Männer und Frauen) hinsichtlich HIV/AIDS und anderer sexuell übertragbarer Infektionen sowie der Vermeidung ungewollter Schwangerschaften.

Zusätzlich ggf: weibliche Genitalverstümmelung (FGM - Female Genital Mutilation), Mutter-Kind-Gesundheit, Durchfallerkrankungen, Malaria

- Stärkung des verantwortungsbewussten Umgangs beider Geschlechter mit Sexualität
- Verringerung von Diskriminierung und Stigmatisierung
- Steigerung der Nachfrage nach, beziehungsweise der Verfügbarkeit von Kontrazeptiva (auch in ländlichen Regionen)

Um einen signifikanten Effekt auf die Reduzierung ungewollter Schwangerschaften - und damit letztlich auch die Geburtenrate und das Bevölkerungswachstum - zu erzielen, müssen Frauen die entsprechenden Verhütungsmittel zur Verfügung gestellt werden (Pille und Dreimonatsspritze, vor allem letztere, weil diese relativ „versteckt" verabreicht werden kann, gegebenenfalls Implantat, Spirale und Frauenkondom). Aufklärungsmaßnahmen sollten insgesamt die deutliche Botschaft enthalten, dass Frauen das Recht haben, über ihren eigenen Körper und ihre Sexualität zu verfügen, und dieses Recht entsprechend stärken. Wenn dies nicht geschieht, insbesondere in reinen Kondomvermarktungsvorhaben, ergibt sich ein Verhütungseffekt allenfalls als Nebeneffekt im kommerziellen und außerehelichen Geschlechtsverkehr. Denn Kondome werden im afrikanischen Kontext so gut wie nicht im inner-ehelichen Geschlechtsverkehr eingesetzt. Bislang sind keine Programme bekannt, bei denen die Entwicklung von speziellen „Familienmarken" (zum Beispiel in Namibia das Kondom „Life's Choice") diese Tendenz geändert hätte. Hormonelle Kontrazeptiva und Spiralen sind für die Erreichung von Familienplanungszielen unabdingbar.

Indikatoren:

Level	**Indikator**	**Quelle**
Impact / Übergeordnetes entwicklungspol. Ziel	• HIV-Prävalenzrate • Fertilitätsrate (TFR) allgemein und speziell bei jungen Frauen[3] • (gegebenenfalls Geburtenziffer) *Hinweis: Indikatoren für das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel der FZ-Maßnahmen entfallen seit 01.05.2009 und sind in Prüfberichten/FZ-Modulen nicht mehr festzulegen.*	Epidemiological fact sheets (WHO) Seroprävalenzstudien UNFPA, DHS-Studien (Link in Anlage 7)
Outcome / Ziele der FZ Maßnahmen	• Kontrazeptive Prävalenz (CPR, modern), • Verkaufszahlen von Kontrazeptiva (gegebenenfalls Gesamtmarkt) und CYP (Paarverhütungsjahre)* • Verhaltensänderung bei verschiedenen Zielgruppen (Frauen und Männer) z.B. bezüglich - Verwendung von Kondomen beim letzten außerehelichen Geschlechtsverkehr - genaue Kenntnis der Übertragungswege von HIV/AIDS - sichere Kenntnis der Anwendung von Kontrazeptiva - Verhandlungsposition der Frauen zur Verwendung von Kontrazeptiva	DHS Projektberichte KAP-Studien TRaC-Studien (zielgruppenspezifisch)

[3] "Fruchtbarkeitsrate" (Total Fertility Rate, TFR): durchschnittliche Anzahl der Lebendgeburten im Leben einer Frau; bei einem konzentrierten Blick auf junge Frauen (15-24 Jahre) werden die gesellschaftlichen Veränderungen schneller sichtbar. "Geburtenrate" (Geburtenziffer): die Anzahl der Lebendgeborenen pro Jahr bezogen auf 1.000 Einwohner

Output / Ergebnis	• Verfügbarkeit von Kondomen (entweder SM oder Gesamtmarkt) - zielgruppenspezifisch • Coverage (Stadt) und Penetration (Land)[4] • Marktanteil (SM, öffentlich, privat) • Qualität der Dienstleistungen, z.B. VCT (Voluntary Counselling and Testing), FP (Familienplanung)	Marktstudien (z.B. MAP) Projektberichte Marktstudien
Effizienz	• Verkaufseinnahmen • Autonomiegrad des Vertriebssystems (Anteil des Direktvertriebs) • Kosten pro CYP • Gesamtkostendeckungsgrad durch Verkaufseinnahmen • Betriebskostendeckungsgrad (lokales Personal u. laufende Kosten) durch Verkaufseinnahmen • Angemessener Verkaufspreis (Vergleich mit Chapman-Index)	Projektberichte, eigene Berechnungen

* Die Berechnungsgrundlage für CYP befindet sich in Anlage 6

Anmerkungen zur Tabelle:

- die **Verkaufszahlen** – ein eindeutiges Output-Maß/Ergebnisindikator – werden weiterhin als Hilfsgröße auf Projektzielebene verwendet. Sie sind nach wie vor ein klares und leicht zu erhebendes Maß für die Leistungsfähigkeit eines Social Marketing (SM)-Programms. In erster Linie spiegeln sie den Vertrieb wieder, haben jedoch letztlich auch die Fähigkeit über Marketing und Verhaltensänderungskampagnen (BCC) zu einer Steigerung der Nachfrage beizutragen.
- Die **Verfügbarkeit** von Kontrazeptiva ist je nach Zielgruppe und Milieu (Land/Stadt) zu differenzieren. Sie wird im Rotlichtbezirk bei Nacht anders zu definieren sein als in ländlichen Gebieten. Allgemeine Benchmarks hierzu wurden bisher noch nicht entwickelt. Wann eine ausreichende Verfügbarkeit von Kontrazeptiva – für jeden potentiellen Nutzer im Bedarfsfall erreichbar – gewährleistet ist, hängt nicht zuletzt von landesspezifischen Bedingungen ab. Die Social Marketing-Agentur PSI stellt in ihren MAP-Studien ein geeignetes Mess-Instrumentarium zur Verfügung (siehe auch Abschnitt 3.4.5).

  Mit zunehmender Marktreife der Produkte ist in vielen Ländern (nicht nur in Asien, sondern auch vereinzelt in Afrika) ein wachsender Privatsektor zu beobachten. Dieser ist für die langfristige Bereitstellung von Produkten im Vergleich zum SM die nachhaltigere Lösung. Die Erreichung von gesundheits- und bevölkerungspolitischen Ziele kann daher präziser über einen Total Market Approach (TMA) gewährleistet werden, der nicht nur die SM-Marke, sondern auch den privaten und den öffentlichen Sektor im Blick hat.
- Die **kontrazeptive Prävalenz** (CRP – Contraceptive Prevalence Rate) ist ein Maß für die Anwendung von Verhütungsmitteln. Sie wird in Demographic and Health Survey (DHS)-Studien meist aufgeteilt in „alle“ (inklusive traditionelle) und „moderne“ Methoden. Im Kontext von SM-Vorhaben ist nur die moderne CRP relevant.

[4] Zur Definition der Begriffe siehe auch Abschnitt 3.4.5

- **Effizienz**: eine genauere Definition der Indikatoren sowie Vergleichswerte aktueller Projekte und Benchmarks finden sich in Anlage 10. Jedoch verlieren die Kernindikatoren (Kosten/Paarverhütungsjahre - CYP und Kostendeckungsgrade) mit der Fortentwicklung der Projekte vom produkt- zum kommunikationszentrierten SM an Aussagekraft. Sie sind maßgeblich für Projekte der 2. Generation. Für Projekte, die einen TMA verfolgen und im Extremfall selbst gar keine Kontrazeptiva mehr ausliefern, sondern sich auf Aufklärung und BCC konzentrieren, werden sie hinfällig. (Dies ist zum Beispiel in einigen Ländern des Regionalvorhabens Karibik der Fall). Zudem ist die Leistungsfähigkeit eines Vorhabens stark kontextabhängig, so dass die Effizienzkennzahlen eher zum Trendvergleich innerhalb eines Vorhabens aussagekräftig sind als im Ländervergleich.
- Als Kriterium für die Zielgruppenerreichung wird der sogenannte **Chapman-Index** verwandt: die jeweilige Zielgruppe soll in der Lage sein, den Kontrazeptivabedarf für ein Jahr mit dem Durchschnittslohn von 2 Arbeitstagen zu erwirtschaften. In der Praxis wird dieser Wert mit 1% des jährlichen Haushaltseinkommens gleichgesetzt. Als Grundlage für den Chapman-Index sollte das nationale Durchschnittseinkommen herangezogen werden.

3.2 Zielgruppe

Social Marketing (SM)- und Social Franchising (SF)-Vorhaben erreichen besonders dann eine große Wirkung, wenn sie konzeptionell – vor allem hinsichtlich ihrer Marketing- und Aufklärungskampagnen - möglichst exakt auf die Zielgruppe zugeschnitten sind.

- In Ländern mit **generalisierter** HIV-Prävalenz, das heißt insbesondere Subsahara-Afrika, besteht die Zielgruppe grundsätzlich aus Männern und Frauen im reproduktiven Alter (15-49 Jahre). Sie kann situationsbezogen um bestimmte Gruppen, die besonders gefährdet sind oder bei denen Aufklärungsarbeit den größten Erfolg verspricht, ergänzt werden. Dazu zählen zum Beispiel Jugendliche, insbesondere junge Frauen. Auch eine Erweiterung um sogenannte Risikogruppen wie Prostituierte, Lastwagenfahrer, Angehörige der Sicherheitskräfte und andere, kann unter Umständen sinnvoll sein.
- In Ländern, in denen HIV/AIDS noch nicht generalisiert sondern auf **bestimmte Risikogruppen** beschränkt ist, sollten die Vorhaben sehr spezifisch auf diese Risikogruppen und ihr Umfeld ausgerichtet werden. In Lateinamerika zum Beispiel gehören dazu Homosexuelle (MSM – Men who have Sex with Men) und Arbeitsmigranten, aber auch Prostituierte und Fernfahrer. HIV-Positive (PLWHA – People Living With HIV/AIDS) können entweder auch direkte Zielgruppe sein oder als Mittler in der Präventionsarbeit eingesetzt werden. In den ehemaligen Ostblockländern hingegen wird HIV hauptsächlich durch die gemeinsame Nutzung von Injektionsnadeln unter Drogenabhängigen weitergegeben, was völlig andere Präventionsmethoden impliziert als bei sexueller Übertragung.
- Die Zielgruppe für **Familineplanung (FP)** sind Männer und Frauen im reproduktiven Alter, insbesondere junge Frauen. Frauen unter 20 Jahre haben die größte Zahl ungewollter Schwangerschaften und ein hohes Gesundheitsrisiko durch Abtreibungen. Als Anwenderinnen und meist auch Käuferinnen von Kontrazeptiva sind Frauen (speziell junge Frauen) besonders angesprochen, doch auch Männer spielen in der Kommunikationsarbeit eine nicht unerhebliche Rolle. Sie entscheiden in der Regel alleine über die Anzahl ihrer Kinder oder sind zumindest daran beteiligt. Für viele Gesellschaften erscheint es sinnvoll, nicht die Familien gemeinsam, sondern Männer und Frauen getrennt anzuspre-

chen, weil ihre Haltungen, Ängste, Wünsche und Rollenmuster unterschiedlich sind. Auch häusliche Gewalt ist häufig relevant, wird in den Projekten bisher aber kaum berücksichtigt.

- Für **SF-Vorhaben**, die traditionell stärker auf FP ausgerichtet sind, liegt der Schwerpunkt der Zielgruppe auf Frauen im reproduktiven Alter, insbesondere schwangere Frauen und stillende Mütter. Mutter-Kind-Gesundheit kann hier als zusätzlicher Aspekt zur FP eine Rolle spielen. Auch Männer werden über die Aufklärungsarbeit angesprochen, wie grundsätzlich in allen FP-Vorhaben. Hinzu kommen klinische Einsatzmöglichkeiten im HIV-Bereich wie Aidstests (VCT – Voluntary Counselling and Testing), Medikamente zur Verhinderung der HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit (PMTCT - Preventing Mother-To-Child Transmission) und – als ganz neues Feld – Männerbeschneidung.[5]

Trotz Subventionen können sich die **ärmsten Bevölkerungsschichten** SM-Produkte oft nicht leisten. Hier wird ein inhärenter Zielkonflikt der SM-Vorhaben deutlich: Zum einen sollen die Preise so bemessen sein, dass sie die Wertschätzung des Produkts gewährleisten und einen möglichst hohen Beitrag zur Finanzierung der Vorhaben leisten, zum anderen sollen sie für ärmere Bevölkerungsgruppen nicht prohibitiv sein. Aufgrund der spezifischen Positionierung des SM-Produkts (Aussehen / Verpackung, Werbung, Preis) greifen reichere Bevölkerungsschichten im Allgemeinen auf kommerzielle - wenngleich teurere - Produkte zurück. Arme ohne ausreichendes Einkommen und Bewohner abgelegener Gebiete mit nur geringer Monetarisierung der Wirtschaftsbeziehungen bleiben auch weiterhin auf eine hinreichende Bereitstellung von kostenlosen FP-Dienstleistungen und Kontrazeptiva durch den öffentlichen Sektor angewiesen.

3.3 Durchführungsorganisation

Für Social Marketing (SM)-Vorhaben der Finanziallen Zusammenarbeit (FZ) findet sich erfahrungsgemäß nur in wenigen Fällen ein autonomer privater Träger. Empfänger der FZ ist die Partnerregierung. In der Regel tritt das zuständige Fachministerium als offizieller Projektträger auf, alle Vorhaben werden de facto jedoch von nationalen Durchführungsorganisationen und/oder einer internationalen **Social Marketing-Agentur (SMA)** durchgeführt. Angesichts der Schwächen der öffentlichen Einrichtungen und der komparativen Vorteile einer privatwirtschaftlich organisierten Durchführung sollte auch in Zukunft die Rolle eines öffentlichen Projektträgers in der Projektdurchführung auf ein Minimum begrenzt bleiben. Sämtliche das Management des Vorhabens betreffenden Aufgaben sollten auf die SMA übertragen werden, wobei die Zusammenarbeit mit dem zuständigen Fachministerium in Hinblick auf seine sektorale Verantwortung sichergestellt werden muss.

Die sektorale **Koordinierungsrolle des Fachministeriums** wurde in den letzten Jahren, bedingt durch den massiven Zuwachs von Geberfinanzierung für HIV/AIDS, zunehmend wichtiger. Seit der Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) zusätzlich Gratiskondome in großen Mengen für den öffentlichen Sektor finanziert - die sich oftmals als käufliche Ware im informellen Sektor wieder finden - sind dem SM und auch dem privaten Sektor eine Konkurrenz entstanden, die sektorpolitische Bedeutung hat. Das Problem liegt in

[5] In neuerer Fachliteratur (siehe zum Beispiel Potts et al 2008) wird die Beschneidung von Männern als effektive Maßnahme zur Reduzierung des Übertragungsrisikos beschrieben. Das Übertragungsrisiko kann damit um 50% gesenkt werden, so dass die WHO die Propagierung der Methode besonders in Hochprävalenzländern empfiehlt.

der fehlenden Nachhaltigkeit der Gratiskondome, die zugleich den Markt für langfristigere Versorgungsalternativen untergraben. Oftmals ist diese Gratiskondomübersättigung nicht Teil der mittelfristigen Sektorstrategien. Hier herrscht dringender Handlungs- und Koordinierungsbedarf, um eine Verschwendung öffentlicher Mittel zu vermeiden und sektorale Nachhaltigkeit zu fördern. Gefragt ist in diesem Kontext ein Total Market Approach (TMA) seitens der nationalen Fachbehörden. Im Sinne von rationaler Mittelverwendung und Nachhaltigkeit sollte die Sektorstrategie das Angebot von Privatwirtschaft und Nichtregierungsorganisationen (NRO) einbeziehen und den Staat gemäß des Subsidiaritätsprinzips als Akteur zur Sicherung der Versorgung der ärmsten Bevölkerung verstehen.

> Social Marketing (SM)-Vorhaben werden in der Regel von dafür spezialisierten internationalen Nichtregierungsorganisationen (NRO) durchgeführt. Die bekanntesten sind Population Services International (PSI), DKT International und Marie Stopes International (MSI). Sie haben lokale Ableger in den Empfängerländern gegründet, die dort in den meisten Fällen als rechtlich eigenständige Organisation mit punktueller Unterstützung des Mutterhauses arbeiten. In den letzten Jahren werden SM-Vorhaben auch zunehmend von deutschen Consultingfirmen im Gesundheitsbereich durchgeführt.

Die **Beauftragung von SMA** im Rahmen der FZ als Durchführungsconsultant, Generalunternehmer oder Durchführungsorganisation (vgl. Anlage 3) beinhaltet in der Regel die Bereitstellung eines kompakten Leistungspakets. Dieses Leistungspaket umfasst neben der Beschaffung und der Verteilung von Kontrazeptiva auch Marktforschung, Werbekampagnen, Aufklärungs-Maßnahmen (IEC – Information, Education, Communication und BCC - Behaviour Change Communication) und Begleitforschung (zum Beispiel KAP-Studien – Knowledge, Attitude, Practice).

Zur Förderung der **institutionellen Nachhaltigkeit** (siehe auch Abschnitt 3.6) hat die KfW Entwicklungsbank (KfW) die Politik betrieben, die lokalen SMAs als eigenständige (von ihrer internationalen Mutter-NRO getrennte) lokale NROs nach lokalem Recht zu etablieren (zum Beispiel AIMAS - l'Agence Ivoirienne de Marketing Social in der Côte d'Ivoire oder NaSoMa - National Social Marketing Programme in Namibia). Dies brachte in erster Linie den Vorteil, Consultingleistungen für die Projekte ausschreiben zu können, statt von einem Monopolisten abhängig zu sein. Dadurch ergaben sich Steuerungs- und Preisvorteile. De facto hängt die institutionelle Nachhaltigkeit jedoch hauptsächlich von der finanziellen Nachhaltigkeit ab. Unzweifelhaft bedeutet diese Abspaltung mehr nationales Ownership in den Empfängerländern. Daraus ergeben sich aber auch Nachteile, wie etwa eine verstärkte Abhängigkeit von staatlichen Trägerinstitutionen und der Verlust der Unterstützung des internationalen Mutterunternehmens zur Überbrückung von Finanzierungslücken. In der Praxis hat sich die marktbeherrschende Stellung von einzelnen internationalen SMAs nicht brechen lassen, da sie zumindest über die Aufsichtsräte mit den lokalen SMAs verbunden blieben. Ausschreibungen der Consultingleistungen zur Unterstützung der lokalen SMAs ermöglichen daher nur einen eingeschränkten Wettbewerb.

Aufgrund dieser Erfahrungen ist es nach wie vor wichtig, dass die Durchführungsverantwortung bei einer lokal verankerten SMA liegt. Seitens der KfW wird auf die juristische Trennung von der internationalen Mutterorganisation nicht mehr bestanden.

Anders stellt sich die Situation bei **Regionalvorhaben** dar. Projektträger ist jeweils eine regionale öffentliche Körperschaft, der zur fachlichen Steuerung und Koordination ein Regionalconsultant zur Seite steht, dessen Funktion öffentlich international ausgeschrieben wird. Der

Regionalconsultant bündelt und harmonisiert Durchführungsfunktionen wie Beschaffung und Monitoring und koordiniert die lokalen SMAs im Sinne eines gemeinsamen übergeordneten Projektziels. Die Durchführungsverantwortung obliegt nationalen SMAs. Diese waren in manchen Fällen bereits vorher nationale FZ-Empfänger (zum Beispiel Zentralafrika) oder wurden durch einen Ausschreibungsprozess ausgewählt (zum Beispiel Karibik).

3.4 Durchführung

Spätestens seit der Ergänzung des Begriffs „Sexuellen und Reproduktiven Gesundheit“ um „Rechte“ (SRGR) und dem sich dahinter verbergenden Menschenrechts-Fokus tritt die Bedeutung von **Gender** programmatisch stärker in den Vordergrund. Die Gleichstellung der Frauen, insbesondere ihr Recht auf die Unversehrtheit ihres Körpers, die Verfügungsgewalt über den eigenen Körper und ihre Sexualität sind zentrale Faktoren für das Gelingen von Familienplanung (FP)-Projekten und die Eindämmung von HIV/AIDS. Gerade in Subsahara-Afrika, wo sich beide Bereiche am problematischsten erweisen, sind positive Veränderungen untrennbar mit dem Verhältnis der Geschlechter, ihren Rollenmustern und geschlechtsspezifischer Gewalt verknüpft. Das Potential von Social Marketing (SM)- und Social Franchising (SF)-Vorhaben, strukturell genderwirksam zu werden, geht weit über die Integration von einzelnen frauenbezogenen Komponenten (zum Beispiel weibliche Genitalverstümmelung - FGM) hinaus. Es bedarf zur Verwirklichung des Potenzials allerdings einer bewussten Umsetzung im Projektkonzept und im Monitoring. Instrument hierfür ist das Marketing (IEC – Information, Education, Communication und BCC – Behaviour Change Communication), das in neueren Vorhaben zunehmend an Bedeutung gegenüber dem Vertrieb gewinnt.

3.4.1 Maßnahmen

Die folgende Tabelle stellt die typischen **Maßahmen** von Social Marketing (SM)- und Social Franchising (SF)-Projekten im Sektor HIV-Prävention und SRGR (Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte) dar. Die Themen der Marketing-Kampagnen sind nicht im Einzelnen aufgelistet. Sie unterscheiden sich je nach Zielgruppe und können auch nicht-produktgebundene Themen wie FGM, Stigmatisierung und Geschlechterrollenbilder enthalten.

Daneben können im SM wie im SF gelegentlich ebenfalls verwandte Themen wie Mutter-Kind-Gesundheit aufgenommen werden. Im SM könnte dies zum Beispiel durch eine Produkterweiterung mit Rehydratationssalz, Wasserreinigungstabletten und Moskitonetzen zum Ausdruck kommen. Im SF wäre an die Versorgung (Untersuchungen, Impfungen, et cetera) Neugeborener zu denken. Allerdings besteht bei SM-Projekten ein gewisses Risiko, diese zu überfrachten. Auch wenn der Vertrieb verschiedener Produkte relativ einfach zu bewältigen ist, so könnte es im Marketing zu einer zu starken Aufsplitterung der verschiedenen Botschaften und Aktivitäten kommen, die mit Effektivitätseinbußen verbunden ist. Es ist daher genau zu prüfen, ob die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Social Marketing-Agentur (SMA) die Aufnahme neuer Produkte und Ziele erlaubt und ob es dadurch nicht zu Beeinträchtigungen der Hauptziele kommt.

Maßnahmen	Social Marketing	Social Franchising
Produkte Familienplanung (FP)	Hormonelle Kontrazeptiva (Pille, 3-Monatsspritze, Notfallpille), Spirale, Implantat	Markenbindung optional, gegebenenfalls Kombination mit SM-Marken

Produkte HIV	Kondome, Gleitmittel, Frauenkondome	
Dienstleistungen	-	Schwangerschaftsvorsorge, betreute Geburt, VCT (Voluntary Counselling and Testing), PMTCT (Preventing Mother-To-Child Transmission), STD-Behandlung (Sexually Transmitted Disease), Sterilisation, Beschneidung von Männern; Entwicklung von Standards, Schulungen, Qualitätskontrolle
Marketing / BCC – Behaviour Change Communication	BCC, Produktwerbung Massenmedien, interpersonelle Kommunikation, Präsentationen und Events, Peer Group-Arbeit, ...	Franchise-Markenwerbung, IEC (Information, Education, Communication)
Begleitforschung	Preis- und Markenstudien, Marktstudien (zum Beispiel MAP - Measuring Access and Performance), KAP-Studien (Knowledge, Attitude, Practice), Prä- und Posttests von Marketing-Kampagnen und Aufklärung, Kundenprofile .	Selektion(-skriterien) von Franchisees, Kundenprofile, Preisstudien, Qualitätskontrollen
Monitoring	Zwischenevaluierungen* KAP-Studien, MIS (Management Information System) des Vorhabens	Zwischenevaluierungen MIS des Vorhabens
Consultant	Internationale SMA (Social Marketing-Agentur) oder einschlägiger Consultant	Internationale Franchising-Organisation oder Consultant

* Muster ToR für die Zwischenevaluierung finden sich in Anlage 5.

3.4.2 Beschaffung

Die Beschaffung der Verhütungsmittel stellte bislang eine der Kernaufgaben in den Social Marketing (SM)-Vorhaben der Finanziellen Zusammenarbeit (FZ) dar. Transparenz im Liefergeschäft wird am besten durch internationale Ausschreibung gewährleistet, wie dies für FZ-Vorhaben die Regel ist. Zusätzlich ergeben sich aus der Erfahrung folgende Empfehlungen:

- Die gemeinsame Vergabe von Produkt und Verpackung ist in der Regel die kostengünstigere Alternative und gewährleistet zudem eine höhere Druckqualität der Verpackung (im Vergleich zum lokalen Erwerb von Verpackungsmaterial und der lokalen Verpackung). Alternativ kann jeweils ein Angebot für „mit“ und „ohne“ Verpackung eingeholt werden um die Kosten mit einer Beschaffung am heimischen oder regionalen Markt zu vergleichen.
- Die Lieferverträge sind aus versicherungstechnischen Gründen am besten CIF Lager der SMA auszustellen.

- Die Lieferverträge sollten die Bestellung für den gesamten Projektzeitraum umfassen und gegebenenfalls in einzelne (jährliche oder halbjährliche) Liefermengen aufgeteilt werden – entsprechend der jeweiligen Lagerkapazität.
- Eine langfristige Planung des Kontrazeptivabedarfs vermindert das Risiko von Lieferengpässen. Generell sollte der Lagerbestand den Vorrat/Bedarf für ein halbes Jahr nicht unterschreiten. Damit können Engpässe durch ausfallende Lieferungen abgepuffert werden, die aufgrund von Qualitätsmängeln bei einzelnen Lieferungen oder Lieferengpässen des Herstellers aufgrund großer Nachfrageschwankungen zustande kommen.
- Zusätzlich zu den Lieferverträgen für Produkte sind Verträge für Qualitätssicherung (sampling and testing) mit einschlägigen Einrichtungen auszuschreiben. Dabei kommt die international etablierte Vorgehensweise gemäß dem Leitfaden der Weltgesundheitsorganisation (WHO) / Agentur zur HIV/AIDS-Bekämpfung der Vereinten Nationen (UNAIDS) (The male latex condom: specification and guidelines for condom procurement 2003: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591277.pdf) zur Anwendung. Danach reicht ein Qualitätstest vor Verschiffung aus. In manchen Ländern besteht der Träger jedoch auf einen zweiten Qualitätstest nach Ankunft im Bestimmungshafen. Dies ist dann auch im Liefervertrag für die Produkte vorzusehen.

Im Falle von Vorhaben, in denen PSI (Population Services International) die Durchführungsorganisation ist, kann auf die im zweijährigen Rhythmus durchgeführte Präqualifikation von Kondomlieferanten und Testlabors seitens PSI und die daraus hervor gehende Shortlist zurückgegriffen werden. Dies ermöglicht eine beschleunigte Ausschreibungsprozedur. PSI verlangt für die Beschaffung, die durch die Zentrale in Washington gesteuert wird, eine Beschaffungsgebühr von 4%. Wird die Beschaffung mit Präqualifikation von der lokalen Social Marketing-Agentur (SMA) aus organisiert, so dürfte dafür keine gesonderte Beschaffungsgebühr in Rechnung gestellt werden. Das Beschaffungsverfahren von PSI wird vom Kompetenzzentrum (KC) Gesundheit der KfW Entwicklungsbank (KfW) überwacht, muss jedoch in jedem einzelnen Vorhaben dokumentiert werden.

3.4.3 Vertrieb

Ein wesentliches Kriterium für die Effektivität und Effizienz im Vertrieb ist der Anteil der **Direktverkäufe** (sog. „assisted sales“) durch die Social Marketing-Agentur (SMA). Dabei werden Vertreter des SMA als Verkäufer an den Einzelhandel tätig – entweder parallel zum Großhandel oder sogar im Auftrag des Großhandels. Solche Praktiken sind in der Startphase von Projekten akzeptabel, vor allem in Ländern, in denen Kondome noch weitgehend tabuisiert sind. Je weiter ein Projekt voranschreitet, desto „autonomer“ sollte der Vertrieb über die kommerziellen Handelsstrukturen funktionieren - in einem gut laufenden, effizienten Social Marketing (SM)-Vorhaben zu über 90%. Dieses System erlaubt die kostenneutrale Ausweitung des Vertriebs und ist die Grundlage für die Freisetzung von Ressourcen für Aufklärung und Nachfragegenerierung. In der SM-Terminologie spricht man auch von der Umstellung von einem „**push**“- auf einen „**pull**“-Vertrieb: statt das Angebot in den Markt hinein zu pressen, wird die Nachfrage gesteigert, die einen „Kaufsog“ vom Kunden aus über den Handel bis hin zur SMA provoziert.

Push-Strategie: der Hersteller versucht durch aktives Einwirken auf den Handel (zum Beispiel durch attraktive Rabatte für den Verkäufer) einen „Verkaufsdruck“ aufzubauen

und seine Produkte optimal im Handel zu platzieren. Diese Strategie wird häufig zur Einführung neuer Produkte genutzt.

Pull-Strategie: der Hersteller setzt auf konsumgerichtete Maßnahmen (wie zum Beispiel gezielte Werbung) um einen „Nachfragesog" durch den Endverbraucher beim Handel zu erzeugen. Dadurch wird der Handel zur Produktbestellung beim Hersteller animiert.

Die Umstellung von „push" auf „pull" wurde bisher in einigen afrikanischen Vorhaben erfolgreich durchführt (zum Beispiel in Kamerun, Benin, Burkina Faso und der Côte d'Ivoire). Sie birgt jedoch das Risiko eines vorübergehenden Verkaufseinbruchs, bis das neue System beim Handel voll etabliert ist und akzeptiert wird. Anfänglich ist auch mit dem Widerstand des Projektpersonals zu rechnen, welches dadurch entweder Aufgaben verliert oder dessen Aufgaben sich ändern. Deshalb muss die Umstellung gut vorbereitet und gemanagt werden. Verkaufspersonal wird demzufolge nicht gänzlich überflüssig, denn es bleibt die Aufgabe der Kundenpflege, Kondomdemonstrationen bei Einzelhändlern und gegebenenfalls die Ausweitung des Vertriebssystems in ländliche Regionen hinein, die mit Direktverkäufen in Höhe von 5-10% einhergeht.

Merchandising, insbesondere über den Einzelhandel, ist ein allgemein anerkanntes Instrument des Marketings, bei dem Aufkleber, Poster, Schilder, et cetera mit den jeweiligen Markennamen an den Einzelhandel gegeben werden, um dort die eigene Marke prominent ins Blickfeld der Kunden zu rücken. Vorsicht ist dagegen bei größeren Werbegeschenken geboten, vor allem wenn sie keinen Markenbezug aufweisen. So wurde zum Beispiel im (bereits mit Note 4 schlussgeprüften) SM-Vorhaben in Indien der Einzelhandel mit Reisekoffern und ähnlichen Accessoires regelrecht bestochen, um der SM-Marke vor der privaten Konkurrenz Vorrang einzuräumen und diese damit aus dem Markt hinauszudrängen („crowding out").

Mit fortschreitender Marktreife sollte es dem Vorhaben gelingen, den Markt für kommerzielle Kondommarken zu öffnen, das heißt es ist zu erwarten und wünschenswert, dass die Marktanteile des SM zugunsten des Privatsektors zurückgehen. Je mehr dies der Fall ist, desto mehr sollte die SMA ihr Marketing auf generische (nicht produktspezifische) Botschaften umstellen und das Wachstum des Gesamtmarktes verfolgen (TMA – Total Market Approach). Dies impliziert, dass nach vorangegangener Marktanalyse das SM-Kondom in Bereichen vertrieben wird, in die der Privatsektor noch nicht hineinreicht (zum Beispiel ländliche Gebiete). Im Extremfall, wenn eine kostengünstige und qualitative Kondomversorgung durch den Privatsektor geleistet werden kann, bedeutet dies den Rückzug der SMA aus dem Vertrieb und die gleichzeitige Konzentration auf Verhaltensänderungskampagnen (BCC), ähnlich wie es die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZGA umsetzt („Gib AIDS keine Chance").

3.4.4 Marketing / Behaviour Change Communication (BCC)

Der hier verwendete Marketing-Begriff umfasst zwei Typen:

1. das Marketing von Produkten (Produktwerbung) und
2. das Marketing von Ideen, Informationen, Werten und Verhaltensweisen (IEC, BCC).

Beim Social Marketing (SM) steht, im Unterschied zum kommerziellen Marketing, letzteres im Vordergrund. In neueren Vorhaben der zweiten und erst recht der dritten Generation wird dieser Anspruch auch schon konzeptionell umgesetzt. Die Verfügbarkeit von Produkten zur

Verhütung oder HIV-Prävention ist zwar notwendig, doch längst nicht hinreichend, um die kontrazeptive Prävalenz zu erhöhen und die Ansteckung mit HIV zu verhindern. Je reifer der Markt ist - das heißt Etablierung der Produkte und Ausbreitung kommerzieller Marken - desto mehr sollte das SM von Produktwerbung Abstand nehmen und sich stattdessen auf generische (nicht markenspezifische) Botschaften zur Ankurbelung der Nachfrage konzentrieren.

Zwei sehr **erfolgreiche Beispiele** für gelungene Aufklärungsarbeit, die Bedeutung für viele andere afrikanische Länder erlangt haben, stammen aus den Social Marketing (SM)-Vorhaben der Côte d'Ivoire und Kameruns. In der **Côte d'Ivoire** verfügt die Social Marketing-Agentur (SMA) AIMAS (Agence Ivoiriene de Marketing Social) über ein eigenes Filmstudio, in dem u.a. die HIV-Seifenoper „Sida dans la cité" produziert wurde. Momentan ist eine weitere Serie „Ma femme, mon amie" zu Familienplanung (FP) und Gender in Produktion, die ab Dezember 2010 ausgestrahlt werden wird. In **Kamerun** gibt es das Jugendprogramm „100% jeune", dessen Kernmedien eine Zeitschrift (die meistverkaufte in Kamerun) und ein interaktives Radioprogramm sind.

Grundsätzlich unterscheiden lassen sich im Marketing zwei Achsen:

- die Inhalte beziehungsweise Botschaften, die vermittelt werden sollen (zum Beispiel realistische persönliche Risikoeinschätzung, späterer Beginn sexueller Aktivität bei Jugendlichen, Reduzierung der Partnerzahl, geschützter Sexualkontakt durch Kondome, die „Option des Neins" gerade für junge Frauen, Antistigmatisierung von HIV-Infizierten...)
- die Instrumente (Massenmedien, interpersonelle Kommunikation, Theaterstücke, Shows und Produktdemonstrationen, Fokusgruppen, Peergruppen-Arbeit, et cetera).

Beides muss aufeinander und auf die Zielgruppe abgestimmt sein. Je genauer die Fokussierung auf die Bedürfnisse und Verhaltensweisen der Zielgruppe ist, desto höher die Erfolgschance der Maßnahmen.

Von daher ist auch eine Unterscheidung der **Geschlechter** in den Aufklärungsbotschaften – sowohl für HIV als auch für Familienplanung (FP) - sinnvoll. Beispielsweise sollten bei der FP, die traditionell auf Frauen ausgerichtet ist, auch Männer mehr in die Botschaften einbezogen werden, um die Verknüpfung von Männlichkeit und hoher Kinderzahl zu lockern oder aufzubrechen. In Bezug auf die vermittelten Inhalte und Botschaften macht es einen Unterschied, ob man bei FP über die Gesundheit von Müttern und Kindern argumentiert (zum Beispiel „Geburtenabstände von mindestens zwei Jahren") oder die Selbstbestimmungsrechte der Frauen mit einbezieht (zum Beispiel „Jede Frau hat das Recht auf ein Nein"). Damit wird eine Argumentationslinie eröffnet, die bisher noch kaum angesprochen wurde. Da Frauen und Männer in Bezug auf Sexualität und Kinderzahl oft auseinander gehende Vorstellungen haben (insofern als die Frauen meist einen größeren - nicht umgesetzten - Verhütungsbedarf haben) sollte das Marketing sich dieses Differentials durch die Unterstützung der Position der Frauen zu nutze machen.

Eine Mischung der Marketing-Instrumente erzielt häufig die erwünschte Wirkung nicht nur am effektivsten, sondern auch am effizientesten, denn Botschaften prägen sich erst dann ein und führen zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen, wenn man sie mehrfach – am besten aus vertrauenswürdigen Quellen - gehört hat. Dennoch stellt sich die Frage der **Effizienz** und damit der Kosten der einzelnen Maßnahmen. Dies beantworten zu können setzt voraus, dass erstens eine solide Begleitforschung über die Wirkung der einzelnen Maßnahmen Aufschluss gibt und dass zweitens die Social Marketing-Agentur (SMA) über eine Kostenrech-

nung verfügt, die in der Lage ist, die Kosten einzelner Maßnahmen zu beziffern. In der Vergangenheit haben sich SMAs wenig mit diesem Thema befasst. Die Datenlage erlaubte kaum Aussagen zu Effektivität und Effizienz des Marketings. Je mehr jedoch das Marketing im Vergleich zum Vertrieb in den Vordergrund rückt, desto wichtiger wird die Frage. Die SMAs sollten angehalten werden, die nötigen Daten zu produzieren und sich mit der Effizienzfrage im Marketing auseinander zu setzen.

3.4.5 Begleitforschung

Eine zielgenaue Anpassung des Marketings ist nur durch vorherige Studien über den Kenntnisstand, die Einstellungen und Verhaltensweisen der jeweiligen Zielgruppe möglich. Je nach Auslegung und Umfang solcher Studien sind diese auch zum Monitoring der Aufklärungsbotschaften geeignet:

- KAP-Studien (knowledge, attitude, practice) sind repräsentative Zielgruppenbefragungen, die sich auch als Baseline zur Festlegung der Projektzielindikatoren eignen. Eine zweite Studie mit identischem Design müsste dann am Ende des Vorhabens durchgeführt werden, um Veränderungen zu messen. Schlüsselfragen sind die Verwendung von Kondomen/Kontrazeptiva beim letzten Sexualkontakt (innerhalb oder außerhalb der festen Beziehung, die Anzahl der Sexualpartner im letzten halben Jahr et cetera.)
- TRaC-Studien (Tracking Results Continuously), als eine Art maßnahmen- und zielgruppenspezifische (kleine) KAP-Studie, sind gut geeignet zur Vorbereitung und Erfolgsmessung einzelner zielgruppenspezifischer Marketingmaßnahmen
- qualitative Begleitforschung (über Fokusgruppen, Diskussionen oder Interviews) - wie zum Beispiel die PSI (Population Service International)-Studie (2008): „Sexual role expectations, mistrust and sexual violence among young people in East and Southern Africa – implications for HIV prevention“ (http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/WP74.pdf) - zeigen auf, wie Beziehungsdynamik und Sexualverhalten von Vorstellungen über das Erwachsensein und Geschlechterrollen geprägt werden. Solche Studien geben Aufschluss über die Ansatzpunkte von Aufklärungsbotschaften und/oder die passenden Instrumente.

Abgesehen von der größeren Begleitforschung durch Studien gibt es auch noch kleinere Untersuchungen zur Vorbereitung, Anpassung und Erfolgsmessung von Maßnahmen. Diese gehören zum täglichen Marketing-Geschäft und sind auch häufig direkt mit den Maßnahmen verbunden, zum Beispiel Prä- und Posttests bei Aufklärungsveranstaltungen.

Zur Begleitforschung für den Vertrieb gehören Marktstudien, die den Marktanteil der Social Marketing (SM)-Produkte bestimmen oder die Verfügbarkeit von Produkten in bestimmten Milieus messen und Preisstudien, die ausloten, ob die Preise eingehalten werden beziehungsweise noch angemessen sind, zum Beispiel:

- MAP-Studien (Measuring Access and Performance): sie treffen Aussagen über die Abdeckung (Coverage – Anteil der Hot Spots oder anderer definierter Zonen, an denen eine Minimumverfügbarkeit des Produkts gewährleistet ist), den Zugang (Access – Anteil der Bevölkerung einer Zone, die Zugang zu einem Verkaufspunkt hat) und die Durchdringung (Penetration – Verfügbarkeit von Kondomen an typischen Verkaufsstellen) des Marktes mit SM-Kondomen. Ebenso könnte dieses - von PSI entwickelte - Instrument im Sinne eines TMA auch auf kommerzielle Kondommarken ausgeweitet werden.

- Blind customer survey: Studie mit verdeckten Käufern, die feststellen, ob die Produkte vom Einzelhandel tatsächlich zum festgelegten Preis vertrieben werden.

3.4.6 Dienstleistungen (Social Franchising - SF)

Bisher konnten in der Finanziellen Zusammenarbeit (FZ) nur in wenigen Ländern Erfahrungen mit Social Franchising (SF) gesammelt werden, wie zum Beispiel in Pakistan und Kenia. Zu den *lessons learned* gehören einige Aspekte, die in der Konzeption besonderes Augenmerk erhalten sollten:

- Was können Franchisees realistischer Weise lernen und leisten? Es hat sich als schwierig erwiesen, private Ärzte in ländlichen Regionen für Schulungen und Fortbildungen zu mobilisieren, da sie von ihren Einkünften als Arzt kaum leben können und der Franchiser neben der Fortbildung nicht auch den Verdienstausfall der Ärzte kompensieren kann. Dies betrifft vor allem die langfristigen Verhütungsmethoden (zum Beispiel Sterilisation), die nicht in *on-the-job-trainings* vermittelt werden können.
- Information und begleitende Aufklärung der Bevölkerung sowie die Anregung der Nachfrage sind wichtige Komponenten des SFs, die über den Fokus auf die Angebotsseite nicht vernachlässigt werden dürfen. Dazu gehört es auch, Hemmnisse auf der Nachfrageseite zu erkennen und der Stigmatisierung einzelner Produkte entgegen zu wirken. Beispielsweise erfreuen sich derzeit (hormonelle) Implantate als Verhütungsmethode in Mali größter Beliebtheit im Unterschied zur Spirale, die eines gynäkologischen Eingriffs bedarf. Allerdings sind Implantate mit derselben Wirkungsdauer etwa achtmal teurer als die Spirale.
- SF-Netzwerke sollten eine möglichst breite Auswahl an Verhütungsmethoden anbieten. Zu denken wäre zudem an eine Ausweitung in den HIV/AIDS-Bereich mit Dienstleistungen wie Männerbeschneidung, Voluntary Counselling and Testing (VCT), PMTCT, und STD-Behandlung.
- Die Versorgung mit Kontrazeptiva muss sichergestellt sein. Gegebenenfalls sollte sich ein Franchising System nicht auf eine mangelhafte Versorgung über den öffentlichen Sektor verlassen / beziehungsweise sollte eine Alternative zur Verfügung stehen, falls der öffentliche Sektor nicht liefern kann.
- In das Monitoring der Franchisees seitens des Franchisers könnten auch die regionalen öffentlichen Gesundheitsstrukturen miteinbezogen werden. Dies würde nicht nur die Kontrollen verbessern, sondern auch den Privatsektor näher an den öffentlichen heranführen. Diese Annäherung ist wichtig, damit die Gesundheitspolitik den Privatsektor zur Kenntnis nimmt und diesen aktiv im Sinne eines TMA in der Sektorstrategie berücksichtigt.
- Für das Monitoring von SF-Vorhaben seitens der KfW Entwicklungsbank (KfW) sollte darauf geachtet werden, dass die SF-Organisation Daten zum Vorher-Nachher Status der akkreditierten Franchisees erhebt beziehungsweise zu den erzielten Qualitätsverbesserungen, der Steigerung der Nutzerzahlen und der Nutzerzufriedenheit.

Neuere Forschungsergebnisse[6] aus dem Bereich HIV zeigen auf, dass die Beschneidung von Männern das Ansteckungsrisiko erheblich senkt (bis zu 60%). Dieser Ansatz sollte gezielt weiterverfolgt und mit Verhaltensänderungskampagnen - BCC (Social Marketing - SM)

[6] Malcom Potts et al.: Reassessing HIV prevention in Science vol. 320, 9.Mai 2008

kombiniert werden. Bisherige Erfahrungen mit HIV-Prävention zeigen, dass eine effektive Präventionswirkung am besten über kombinierte Maßnahmenbündel erreicht werden kann.

Output Based Aid (OBA)-Ansätze, die nicht den Input, sondern über ein Vouchersystem den Output von Dienstleistungen finanzieren, können als Fortentwicklung von SF verstanden werden. Sie setzen voraus, dass es genügend Anbieter von qualitativ hochwertigen Dienstleistungen gibt, die sich akkreditieren lassen. Unter Umständen könnte ein OBA-Vorhaben nach Bedarf auch durch eine Schulungskomponente ergänzt werden, die gegebenenfalls durch eine SF-Organisation wahrgenommen werden könnte. Grundsätzlich jedoch beinhaltet eine gleichzeitige Finanzierung von SF- und OBA-Elementen eine Doppelfinanzierung, die es zu vermeiden gilt.

3.5 Kosten und Finanzierung

3.5.1 Kostenstruktur

Die Analyse der Kostenstruktur ist in Hinblick auf die Bewertung der Angemessenheit der Kosten bei der Prüfung von Neuvorhaben und damit implizit auch in Bezug auf die Effizienz der Durchführung von besonderem Interesse. Grundsätzlich werden die folgenden Kostenkategorien unterschieden: (Ein Musterbudget befindet sich in Anlage 4a, das auch den Social Marketing-Agenturen - SMA verbindlich vorgeschrieben werden sollte.)

Kostenkategorien	Durchschnittliche Kostenanteile*
Kontrazeptiva	20-57%
Marketing / BCC (Behaviour Change Communication)	11-23%
Betriebskosten (Personal + laufende Kosten)	20-35%
Ausrüstung	3-8%
Monitoring und Evaluierung (M&E), Begleitforschung	1-10%
Training + Konferenzen	0-5%
Consultant	6-27%

* Werte aus ausgewählten neueren Social Marketing (SM)-Vorhaben aus Subsahara-Afrika (siehe Anlage 4b)

Die **Kostenanteile** variieren erheblich unter den Vorhaben, insbesondere hinsichtlich der Beschaffungskosten für Kontrazeptiva. Rückschlüsse auf die Konzeption lassen sich kaum ziehen. Bezüglich der Consultingkosten fällt auf, dass diese in von PSI (Population Services International) gemanagten Vorhaben bei rund 10% liegen, während sich bei anderen Vorhaben signifikante Abweichungen ergeben: Mali mit 6% und Sierra Leone (betreut von der Organisation CARE) mit 27%. Insgesamt weist Mali die günstigste Kostenstruktur auf. Mit dem geringsten prozentualen Aufwand an lokalem Personal und Consultingleistungen wird die größte Menge Kontrazeptiva (prozentual sowie in absoluten CYP-Werten) vermarktet Allerdings werden in Mali die Kommunikation und Teile des lokalen Personals von anderen Gebern finanziert und nicht im Budget der Finanziellen Zusammenarbeit (FZ) ausgewiesen, so dass eine Vergleichbarkeit nicht vollständig möglich ist.

Anmerkungen zu einzelnen **Kostenkategorien**:

- Bei den Beschaffungskosten haben Wechselkursschwankungen große Effekte, da die Kondombeschaffung in der Regel auf Dollarbasis erfolgt. Vorhaben, die ihren Bedarf langfristiger planen können, erreichen oft wesentlich niedrigere Stückkosten als eher kurzfristig agierende Programme, die dann zur Verhinderung von Engpässen möglicherweise teurere Transportalternativen wählen müssen. Um Skaleneffekte zu realisieren, ist es sinnvoll, die Beschaffung für die gesamte Projektlaufzeit in einer Ausschreibung zu bündeln.
- Die Marketingkosten beinhalten alle Kosten für die Produktion und die Veröffentlichung von Aufklärungs- und Werbebotschaften, inklusive Unterverträge mit beispielsweise Theatergruppen et cetera. Die Personalkosten der hauseigenen Marketingabteilung sind hier nicht zuzurechnen, sondern fallen unter Durchführungskosten. Kleinere maßnahmenbezogene Voruntersuchungen oder Erfolgskontrollen (action research) sind hier dem Marketing zugeordnet und von größeren Studien zu unterscheiden, die in einer gesonderten Kostenkategorie M&E erfasst sind. Allerdings ergibt sich hier ein Graubereich.
- Durchführungskosten enthalten lokales Personal und laufende Kosten. Hinter lokalen „Consultants“ verbergen sich oft Personalkosten von Angestellten, die auf Honorarbasis statt Festvertrag für das Projekt arbeiten. Sie sollten daher den Durchführungskosten hinzugerechnet werden. Die Durchführungskosten bilden eine wichtige Basis für die Effizienzbetrachtungen zum Vorhaben.
- Consultingkosten: Internationale SMAs berechnen ihre Backstoppingleistungen oft nicht als Teil der Langzeiter-Honorare, sondern fordern eine gesonderte Verwaltungsgebühr ein. Dies ist in Ordnung, sollte jedoch nicht 5% der Basiskosten (ohne Contingencies und ohne Produkte) überschreiten. PSI verlangt zusätzlich in vielen Fällen eine Beschaffungsgebühr (max. 4% der Produktkosten). Dies ist gerechtfertigt, wenn dementsprechend auf die Präqualifikationsarbeit der PSI-Zentrale zurückgegriffen wird. Beide Gebühren sollten im Sinne der Transparenz als Teil der Consultingkosten ausgewiesen werden.

Der Devisenkostenanteil der Projekte besteht im Wesentlichen aus den Produkt- und den Consultingkosten und liegt in der Regel zwischen 40-60% der Projektkosten. Die Durchführungskosten der Vorhaben (laufende Kosten + Consultant) betragen im Durchschnitt rund 40% der Projektkosten, nimmt man die Marketingkosten hinzu, sind es rund 60%.

Die **Finanzierung der Durchführungskosten** ist gerechtfertigt, wenn es sich bei den Social Marketing (SM)-Vorhaben um ein Gesamtpaket handelt, in dem der subventionierte Vertrieb und vor allem das Marketing inklusive Bevahiour Change Communication (BCC) im Zentrum stehen. Mit der Finanzierung der Produkte alleine wäre die angestrebte Wirkung nicht erreichbar.

Die **Finanzierung** von Social Marketing (SM)- und Social Franchising (SF)-Vorhaben besteht in der Regel aus drei Teilen: der FZ-Finanzierung, dem Eigenanteil aus Verkaufseinnahmen und den Beiträgen von Ko-Finanziers.

Oftmals werden in den Vorhaben nur der FZ-Anteil und die Verkaufseinnahmen ausgewiesen, da es bei der Verrechnung **anderer Geberleistungen** erhebliche Abgrenzungsprobleme hinsichtlich der Projektperioden und Finanzierungsgegenstände (eventuell andere Pro-

dukte) gibt. Dennoch ist eine transparente Offenlegung der Finanzierungsquellen anzustreben um eine eventuelle Doppelfinanzierung der lokalen Personalkosten oder Consultingleistungen auszuschließen. Auch bei Effizienzbetrachtungen sollten die gesamten Durchführungskosten der SMA angerechnet werden und nicht nur der Finanzierungsanteil der FZ, weil sich ansonsten gegebenenfalls ein verzerrtes Bild ergibt.

Die **Verkaufseinnahmen** und ihr Gesamtkostendeckungsgrad variieren erheblich. Neben den abgesetzten Kontrazeptivamengen ist auch das Einkommensniveau der Länder und damit der Verkaufspreis ein zentraler Faktor für die Einnahmengenerierung. Ein höherer Preis verbessert die Effizienz des Vorhabens und damit auch die finanzielle Nachhaltigkeit der SMA – in Abhängigkeit von der Preiselastizität der Nachfrage. Niedrigere Preise führen nicht unbedingt zu einer gesteigerten Nachfrage, da mit dem Preis teilweise auch Qualitäts- und Imageaspekte verbunden sind. Die Verkaufseinnahmen sind standardmäßig dem Projekt auf einem gesonderten Konto zu verbuchen und zur Finanzierung des Vorhabens zu verwenden.

Bisher konnten SM- und SF-Vorhaben nicht mit einer **Kofinanzierung durch die nationalen Regierungen** rechnen, deren Gesundheitsbudget meist kaum ausreicht, um die Basisversorgung im öffentlichen Sektor sicher zu stellen. Jedoch kam es in einigen Ländern bereits zu einer Kofinanzierung von Kontrazeptiva über den Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM). Was in den meisten Ländern bisher fehlt, ist eine systematische Integration von Nichtregierungsorganisationen (NRO) und privatwirtschaftlichen Initiativen und Angeboten in die nationalen Gesundheits- und HIV-Strategien (TMA – Total Market Approach). Der Umstand, dass die deutsche Bundesregierung in vielen Gesundheitsschwerpunktländern Projektansätze zugunsten von Sektorbudgetfinanzierungen herunter fährt, bietet auch eine Chance, sich im Sektordialog für die Integration von SM- und SF-Ansätzen in der nationalen Gesundheitspolitik einzusetzen. Ansätze dazu gibt es beispielsweise in Kenia, wo über eine Kofinanzierung des Gesundheits-SWAps (Sector Wide Approach) eine Fortführung der SF- und OBA (Output Based Aid)-Ansätze finanziert werden soll.

3.5.2 Benchmarks für Kosten und Effizienz

Die unterschiedlichen Kostenstrukturen von Social Marketing (SM)-Vorhaben schlagen sich auch in sehr unterschiedlichen Effizienzkennziffern nieder. Vor allem aufgrund der verschiedenen Bevölkerungsgrößen und –dichten, sowie der weiter entwickelten Märkte und der kommerziellen Logistik, weisen asiatische Vorhaben grundsätzlich bessere Effizienzindikatoren auf als afrikanische und haben daher einerseits auch bessere Aussichten auf finanzielle Nachhaltigkeit. Andererseits besteht die Gefahr des Verdrängungswettbewerbs (“crowding out“) gegenüber dem Privatsektor, vor allem in Bezug auf Kondome. Doch auch afrikanische Vorhaben weisen inzwischen eine erhebliche Variationsbreite auf (siehe Anlage 4 b).

In der folgenden Tabelle sind die drei Effizienz-Indikatoren dargestellt, die in SM-Vorhaben grundsätzlich erhoben werden sollten. Bei den Benchmarks handelt es sich um Orientierungsgrößen für laufende Vorhaben der zweiten Generation, in denen der Produktvertrieb noch eine erhebliche Rolle spielt. Je höher der Anteil der Marketingkosten am Vorhaben ist (entweder in der Anlaufphase oder bei Vorhaben der 3. Generation mit Total Market Approach - TMA), desto weniger aussagefähig werden diese Effizienzindikatoren, die maßgeblich den Vertrieb widerspiegeln. Die bisher laufenden Vorhaben sind davon jedoch noch nicht betroffen (obwohl ihr Marketinganteil mit 20% der Gesamtkosten im Durchschnitt leicht höher liegt als bei den 2001 analysierten Vorhaben), das heißt die Produktkosten und Absatzmen-

gen sowie vor allem das Vertriebssystem sind nach wie vor Schlüsselfaktoren für die Erzielung von Effizienzgewinnen.

Messgröße	Asien	Afrika	
Gesamtkosten / Paarverhütungsjahr (CYP)	8 EUR	18 EUR	Korridor: 10-30 EUR
Gesamtkostendeckung	25%	15%	Korridor: 3 – 26%
Betriebskostendeckung	120%	85%	Korridor: 12 – 90%

Die Effizienz des Marketings ist wesentlich schwieriger darzustellen und zu messen als die des Produktvertriebes. Bisher wurden dafür noch keine Indikatoren entwickelt. Grundvoraussetzung für Effizienz beziehungsweise Kosten-Nutzen Betrachtungen der Marketing-Maßnahmen sind jedoch eine Kostenerhebung für einzelne Maßnahmen sowie eine möglichst objektivierte Messung ihrer Wirksamkeit. Dies sollte in allen Projekten systematisch eingeführt werden.

3.6 Entwicklungspolitische Wirksamkeit

Der Erfolg von Social Marketing (SM)-Vorhaben ist in Bezug zur nachhaltigen Wirksamkeit der Maßnahmen zu beurteilen und hängt nicht direkt mit dem institutionellen Fortbestand der Social Marketing-Agenturen (SMA) zusammen. Als langfristiges Ziel sind nachhaltige Verhaltensänderungen der Zielgruppe durch breitenwirksame Aufklärungs- und Werbemaßnahmen anzustreben. Dies setzt jedoch eine langfristig angelegte Förderung und in der Regel auch eine langfristige finanzielle Unterstützung voraus. Sofern die Förderung zeitlich eingeschränkt werden muss, wäre die effiziente Bereitstellung für die Zielgruppe während der Förderungsdauer und die entsprechende Nutzung der Kontrazeptiva als Mindestanspruchsniveau vorzusehen. Ein dermaßen begrenztes Zielanspruchsniveau erscheint bei SM-Vorhaben noch gerechtfertigt, da auch die vorübergehende Senkung der Fertilität oder der HIV-Inzidenz durch zeitlich begrenzte Maßnahmen in Verbindung mit den angestoßenen Verhaltensänderungen langfristige Folgewirkungen auf die Bevölkerungsentwicklung und die Gesundheitssituation der Zielgruppe haben.

3.6.1 Wirkungsketten für HIV/AIDS und Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR)

Durch das Angebot von Kondomen und Kontrazeptiva wird die Möglichkeit zur Verhütung beziehungsweise HIV-Prävention geschaffen. Durch das Marketing / Behaviour Change Communication (BCC) hingegen werden Anreize, beziehungsweise der Wille geschaffen, auf diese Möglichkeiten zuzugreifen und die Kontrazeptiva zu verwenden. Die verstärkte Nutzung von Kondomen und Kontrazeptiva wirkt sich positiv auf eine Reihe von Millenniumsentwicklungszielen (MDG) aus, insbesondere - je nach Projektausrichtung und Kontrazeptivaangebot - sind dies MDG 5 (Müttergesundheit) und MDG 6 (HIV/AIDS). Größere Geburtenabstände führen über eine verbesserte Müttergesundheit zu einer Reduzierung der Mütter- und Kindersterblichkeit (MDG 4) und zur Verringerung der Armut (MDG 1) auf individueller wie gesellschaftlicher Ebene. Die Gleichstellung der Geschlechter (MDG 3) kann durch eine entsprechende konzeptionelle Ausgestaltung des Vorhabens, vor allem der BCC-Komponente, positiv beeinflusst werden.

- **MDG 5 („Improve maternal health“)** kommt doppelt zum Tragen:

  Erstens aufgrund des Zugangs zu Kontrazeptiva und eines erwünschten Rückgangs von Teenager-Schwangerschaften. Ungewollte Schwangerschaften von Teenagern führen zudem häufig zu Abtreibungen, die ebenfalls mit erhöhten Risiken verbunden sind.

  durch einen Rückgang der Geburten und größere Geburtenabstände und somit auch der Risikogeburten und der Müttersterblichkeit.[7]

  Die positive Wirkung von Verhütung auf MDG 5 ist in diesem Sinne umso größer, je höher die Müttersterblichkeitsrate im Land ist und je weniger Möglichkeiten für medizinisch betreute Geburten zur Verfügung stehen. Social Franchising (SF)-Programme können hier zusätzlich über ihre klinischen Dienstleistungen einen Beitrag leisten.

- **MDG 6 („Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases“):** durch verändertes Sexualverhalten - zum Beispiel die Reduzierung der Sexualpartner oder ein späteres sexuelles Debüt – können, ebenso wie durch die konsequente Nutzung von Kondomen, Neuinfektionen vermieden werden. Wie entscheidend die Verwendung von Kondomen zur Verhinderung von Ansteckung beiträgt - Nutzung nur bei Risikokontakten (zum Beispiel mit Prostituierten oder Sugar Daddies) oder auch beim regulären Partnern - hängt davon ab, ob die Epidemie schon generalisiert ist oder nicht. Die Beschneidung von Männern kann neueren Studien zur Folge die Ansteckungsgefahr bei Risikokontakten um die Hälfte senken. Social Marketing (SM) kann hierzu über Aufklärung einen Beitrag leisten, SF über die medizinische Dienstleistung.

- **MDG 4 („Reduce child mortality“):** die Nutzung von Kontrazeptiva führt zu einem Rückgang der Geburten und, über die dadurch verbesserte Müttergesundheit, zu einem Rückgang der Säuglingssterblichkeit. SF-Vorhaben können darüber hinaus - durch eine erhöhte Zahl medizinisch betreuter Schwangerschaft und Geburten, sowie gegebenenfalls PMTCT (Preventing Mother-To-Child Transmission) - zu einer Verringerung der Kindersterblichkeit beitragen.

- **MDG 1 („Eradicate extreme poverty and hunger“):** Familienplanung (FP) ist entscheidend im Kampf gegen Armut und Hunger und zwar auf individueller, familiärer und gesellschaftlicher Ebene. Nicht nur häufige Schwangerschaften und deren negative Wirkung auf die Gesundheit der Frauen, sondern auch hohe Zahlen zu betreuender Kinder, wirken sich negativ auf ihre Fähigkeit aus, zum Familieneinkommen beizutragen. Zusätzlich verschlechtert sich mit zunehmender Kinderzahl oft der Ernährungsstatus der Kinder sowie ihre Chancen auf eine Schulbildung, da das Pro-Kopf Einkommen der Familien sinkt. Durch die Bekämpfung von HIV/AIDS wird ein wichtiger Beitrag geleistet hinsichtlich des Erhaltes der Arbeitskraft, zur Sicherung der Lebensgrundlage und der Produktivität. Präventionsprogramme helfen dabei, eine Ansteckung abzuwenden, was zu einem Erhalt von Humankapital führt. Auch werden dadurch Kosten für die Betreuung Kranker und Hinterbliebener vermieden, was verhindert, dass breite Bevölkerungskreise unter die Armutsgrenze absinken.

- **MDG 3 („Promote gender equality and empower women“)** ist auf den gleichberechtigten Zugang von Frauen zu Bildung, Arbeit und politischer Entscheidung ausgerichtet. Das Empowerment von Frauen wird durch SRGR-Programme indirekt gefördert. Die

[7] PSI berechnet für verschiedene Verhütungsmethoden wie viele DALYs (Disease-Adjusted Life Years) an Mutter- und Kindergesundheit gewonnen werden können. http://www.psi.org/resources/research

Möglichkeit zur sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung der Frau, die durch (an Männer und Frauen gerichtete) Aufklärungskampagnen gefördert wird, stellt eine Voraussetzung für deren politische und ökonomische Teilhabe und Gleichberechtigung dar. Dies erfordert jedoch, dass die Aufklärungsarbeit des Vorhabens entsprechend ausgerichtet ist.

3.6.2 Gender und Armut

Gender: Mit der Vermarktung hormoneller Kontrazeptiva werden Frauen tendenziell mehr in ihrer Selbstbestimmung über ihren eigenen Körper gestärkt als mit der Vermarktung von Kondomen, da deren Verwendung nach wie vor eine männliche Domäne ist. Dies könnte sich ändern, wenn die Kommunikation des Vorhabens aktiv darauf ausgerichtet ist, die Mitbestimmungs- und Entscheidungsmacht der Frauen in dieser Hinsicht zu stärken. Sexualverhalten ist untrennbar mit dem Geschlechterverhältnis verbunden und beeinflusst sich gegenseitig. So bieten - wenn man es konzeptionell in der Kommunikation berücksichtigt - Familienplanung (FP) und HIV-Prävention gute Ansatzpunkte zur Egalisierung des Geschlechterverhältnisses. Umgekehrt könnte die Beeinflussung des Geschlechterverhältnisses (zum Beispiel Bilder von Männlichkeit und Weiblichkeit) wertvolle Impulse zur Veränderung des Sexualverhaltens geben. HIV-Prävention und FP bieten hervorragende Möglichkeiten, die Gleichstellung der Geschlechter zu fördern und Frauen zu mehr Selbstbestimmung in Bezug auf ihren Körper und ihre reproduktiven Rechte zu verhelfen. Entsprechende Männlichkeits- und Weiblichkeitsbilder sollten aktiv in die Konzeption von Verhaltensänderungskampagnen (BCC) und damit auch die Projektkonzeption Eingang finden, zumal in Vorhaben, die in die DAC (Development Assistance Committee) -Kennung GG2 („Gleichberechtigung der Geschlechter ist das Hauptziel der Maßnahme, das heißt entscheidend für seine Durchführung“) eingeordnet werden. Es ist zu empfehlen, den Gestaltungsspielraum der Vorhaben dahingehend noch besser auszuschöpfen.

HIV-Prävention und FP haben eine direkte Auswirkung auf die **Armut**, selbst wenn nicht die Armen primäre Zielgruppe des Vorhabens sind. Denn HIV/AIDS und eine hohe Kinderzahl führen zu Armut beziehungsweise festigen diese (Bezug zum Milleniumsentwicklungsziel - MDG 1). Die Social Marketing (SM)-Vorhaben sind überwiegend in die DAC-Kennung SUA („Sonstige unmittelbare Armutsbekämpfung“) eingeordnet. Daneben finden sich auch Einordnungen in die Kategorien EPA (“Allgemeine entwicklungspolitische Ausrichtung”), SHA („Selbstorientierte Armutsbekämpfung“) und MSA ("Übergreifende Armutsbekämpfung auf Makro- und Sektorebene"). Der unmittelbare Bezug zu einer armen Zielgruppe sollte für jedes Vorhaben analysiert werden. Zum einen gehören die extrem Armen – im afrikanischen Kontext – nicht zu den am meisten von HIV/AIDS betroffenen Schichten, zum anderen dürften für viele Arme, die mit weniger als einem amerikanischen Doller (USD) pro Tag auskommen müssen, die subventionierten Produkte zu teuer sein. Hier steht das SM-Vorhaben in einem Zielkonflikt. Ein auf Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit ausgerichtetes Vorhaben darf sich in Preis-, Vertriebs- und Kommunikationsgestaltung nicht an den Allerärmsten im Land ausrichten. In der Regel werden diese durch die Gratisprodukte des öffentlichen Sektors versorgt. SM spricht die mittleren Einkommensschichten an. Je nach Definition der spezifischen Zielgruppe und Ausgestaltung des Vorhabens wäre demnach zu diskutieren, ob nicht auch eine andere Kategorie als SUA in Frage kommt.

3.6.3 OECD/DAC Evaluierungskriterien

Die OECD/DAC Evaluierungskriterien die für die Erfolgsmessung von Vorhaben angelegt werden, lauten: Relevanz, Effektivität, Effizienz, Impakt (übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit) und Nachhaltigkeit.
(http://www.bmz.de/de/zentrales_downloadarchiv/erfolg_und_kontrolle/evaluierungskriterien.pdf)

- Die **Relevanz** trifft Aussagen über die Einordnung in den entwicklungspolitischen Strategierahmen, die Reaktion auf einen entwicklungspolitischen Engpass und die Plausibilität der angenommenen Wirkungszusammenhänge. Social Marketing (SM)-Vorhaben schneiden hierbei in der Regel gut ab, da die Empfängerländer einen hohen ungedeckten Bedarf an Empfängnisverhütung und HIV-Prävention aufweisen. Die Schwerpunktverlagerung auf Familienplanung (FP) auch im afrikanischen Kontext erhöht die Relevanz. Einschränkungen ergeben sich teilweise in Bezug auf die Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR)- und HIV-Politiken der Länder, die zu oft auf den öffentlichen Sektor beschränkt sind und privatwirtschaftliche Angebote nicht zur Kenntnis nehmen. Hier sollte im Sektordialog auf die Einführung eines Total Market Approach (TMA) seitens der Regierung gedrängt werden.
- Die **Effektivität** wird anhand der Erreichung der Projektziele gemessen. SM-Vorhaben schnitten hier in der Vergangenheit überdurchschnittlich gut ab (siehe auch Abschnitt 3.1 Ziele und Indikatoren). Gut an die spezifischen Zielgruppen angepasste Marketingkampagnen sind wirkungsfördernd. In der Vergangenheit waren Fälle von SM-Verkäufen über die Landesgrenzen hinaus erfolgshemmend, da sie nicht der avisierten Zielbevölkerung zur Verfügung stehen und gegebenenfalls den SM-Produkten in den Nachbarländern Konkurrenz machen. Für aktuelle Vorhaben wird die Schwemme an Gratiskondomen, die über Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM)- und Weltbank (WB)-Finanzierungen in die Länder gelangen zum Problem. Statt gratis über öffentliche Gesundheitseinrichtungen an arme Bevölkerungskreise abgegeben zu werden, werden sie oft „schwarz“ über den informellen Sektor verkauft, wo ein Risiko des „crowding out“ von SM und Privatsektor besteht. Dem sollte im Geberdialog entgegnet werden.
- Die **Effizienz** von SM-Vorhaben wird anhand der in Abschnitt 3.5.2 beschriebenen Orientierungsgrößen beurteilt (Kosten pro Paarverhütungsjahr (CYP), Gesamtkostendeckung, Betriebskostendeckung). In der Vergangenheit war die Effizienz die schwächste Stelle von SM-Vorhaben, die allerdings immer noch besser abschnitten als FP-Vorhaben des öffentlichen Sektors. Das Vertriebssystem ist ein Schlüsselfaktor für die Effizienz des Vorhabens, dennoch stellt es nur einen Teil der Leistungen des Vorhabens dar. Für Aufklärungsbotschaften gibt es noch kein gangbares Effizienzmaß.
- Der **Impakt** (übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen) spiegelt die Erreichung der Oberziele wider. Messgrößen sind in der Regel die Entwicklung der HIV-Prävalenzrate und der Rückgang der Fertilitätsrate. In beiden Fällen können aufgrund der erheblichen Zuordnungsprobleme die Indikatoren nur als Orientierungsgrößen bezeichnet werden. SM und SF sind nur einzelne Bausteine. Eine kohärente Sektorpolitik und ein politischer Wille, der sich auch gegen eventuelle religiöse Opposition durchsetzt, sind Schlüsselfaktoren zum sektoralen Erfolg. Fehlt dieser politische Rückhalt, hat auch ein SM-Vorhaben nur begrenzte Erfolgsaussichten. Die Gleichstellung der Frauen, insbesondere ihr Recht auf die Unversehrtheit und die Selbstbestimmung über den eigenen

Körper und ihre Sexualität (zum Beispiel die „Option auf nein“) sind ein zentraler Faktor für das Gelingen von FP und die Eindämmung von HIV/AIDS, der konzeptionell noch stärker berücksichtigt werden sollte.

- In Bezug auf die **Nachhaltigkeit** werden drei Kategorien unterschieden: die institutionelle, die finanzielle und die Nachhaltigkeit der Wirkungen. Finanzielle und institutionelle Nachhaltigkeit von Social Marketing-Agenturen (SMA) sind eng verknüpft, wobei eine institutionelle ohne externe Finanzierung nicht gegeben ist (siehe Abschnitt 3.3). Wichtig erscheint in diesem Kontext, die Durchführungsverantwortung einer rechtlich lokal verankerten SMA zu übertragen, um möglichst viel Know-how im Empfängerland aufzubauen. Wie die lokale Nichtregierungsorganisation (NRO) rechtlich mit einer internationalen SMA verbunden ist, ist dabei zweitrangig.

  Die finanzielle Nachhaltigkeit ist ebenfalls begrenzt. Die Produktvermarktung kann weitgehend nachhaltig gestaltet werden (siehe Betriebskostendeckung). Da die vermarkteten Produkte jedoch subventioniert sind, ist die finanzielle Nachhaltigkeit logischerweise eingeschränkt. Je größer der finanzielle Anteil der Behaviour Change Communication (BCC)-Arbeit am Projekt ist, desto geringer ist die Kosteneffizienz und finanzielle Nachhaltigkeit, da die Bemühungen zur Schaffung zusätzlicher Nachfrage durch Verhaltensänderungen eine mittel- bis langfristig angelegte Aufgabe ist, die sich nicht sofort in zusätzlichen Verkaufszahlen niederschlägt.

  SMAs haben oftmals einen anderen Blick auf die Nachhaltigkeit. Für sie ist Nachhaltigkeit erreicht, wenn für die nächsten Jahre eine externe Geberfinanzierung garantiert ist. Zum Teil wird auch der Ansatz verfolgt (zum Beispiel in Indien und Guinea), die Kosteneffizienz des Vertriebs dadurch zu steigern, dass möglichst viele Produkte in das Sortiment aufgenommen werden, um so die Auslastung von Vertriebsfahrzeugen und Mitarbeitern in Kontakt mit den Einzelhändlern zu optimieren. Dies ist jedoch sehr kurzfristig gedacht und geht nur auf, solange der Vertrieb noch auf „push“- statt „pull“-Basis funktioniert. Diese Strategie wird letztendlich ein limitierender Faktor für die Verbesserung von Effektivität und übergeordneten Wirkungen eines Vorhabens, da sie eine kostenneutrale Ausweitung des Vertriebsnetzes verhindert und Ressourcen im Vertrieb bindet, die besser in die Aufklärungsarbeit investiert werden würden.

  Die Erreichung nachhaltiger Wirkungen, also zum Beispiel die dauerhafte Umkehr von demographischen Trends durch die gesamtgesellschaftliche Veränderung von Sexualverhalten und Geschlechterverhältnis, sind langfristige Aufgaben. Sie erfordern permanentes Engagement, da nachwachsende Generationen – besonders bezüglich HIV-Prävention – immer wieder neu über die Ansteckungsrisiken aufgeklärt werden müssen. Die bisherigen Erfolge in der HIV-Prävention, besonders in Afrika, sind unterschiedlich und die Anwendung von Empfängnisverhütungsmethoden befindet sich trotz jahrelangem Engagement nach wie vor auf sehr niedrigem Niveau.

In Verbindung mit der Nachhaltigkeit ergibt sich die Frage nach der **Exitstrategie** der KfW Entwicklungsbank (KfW) für SM-Vorhaben. Diese verläuft prinzipiell über die 3. Generation von SM-Vorhaben, das heißt die eher privatwirtschaftlichen Teile des Vorhabens (Vertrieb) werden dem Privatsektor überlassen oder – sollte die SM-Organisation sie beibehalten wollen – zumindest nicht mehr subventioniert. Dies ist mittlerweile in den ersten Vorhaben in Asien, zum Beispiel auf den Philippinen, erreicht. Dort können nicht nur der Vertrieb, sondern auch die Produkte selbst sowie die Produktwerbung aus den Verkaufseinnahmen finanziert

werden. Es verbleibt dann die öffentliche Aufgabe der Gesundheitsaufklärung (analog zur deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - BZGA), die je nach Bedarfslage und Epidemieentwicklung im Land aus Gebergeldern finanziert werden könnte.

4. Ausblick

In den letzten 8-10 Jahren haben sich nicht nur die politisch-strategischen Grundlagen für HIV/AIDS-Prävention und Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) deutlich verändert, sondern auch das FZ (Finanzielle Zusammenarbeit)-Instrumentarium - in Form des Social Marketing (SM)- und Social Franchising (SF)-Ansatzes - erheblich weiter entwickelt. Dazu beigetragen haben Anstrengungen der internationalen SM-Organisationen, immer besser und zielgenauer auf die Herausforderungen sich wandelnder Rahmenbedingungen und neuer Forschungsergebnisse einzugehen, sowie die Forderungen der Geber nach verbesserter Effektivität, Effizienz, Nachhaltigkeit und Messbarkeit der Ergebnisse. SM hat eine konzeptionelle Entwicklung von der Produktorientiertheit hin zur Orientierung auf Aufklärungsbotschaften vollzogen und Produktwerbung zunehmend durch Verhaltensänderungskampagnen (BCC – Behaviour Change Communication) ergänzt und ersetzt. Auch Begleitforschung für Marketing und Vertrieb ist inzwischen zum Standard geworden. Immer feiner wird die Aktivitätenvielfalt und die Durchführungskonzeption der Programme an die sektoralen Erfordernisse des jeweiligen Landes angepasst (UNAIDS: „Know your epidemic, know your response“). Eine Herausforderung stellt nach wie vor der menschenrechtsbasierte Ansatz dar, insbesondere die stärkere Einbeziehung von Gender-Aspekten in die Kommunikation. Dies gilt ebenso für die systematische Entwicklung integrierter SRGR (FP – Familienplanung, PMTCT - Preventing Mother-To-Child Transmission) und HIV-Prävention sowie für die Verknüpfung von HIV- und Tuberkulose-Programmen.

Im Laufe des letzten Jahres hat sich eine internationale Diskussion über den Zweck beziehungsweise die Abschaffung von Nutzergebühren in öffentlichen Basisgesundheitsdiensten vor allem in Afrika entwickelt. Um arme Bevölkerungskreise nicht vom Zugang zur Grundversorgung auszuschließen, haben einige afrikanische Länder bereits die Nutzergebühren für Basisgesundheit oder zumindest für Mutter-Kind-Gesundheit abgeschafft. Die Debatte wird gespeist von wissenschaftlichen Untersuchungen, die die Ineffektivität und Ineffizienz solcher Gebühren und ihrer sozialen Ausschlussfunktion aufzeigen. Jedoch wird auch eingeräumt, dass die Abschaffung von offiziellen Nutzungsgebühren ihren Zweck verfehlt, wenn sie nicht in ein umfangreiches Reformprogramm zur Finanzierung von Gesundheit eingebettet ist. Dazu gehören Aspekte wie inoffizielle Gebühren („under table payments“) - die von Gesundheitsmitarbeitern verlangt werden - ebenso wie die allgemeine Unterfinanzierung des Sektors, die mit verantwortlich ist dafür, dass das Gesundheitswesen nicht in der Lage ist, flächendeckend eine qualitativ akzeptable Dienstleistung zu erbringen.

Diese Debatte, in der DFID (britisches Department for International Development) sich als erster Geber für eine Abschaffung der Nutzergebühren einsetzt, hat auch Auswirkungen auf das SM und SF. Zu freien Dienstleistungen gehören auch frei verfügbare Medikamente, das heißt es wird vermehrt mit dem Phänomen der Gratiskondome und eventuell auch von Gratiskontrazeptiva im öffentlichen Sektor zu rechnen sein, ohne dass vorher die notwendigen Reformschritte stattgefunden haben. Damit ist zu befürchten, dass es durch Schwarzverkäufe auf dem informellen Sektor vermehrt zu einem „crowding out“ von Privatsektor und SM

kommt, ohne das die eigentliche Zielgruppe des öffentlichen Sektors, die Armen, davon profitieren.

In diesem Zusammenhang wird es auch eine größere Herausforderung sein, SM- und SF-Ansätze als Teil der nationalen Gesundheitssektorstrategien über Sector Wide Approachs (SWAps) zu finanzieren.

Anlagen

Anlage 1	Übersicht über laufende Social Marketing (SM)/Social Franchising (SF)-Vorhaben in der Finanziellen Zusammenarbeit (FZ)
Anlage 2	Log Frame Matrix für Social Marketing
Anlage 3	Vertragsgestaltung mit der Social Marketing-Agentur (SMA)
Anlage 4a	Kosten- und Finanzierungsplan für Social Marketing
Anlage 4b	Kostenvergleich von Social Marketing-Vorhaben
Anlage 5	Beispiele für Terms of References (ToR) für Zwischenevaluierungen
Anlage 6	Glossar
Anlage 7	Links zu einschlägigen Publikationen und Internetseiten
Anlage 8	Adressen einschlägiger Organisationen
Anlage 9	Literaturhinweise

Übersicht über laufende SM/SF- Vorhaben

Sektor	Land	BMZ-Nr.	Vorhaben	Datum PRB	Betrag
STD u. HIV/AIDS		200266452	AIDS-Prävention in Zentralamerika	19.12.2002	4.600.000,00
STD u. HIV/AIDS	BCIE-Zentram.	200366500	HIV/AIDS-Prävention in Zentralamerika Phase II	30.12.2004	3.000.000,00
STD u. HIV/AIDS		200065615	Vermarktung v. Kontrazeptiva/HIV-Präven.	27.12.2000	2.556.459,41
STD u. HIV/AIDS		200465468	Familienplanung und HIV-Prävention II	14.06.2005	1.500.000,00
STD u. HIV/AIDS	Benin	200967042	Reproduktive Gesundheit und HIV/AIDS-Prävention	04.09.2009	3.000.000,00
STD u. HIV/AIDS		200165126	Social Marketing zur HIV-Prävention/Familienplanung, PROMACO III	12.12.2001	4.448.239,37
STD u. HIV/AIDS		200566117	Programm zur HIV/AIDS-Prävention und Förderung der reproduktiven Gesundheit (VP)	15.03.2006	9.500.000,00
STD u. HIV/AIDS	Burkina Faso	22141	Programm zur HIV/AIDS-Prävention und Förderung d. Reproduktiven Gesundheit (VPT)	15.03.2006	3.000.000,00
STD u. HIV/AIDS		200365403	HIV-AIDS-Prävention in der Karibik	01.07.2003	6.000.000,00
STD u. HIV/AIDS		200666404	HIV/AIDS-Prävention und Förderung der reproduktiven Gesundheit in der Karibik II	20.12.2007	8.000.000,00
STD u. HIV/AIDS	CARICOM	200865436	HIV/AIDS-Prävention u Förderung der reproduktiven Gesundheit in der Karibik III	20.12.2007	5.000.000,00
STD u. HIV/AIDS		200465021	HIV/AIDS Bekämpfung in Zentralafrika	19.01.2004	10.000.000,00
STD u. HIV/AIDS		21805	HIV/AIDS Bekämpfung in Zentralafrika (BM)	18.11.2008	2.045.167,50
STD u. HIV/AIDS		200866228	HIV/AIDS Bekämpfung in Zentralafrika II	18.11.2008	13.000.000,00
STD u. HIV/AIDS	CEMAC	200666560	HIV-Aids-Prävention in Zentralafrika II	18.11.2008	16.500.000,00
STD u. HIV/AIDS	Cote d'Ivoire	200465955	HIV- Aids Prävention III	29.12.2004	16.254.383,06
STD u. HIV/AIDS		200566307	Reproduktive Gesundheit und HIV/AIDS-Prävention in der ECOWAS-Region (VP)	29.12.2006	5.000.000,00
STD u. HIV/AIDS	ECOWAS	200866152	Reproduktive Gesundheit und HIV/AIDS-Prävention in der ECOWAS-Region (VPT)	29.12.2006	5.000.000,00
STD u. HIV/AIDS		200165696	Aidsprävention als Querschnittsaufgabe	27.08.2001	2.500.000,00
STD u. HIV/AIDS	Guinea	200865501	Förderung der Reproduktiven- und Familiengesundheit III	07.08.2008	7.000.000,00
STD u. HIV/AIDS	Indonesien	200366427	HIV / Aids-Prävention (Social marketing)	27.01.2004	10.633.486,58
STD u. HIV/AIDS		200165514	HIV/Aids-Bekämpfung (Inv.)	04.08.2003	2.767.751,28
STD u. HIV/AIDS		200170167	HIV/Aids-Bekämpfung (BM)	23.04.2003	800.000,00
STD u. HIV/AIDS		200766519	HIV / AIDS - Bekämpfung II (Inv)	22.12.2008	3.600.000,00
STD u. HIV/AIDS	Kirgistan	200770354	HIV - Aids - Bekämpfung II (Begleitmaßnahme)	22.12.2008	400.000,00
STD u. HIV/AIDS		200765388	HIV / AIDS-Bekämpfung		2.000.000,00
STD u. HIV/AIDS	Madagaskar	26219	HIV / AIDS Bekämpfung II (VPT)		3.000.000,00
STD u. HIV/AIDS	Malawi	199966136	Programm AIDS-Vorsorge und Familienplanung, Phase III	09.08.2001	2.556.459,41
STD u. HIV/AIDS		200366773	HIV/AIDS-Prävention und reproduktive Gesundheit in Mali (VP)	30.12.2003	4.690.000,00
STD u. HIV/AIDS	Mali	200866566	Förderung der reproduktiven Gesundheit II (FP, HIV-Prävention, Kampf gegen FGM)		6.000.000,00
STD u. HIV/AIDS	Namibia	200566547	Familienplanung III (Aids)	25.04.2006	2.000.000,00
STD u. HIV/AIDS		200065763	Social Marketing zur HIV-Prävention	29.12.2000	5.112.918,81
STD u. HIV/AIDS		200565960	Reproduktive Gesundheit einschließlich HIV-Prävention II (VP)	17.01.2008	3.000.000,00
STD u. HIV/AIDS	Niger	200866756	Familienplanung u. HIV/AIDS-Prävention III	17.01.2008	5.000.000,00
STD u. HIV/AIDS	Philippinen	200365668	Familienplanung und HIV/Aids Prävention (social Marketing)	15.12.2004	10.000.000,00
STD u. HIV/AIDS	Ruanda	200166512	HIV-Prävention/Social Marketing, Ph.III	05.03.2002	3.067.751,29
STD u. HIV/AIDS	Senegal	200265033	Soziale Vermarktung von Kontrazeptiva	04.12.2002	5.033.875,64
STD u. HIV/AIDS		200465716	Aids-Bekämpfung - Social Marketing	04.11.2004	4.000.000,00
STD u. HIV/AIDS	Sierra Leone	200765644	HIV/AIDS Prävention und Stärkung von Frauenrechten (FGM-Bekämpfung)	26.09.2007	4.000.000,00
STD u. HIV/AIDS		200266064	HIV-Prävention durch freiwilliges Beraten und Testen I	20.12.2002	9.000.000,00
STD u. HIV/AIDS	Südafrika	200466342	HIV-Prävention durch freiwilliges Beraten und Testen (VCT) II	08.02.2005	10.000.000,00
STD u. HIV/AIDS		200565796	Ko-Finanzierung Social Marketing von Kondomen und Kontrazeptiva	27.12.2005	8.000.000,00
STD u. HIV/AIDS	Tansania	200765081	Ko-Finanzierung Social Marketing von Kondomen und Kontrazeptiva II	17.04.2008	6.000.000,00
STD u. HIV/AIDS		199865098	AIDS-Prävention II	02.06.1998	5.112.918,81
STD u. HIV/AIDS	Uganda	200165308	Programm zur Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten III	03.04.2004	5.590.335,05
Familienplanung	Albanien	200465591	Familienplanung III	20.04.2004	1.000.000,00
Familienplanung		200465740	KV Programm reproduktive Gesundheit (Social Marketing)	29.12.2004	4.500.000,00
Familienplanung		200765230	Reproduktive Gesundheit II /Social Marketing	29.09.2009	3.000.000,00
Familienplanung	Jemen	200966184	Reproduktive Gesundheit III	29.09.2009	7.000.000,00
STD u. HIV/AIDS		200165852	Sektorprogramm Gesundheitshilfe, Komponente HIV/AIDS	20.12.2001	6.646.794,46
Familienplanung		199665126	Sektorbez. Programm Gesundheit u. FP II	08.05.1996	16.003.435,88
Familienplanung		200065920	Sektorbezogenes Programm Gesundheit und Familienplanung III	01.11.2001	8.180.670,10
Familienplanung	Vietnam	200366492	Sektorprogramm Gesundheit und Familienpl./HIV/AIDS IV	25.11.2004	10.000.000,00
Familienplanung		199865163	Familienplanung und AIDS-Prävention	20.11.1998	2.556.459,41
Familienplanung	Äthiopien	200266197	Bekämpfung von HIV/AIDS II	22.10.2004	3.000.000,00
Reprod. Gesundheit	Kambodscha	200565135	Reproduktive Gesundheit II	08.08.2005	7.000.000,00

Logframe Social Marketing

Overall Objective
Contribute to the improvement of SRHR through a reduction of unwanted pregnancies and HIV-infections while ensuring individual freedom of choice.

Indicators of achievement of the overall objective

Total fertility rate
HIV- prevalence rate
Infections with other sexually transmitted diseases

Assumptions for achieving the overall objective
The government shows a strong political will to combat HIV and promote SRHR
HIV virus is mainly transmitted via sexual contact.
No crowding out of private sector products through SM sales acivities
Political stability in a country and the region

Project Purpose
Imcreased preventive knowledge with regard to HIV/STD and contraception; increased responsible attitudes and bahavoir with regards to sexuality; increased use of modern contraceptives and condoms;

Indicators of achievement of the project purpose

Contraceptive prevalence rate
Availability (access, coverage) of products for a specific target group
Increase in the use of condoms / contraceptives among target groups by @%
Changed sexual behaviour patterns towards more responsibility and equality
Better knowledge of AIDS and methods of contraception among special target groups (increase by @%)

Assumptions for achieving the project purpose
Sufficient political backing for the program
Contractual partners of the project executing agency abide by the agreements made.
Sufficient technical capacity within the SMA

Result 1:
The target group has better knowledge and behaviour with regard to HIV, STD, family planning,

- IEC/BCC radio/television campaigns
- Training of peer educators/NGOs
- road shows and theatre groups
- life skill programs (integrated into school curriculum)

Result 2:
Accessability and affordability of SRH commodities has improved

- establish and extend distribution network
- transfer sales to a wholesaler based system
- information /training of service providers (pharmacists, midwifes, doctors)
- regular price and market surveys

Result 3:
The technical and organizational capacity of the local SMA is increased

- Improve computer-based systems like MIS
- Assure warehousing and procurements works safe and efficiently
- Training of staff in reserach and marketing methods
- Procurement of vehicles and necessary equipment
- Introduce an adequate monitoring system for activities

Result 4:
Women have better access to information and support regarding FGM and gender based

- design communication concept based on value of non-circumc. Women
- set up network and train NGOs and CSOs
- lobbying against FGM on political and religious level
- interpersonal communication appraoch with local opinion leaders

Result 5:
other: PLWHA / aids orphans / child health

- 0
- 0
- 0
- 0

Measures related to more than one result:
Monitoring and evaluation of program results and targets
Coordination with relevant ministries and authorities

Assumptions for achieving the results:
No major governmental or political obstruction of the programme.
Wholesalers of pharamceuticals operating statewide can be involved in the distribution of the contraceptives.

Vertragsgestaltung mit der Social Marketing Agentur (SMA)

Die laufenden Social Marketing Vorhaben werden unter unterschiedlichen vertraglichen Rahmenbedingungen durchgeführt. Folgende "Modelle" lassen sich unterscheiden:

1. "Projektträger-Modell"

   Dreiseitiger Finanzierungsvertrag mit den zuständigen Ministerien der Regierung des EL und der Social Marketing Agentur; Besondere Vereinbarungen mit der (internationalen) Social Marketing Agentur.

2. "Generalunternehmer-Modell"

   Zweiseitiger Finanzierungsvertrag u. Besondere Vereinbarungen mit den zuständigen Ministerien der Regierung des EL; Generalunternehmer-Vertrag zwischen Fachministerium und der (internationalen) Social Marketing Agentur.

3. "Consultant-Modell"

   a) Zweiseitiger Finanzierungsvertrag u. Besondere Vereinbarungen mit den zuständigen Ministerien der Regierung des EL; Consulting-Vertrag zwischen Fachministerium und der (internationalen) Social Marketing Agentur zur Unterstützung einer lokalen NRO.

   b) Zweiseitiger Finanzierungsvertrag u. Besondere Vereinbarungen mit den zuständigen Ministerien der Regierung des EL; Durchführungs-/Generalunternehmervertrag zwischen Ministerien und lokaler NRO. Consulting-Vertrag zwischen lokaler NRO und der (internationalen) Social Marketing Agentur.

Im Hinblick auf „Ownership“ ist das „Consultant-Modell“ (3b) am wünschenswertesten. Bei dieser vertraglichen Lösung erhält eine nationale NRO aufgrund einer rechtlich bindenden Vereinbarung mit der Empfängerregierung des FZ-Beitrags die volle Verantwortung für die Projektdurchführung.

Folgende Aspekte sind vertraglich an entsprechender Stelle zu regeln:

- Den Social Marketing Agenturen bzw. den lokalen NRO ist finanzielle, personelle und konzeptionelle Autonomie für die Projektdurchführung und die anfallenden Beschaffungen einzuräumen; willkürliche Eingriffe von Seiten der Regierung im Zuge der Projektdurchführung müssen ausgeschlossen werden. Dies bedeutet auch, dass darauf zu achten ist, dass den Social Marketing Agenturen bzw. den lokalen NRO ein autonomer Rechtsstatus eingeräumt wird.
- Für die an sich wünschenswerte Ausübung einer staatlichen Kontrollfunktion für die Durchführung von Social Marketing-Vorhaben sind in den meisten Partnerländern keine ausreichenden und handlungsfähigen Kapazitäten vorhanden. Daher ist im Vorfeld vertraglich zu vereinbaren, dass diese Kontrollfunktion im Hinblick auf die finanzielle und personelle Abwicklung der Social Marketing-Vorhaben durch externe Auditors vorgenommen wird. Im Hinblick auf die konzeptionelle Abwicklung sind extern durchgeführte Mid-Term-Reviews vorzusehen, deren Kosten im FZ-Volumen zu berücksichtigen sind und deren Durchführung Vertragsbestandteil sein sollte.

- In einzelnen Ländern zur Beobachtung von Social Marketing-Vorhaben eingesetzte nationale Monitoring Committees kommen nach den vorliegenden Erfahrungen ihrer Aufgabe kaum nach; während diese Committees im Regelfall unter Beteiligung der Regierung arbeiten, deren zuständiges Fachministerium berechtigtes Interesse an der Begleitung des Projektgeschehens hat, ist darauf zu achten, dass die Zusammensetzung der Committees eine sachorientierte Überwachung des Projekts erlaubt und nicht zur willkürlichen Einflussnahme führt.
- Im Sinne von Ownership, Transparenz und lokalem capacity building sind die Verfügungsfonds für die Durchführung im Durchführungsland einzurichten und von der lokalen SMA zu führen. Der internationale Consultant hat Kontroll- und Beratungsfunktionen. Die Verkaufseinnahmen des Projektes sind auf einem separaten Konto zu erfassen. Die Abrufberechtigung sollte bei der lokalen Projektleitung in Verbindung mit dem internationalen Consultant liegen.
- Beschaffungen sollten grundsätzlich international ausgeschrieben werden und in üblichen standardisierten Verfahren erfolgen. Bei Beschaffungsverträgen sind längerfristige Rahmenverträge empfehlenswert, die zwar im Falle von Preisrückgängen zu Einbußen führen können, die aber erhebliche Aufwandsminderung bedeuten und sich damit insgesamt kostenmindernd auswirken bzw. die entwicklungspolitische Wirksamkeit erhöhen (andernfalls etwa Gefahr von Lieferunterbrechungen durch verzögerte Beschaffung). Die Vergütung von Beschaffungsleistungen muss klar und transparent geregelt sein (Trennung Beschaffungsmarge/Consultantvergütung - keine Doppelung!)
- Die Qualitätssicherung gelieferter Produkte muss sichergestellt sein. Es bietet sich an, Lieferung, Sampling und Testing in einem Vertrag zusammenzufassen, der auch die Rücknahmeverpflichtungen des Lieferanten regelt. Mit der Qualitätstestung sollten nur international anerkannte Testlabors beauftragt werden. Diese Vorgehensweise soll Qualität auch dann sicherstellen, wenn im Empfängerland kein leistungsfähiges nationales QS-System existiert.

Im Hinblick auf die Markenrechte ist bei Neu- und Folgevorhaben vertraglich vorzusehen, dass Inhaber be- und entstehender Rechte die öffentliche Hand des Empfängers/Darlehensnehmers ist. Diese macht die Nutzungsrechte bedarfsgerecht und zielgerichtet für den Zeitraum FZ-finanzierter Durchführung und möglichst darüber hinaus den Durchführungsorganisationen der Social Marketing - Aktivitäten verfügbar. Bei vorbestehenden Markenrechten einer SMA ist eine analoge Regelung zu vereinbaren.

Kosten- und Finanzierungsplan für Social Marketing

	Budget Summary	Cost					Finance		
		local cost	foreign currency cost	Total cost mio xxx	Total cost mio Euro	% of baseline cost	KfW mio Euro	Sales income mio Euro	other sponsors mio Euro
1.	**Contraceptives**								
	Product 1 (+packaging+transp)								
	Product 2 (+packaging+transp)								
	Quality control								
2.	**Marketing / BCC**								
	branded promotion								
	BCC								
	market reserach (pre tests)								
	other								
3.	**Operations**								
3.1	Local staff								
	salary								
	other								
3.2.	local consultancies								
3.3	Running cost								
	office (rent, water, electricity)								
	communication (tel, DHL)								
	office maintenance and gards								
	vehicle operations								
	travel expenses								
	insurances								
	bank fees								
	other running cost								
4.	**Equipment**								
	vehicles and motorbikes								
	Computers								
	office equipment								
	other								
5.	**Monitoring and Evaluation**								
	Studies (KAP, MAP, TRaC..)								
	Mid/end-term evaluation								
	Auditor								
6.	**Training and conferences**								
	Training								
	Conferences								
7.	**Consultant**								
	international staff								
	short terms experts								
	procurement fee (max 4%)*								
8.	**Sub-total**								
	Contingencies (%)								
9.	**Total cost and finance**								

Project output	units	CYP**
product 1		
product 2		
product 3		
....		
total	-	

Efficiency Indicatos	
Total cost/ CYP	
sales income/total cost	
sales income / operational cost	

Achtung: Falls admin. Overheads gefordert werden, ersetzen diese backstopping Kosten, die ansonsten auf Langzeiterhonorare auf gerechnet sind (Risiko der doppelten Verrechnung)!!

Kostenvergleich Social Marketing

	Kosten	C™te d'Ivoire 2004 65 955		Tansania 2007 65 081		Guinea 2008 65 501		Mali (SM) 2008 66 566		Benin 2009 67 042		Sierra Leone (SM) 2007 65 644	
1	Kontrazeptiva	3,25	33%	13,1	37%	3,9	19%	2,83	57%	1,25	40%	0,74	21%
2	Marketing / BCC	1,82	18%	7,26	20%	3,55	18%	0,56	11%	0,39	12%	0,81	23%
3	Ausr□stung	0,30	3%	1,05	3%	0,85	4%	-	-	0,11	3%	0,29	8%
4	lokales Personal	2,00	20%	8,49	24%	3,4	17%			0,45	14%	0,33	9%
5	laufende Kosten	1,03	10%	1,60	5%	2,55	13%	1,19	24%	0,67	21%	0,35	10%
6	Begleitstudien, M&E	0,35	4%	0,47	1%	2,1	10%	0,07	1%	-	-	0,09	3%
7	Training, Konferenzen	0,12	1%	0,28	1%	0,95	5%	-	-	-	-	-	-
8	Consulting + Admin. Fee + Proc. Fe	1,00	10%	3,18	9%	2,9	14%	0,29	6%	0,29	9%	0,95	27%
9	**Basiskosten**	**9,87**	**100%**	**35,43**	**100%**	**20,2**	**100%**	**4,94**	**100%**	**3,16**	**100%**	**3,56**	**100%**
10	Contingencies	0,94		0,76		0,35		0,23		0,16		0,28	
11	**Gesamtkosten**	**10,81**		**36,19**		**20,55**		**5,17**		**3,32**		**3,84**	

Kontrazeptivamengen	div.	k.A.	k.A.	div.	div.	k.A
CYP	876.666	k.A	690.704	952.375	311.394	k.A.
Verkaufseinnahmen	2,77	1,2	1,55	0,86	0,38	0,35

Effizienzkennziffern*	C™te d'Ivoire		Tansania		Guinea		Mali (SM)		Benin		Sierra Leone (SM)	
Kosten / CYP	12,33		n.v.		29,75		5,43		10,66		n.v.	
Gesamtkostendeckung (11)	26%		3%		8%		17%		11%		9%	
Betriebskostendeckung (4+5)**	91%		12%		26%		72%		33%		51%	

* Schätzung bei Prüfung

** Die Betriebskosten entsprechen dem Punkt 3 des neuen SM-Musterbudgets (siehe Anlage 4)

In Mali kommt noch eine Social Franchising Komponente von 1,7 mio EUR hinzu.

In Sierra Leone werden die Kosten des SM (Phase 1 u.2) betrachtet ohne neue Komponenten wie Impact Mitigation Fund und NAC-Finanzierung

In der C™te d'Ivoire beziehen sich die Angabe auf die Aufstockung von 2007

ToR für Zwischenevaluierungen

1. Einleitung

- Kurzdarstellung des Projekts: Maßnahmen; Ziele; vorgesehene Zielgruppe; Finanzierungsvolumen
- Zielrichtung des Mid Term Review: Evaluierung des bisherigen Projektverlaufs; gegebenenfalls Vorschläge für Konzeptionsänderungen des Projekts
- Methodik: Durchsicht vorliegender Datensammlungen (Demographic and Health Surveys) und Studien sowie von Projektdokumenten; Interviews mit Vertretern des Projektmanagement, der zuständigen Ministerien, anderer Geber / NROs, die im Bereich reproduktive Gesundheit aktiv sind; Besuche des Managementbüros, von Abgabestellen (Kioske), der Lagerhaltungseinrichtungen; Gespräche mit jeweils Zuständigen und mit Vertretern der Zielgruppe

2. Evaluierung des bisherigen Projektverlaufs

2.1 Überprüfung der Ausgangslage im Gesundheitssektor

- Entwicklung der sozioökonomischen und soziokulturellen Daten
- Entwicklung der kontrazeptiven Prävalenzrate (CPR) / der Fruchtbarkeitsraten / der HIV-Prävalenzrate (falls möglich, Unterscheidung städtisch/ländlich)
- Entwicklung der **politischen Rahmenbedingungen** im Hinblick auf HIV/AIDS-Bekämpfung und FP einschließlich der Einflussnahme religiöser Gruppierungen; Grad der Akzeptanz des Social Marketing Vorhabens durch die Regierungsseite
- **Marktentwicklung**: Welche „Konkurrenzprodukte" gibt es zum Social-Marketing Produkt und in welchen Preissegmenten sind diese eingeordnet? Wie hat sich das privatwirtschaftliche Angebot entwickelt? Werden Produkte in Gesundheitseinrichtungen gratis verteilt? Finden sich Gratisprodukte zum Verkauf im informellen Sektor wieder?
- **Aufgabenverteilung** zwischen den Ministerien; Rolle des Privatsektors in der reproduktiven Gesundheit; Zusammenarbeit zwischen öffentlichem (Gesundheitsministerium etc.) und privatem Sektor bzw. NRO: wer macht was (wie)?
- Maßnahmen **anderer Geber** / NROs
- von der öffentlichen Hand oder privaten Einrichtungen für die **Zukunft** geplante Maßnahmen im Bereich reproduktive Gesundheit: was, wo, wie, wofür/für wen?
- Vergleich der aktuellen Situation mit der Situation zu Beginn der Programmdurchführung, Einschätzung des bestehenden *unmet need* bzw. der Nachfrage nach Familienplanungsdienstleistungen bzw. Leistungen der reproduktiven Gesundheit

2.2 Evaluierung der durchgeführten Maßnahmen und Ergebnisse

- Analyse der geographischen Ausdehnung der Projektmaßnahmen und Grad der **Zielgruppenerreichung**; Abweichungen und Gründe für Abweichungen von ursprünglich vorgesehener Zielgruppe, Zugangsbarrieren für die Zielgruppe
- Entwicklung der **Kontrazeptivaverkäufe**; Vergleich von Plan- und Ist-Größen; geographische Verteilung; Gründe für Abweichungen
- Analyse der **Vertriebsstruktur**: Anzahl der Groß- und Einzelhändler, geographische Verteilung (ländl./städt.), Typisierung der Verkaufsstellen. Welche Verpackungseinheiten gibt es und wie ist die Preis- und Margenstruktur?
- Analyse des **Vertriebssystems**: Anteil der direkten Verkäufe (zwischen Projektpersonal und Einzelhandel - sei es im Auftrag der SMA oder des Großhandels. Gibt es Ver-

kaufsanreize für den Handel? Bezahlungssystem (auf Kredit)? Wie gelangen die Produkte zum Handel – Abholung oder Versand über Dritte oder Auslieferung durch SMA? Welche Merchandising-Maßnahmen gibt es und sind diese im Rahmen des akzeptablen? Wie viele Gratiskondome werden verteilt (<5%)?

- Analyse des **Lagerhaltungsystems**: Zahl und Art der Lager; Lagerbedingungen, Lagerbestände, Engpässe und Gründe dafür; Kommen Produkte verpackt oder findet Verpackung durch das Projekt statt? Ist die Lagerbuchführung formal und inhaltlich korrekt? Gibt es Schwachstellen (Abgleich mit Verkaufszahlen und Buchhaltung)? Wie sind die Bestellabläufe seitens der Kunden?
- Analyse von **Marketing und Aufklärungsmaßnahmen (IEC, BCC)**: Beschreibung und Beurteilung der Maßnahmen und ihrer jeweiligen Zielgruppenorientierung (z.B. Jugendliche, Hochrisikogruppen), Welche Medien und Instrumente werden eingesetzt? Gewichtung von Massen- vs. interpersoneller Kommunikation? Gewichtung von Produktwerbung und generischen Botschaften? Anzahl und Qualifikation der kontrahierten Experten,
- Recherche und **Begleitforschung**: Welche operativen Studien wurden zur Vorbereitung und Erfolgskontrolle von Maßnahmen durchgeführt (z.B. pre- und post-tests bei BCC und IEC, Konsumentenprofil und Preiselastizität für Branding..)? Wie wird die Größe und das Funktionieren des Vertriebssystems (z.B. Einhaltung der Preise) gemonitort? Welche Studien gibt es als Baseline oder Monitoring Studien (KAP, MAP)?

2.3 Beurteilung des Managements der Social Marketing Agentur (SMA)

- Entwicklung der personellen, finanziellen und technischen Kapazitäten der SMA; Welche Leistungsanreize setzt die Entlohnung?
- betriebsinterne Kommunikation und Führungsstil; Wie findet Wissensmanagement statt (z.B. Lessons learnt von einer Abteilung in die andere übertregen)
- Umfang und Bedeutung der **Trainingsmaßnahmen**; Anzahl des geschulten Personals der SMA, Inhalte und Dauer der Schulung, Kosten; Anzahl der geschulten *community based partners*, Inhalte und Dauer der Schulung, Kosten; Anzahl des geschulten Personals des *counterparts* (z.B. Gesundheitsministerium); Inhalte und Dauer der Schulung, Kosten
- Beurteilung des **Management Information Systems (MIS**). Erlaubt es einen Zahlenabgleich von Verkauf, Lager und Buchhaltung? Nach welchen Regeln werden Produkte nachbestellt? Existiert eine Kostenrechnung? Werden Kosten und Wirkung z.B. einzelner Marketing-Instrumente ausgewertet?
- Analyse von Maßnahmen zur Förderung der **Nachhaltigkeit**; Grad der Einbettung ins sektorale Umfeld (Gesundheitsministerium, NRO, etc.), Einschätzung der Bemühungen der SMA um nachhaltige Einbettung ins sektorale Umfeld, verfügbare Geberfinanzierungen und deren Dauer

2.4 Analyse der Kosteneffizienz und der Effektivität der Maßnahmen

- Beurteilung der Beschaffungs- und Verteilungskosten der Kontrazeptiva
- Einschätzung der Angemessenheit der Preise und Händlermargen für Kontrazeptiva, Preisvergleich mit anderen Produkten am Markt, Spielräume für Preiserhöhungen, Funktionstüchtigkeit von Preiskontrollmechanismen
- Darstellung der aktuellen Einnahmen aus Verkäufen und Prognose für den weiteren Projektverlauf
- Beurteilung der Kostenkomponenten der Durchführung: Management, Beschaffung, Lagerhaltung, Vertrieb, Begleitforschung, Training, IEC/BCC-Maßnahmen; Analyse von Einsparpotenzialen bei den einzelnen Kostenkomponenten

- Berechnung der aktuellen Kosten pro Paarverhütungsjahr sowie der entsprechenden voraussichtlichen Entwicklung im weiteren Projektverlauf
- Berechnung des aktuellen Kostendeckungsgrads (Gesamtkosten und Betriebskosten) aus Verkaufserlösen sowie der entsprechenden voraussichtlichen Entwicklung im weiteren Projektverlauf, Subventionsbedarf

3. Schlussfolgerungen/ Vorschläge für die Weiterführung des Programms

- gegebenenfalls erforderliche Konzeptionsänderungen im Hinblick auf institutionelle Einbindung
- gegebenenfalls Koordinierung mit anderen Vorhaben und Maßnahmen im öffentlichen und nicht-öffentlichen Sektor
- erforderliche Maßnahmen zur besseren oder neu ausgerichteten Zielgruppenerreichung
- erforderliche Annpassungen des Lagerhaltungs- und Verteilungssystems sowie der Preise und Händlermargen
- gegebenenfalls erforderliche Neuorientierung des Projektmanagements
- erforderlichen Anpassungen der Trainings und der IEC-Maßnahmen
- sonstige Maßnahmen zur Erhöhung der Kosteneffizienz und Effektivität der Maßnahmen
- Kostenschätzung und Durchführungszeitplan für weiteren Projektverlauf

Glossar

Abbrecherquoten (engl: Drop-out rate): relative Zahl der ehemaligen Nutzer einer Verhütungsmethode, die diese nicht weiter anwenden. Die Daten stammen aus Befragungen im Rahmen nationaler Gesundheitssurveys

AIDS – Acquired Immuno-Deficiency Syndrome: durch HIV-Erreger verursachte Erkrankung

Antiretrovirale Therapie (ARV): Behandlung mit Medikamenten, die gegen Viren wirksam sind. Gemeint ist im Zusammenhang von SRG meist die Therapie von HIV-Infektionen. Diese ist (derzeit noch) nicht nur teurer, sondern auch sehr komplex und aufwändig in der Durchführung, was ihre Verwendbarkeit unter ressourcenarmen Bedingungen erheblich einschränkt.

Bevölkerungswachstum: Bevölkerungszunahme/-abnahme in einem Jahr infolge der natürlichen Bevölkerungsveränderung durch Geburten und Sterbefälle und Netto-Wanderungsbewegung, ausgedrückt als Rate in %

Branding: kommerzielle Positionierung eines Produkts mithilfe eines Markennamens

DALY (engl: disability adjusted life years) ist ein von der Weltbank entwickelte Maß für Lebensqualität und wird als Messgröße für die Effektivität und Effizienz von Gesundheitsinterventionen benutzt. Es beschreibt die ohne Beeinträchtigung durch eine Krankheit verbrachte Lebenszeit.

Chapman-Index: Kriterium zur Preisbildung von Verhütungsmitteln: Die jeweilige Zielgruppe sollte in der Lage sein, den Bedarf an Verhütungsmitteln für ein Jahr mit dem Durchschnittslohn von 2 Arbeitstagen zu erwirtschaften. In der Praxis wird dieser Wert mit 1% des jährlichen Haushaltseinkommens gleichgesetzt.

Fertilität (engl: TFR, Total Fertility Rate): Sie drückt die Zahl der lebend geborenen Kinder aus, die eine Frau (oder eine Gruppe von Frauen) im Durchschnitt insgesamt zur Welt bringen würde, wenn sie in jedem Jahr ihres gebärfähigen Alters entsprechend den vorherrschenden altersspezifischen Geburtenziffern Kinder bekäme (= durchschnittlich zu erwartende Kinderzahl einer Frau bei Berücksichtigung der altersbezogenen dynamischen Entwicklung im Zeitablauf)

Geburtenrate (engl: CBR Crude Birth Rate): Zahl der Lebendgeborenen pro Jahr bezogen auf die Mitjahresbevölkerungszahl; Angabe pro 1.000 Einwohner

Gender: bezeichnet das soziale oder psychologische Geschlecht im Unterschied zum biologischen Geschlecht (engl: Sex). Gender bezeichnet die soziale Geschlechtsrolle beziehungsweise die sozialen Geschlechtsmerkmale – nicht die körperlichen. Es bezeichnet also alles, was in einer Kultur als typisch für ein bestimmtes Geschlecht angesehen wird (zum Beispiel Kleidung, Beruf und so weiter)

Gender-Marketing ist ein Ansatz zur Vermarktung von Produkten und Dienstleistungen. Er zielt auf die Entwicklung und Herstellung von Produkten und Dienstleistungen, die für Männer oder Frauen unterschiedliche Vorteile haben. Außerdem sollen diese Vorteile bei der Bewerbung und dem Verkauf von Produkten und Dienstleistungen durch das Gender-Marketing besonders herausgestellt werden. Dabei werden nicht zwangsläufig traditionelle Geschlechterrollen angesprochen, sondern durchaus neue Entwicklungen und Geschlechterentwürfe berücksichtigt. Geschlechterrollen sind daher nicht mehr nur ein Sozialthema, sondern werden vom Gender-Marketing als ein wichtiger Wirtschaftsfaktor angesehen.

Gesamtkostendeckung: Verkaufserlöse in Relation zu den Gesamtkosten über den gesamten Durchführungszeitraum

HIV – Human Immuno-Deficiency Virus: AIDS-Erreger, gehört zur Gruppe der sog. Retroviren

HIV-Prävalenzrate: Anteil der HIV-infizierten Menschen (Angabe pro 100.000 oder in Prozent). Eine HIV-Pävalenz von >1% gilt als sog. generalisierte Prävalenz, bei der die allgemeine Bevölkerung eines Landes betroffen ist. Länder mit einer HIV-Prävalenz von >5% gelten als Hochprävalenzländer.

IEC – Information, Education, Communication: Umfassende Aufklärungsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung, Neuere Konzepte sind **BCC** – Behaviour Change Communication oder Behaviour Change Intervention, die explizit das Element der gewünschten Verhaltensänderung einbeziehen.

Implantat (engl: implant): hormonelles Verhütungsmittel, das als Stäbchen im Arm unter der Haut angebracht wird und sukzessive Hormone in Höhe der Minipille abgibt.

IUD (engl: Intra-Uterine Device): Verhütungsmittel aus Plastik, teilweise mit Kupferbeschichtung, das in den Uterus eingesetzt wird (Spirale)

KAP-Studie (engl: KAP – Knowledge, Attitude, Practice): Sozialwissenschaftliche Befragungsstudie zur Erhebung von Informationsstand, Einstellungen und Verhalten einer - im Idealfall - standardisierten Bevölkerungsstichprobe, i.d.R. mittels Fragebogen. Ergänzt wird diese quantitative Methode oft durch qualitative Erhebungsmethoden (sog. „Fokusgruppen“ oder Tiefeninterviews in ausgewählten Informantengruppen).

Kindersterblichkeit (engl: Under-Five Mortality Rate (U5MR): Die jährliche Zahl von Sterbefällen bei Kindern bis zur Vollendung des fünften Lebensjahres pro 1.000 Lebendgeburten im Durchschnitt der letzten fünf Jahre (Die U5MR ist ein noch recht junger Indikator auf internationaler Ebene; früher wurde Säuglingssterblichkeit (unter 1 Jahr) und Kindersterblichkeit (nach dem 1. bis zum Beginn des 5. Lebensjahres getrennt erfasst)

Konsumentenprofil (consumer profile): Zielgruppenbeschreibung anhand der geographischen, demographischen, sozioökonomischen und psychologischen Variablen, die für die Zielgruppenidentifikation / Marktsegmentierung verwandt werden

Kontrazeptive Prävalenzrate (engl: CPR - Contraceptive Prevalence Rate): Anteil von Paaren (Frauen im gebärfähigen Alter und deren Partner), die irgendeine Methode der Empfängnisverhütung anwenden. Es wird zwischen modernen und traditionellen Methoden unterschieden, wobei für den Kontext von Social Marketing vorhaben nur die modernen Methoden relevant sind.

Kosten/CYP: Gesamtkosten eines Vorhabens (einschließlich Kosten für Consultingleistungen / Werbung / Aufklärung / Verteilung etc) über den gesamten Durchführungszeitraum umgelegt auf die bereitgestellten CYP

Lebenserwartung: Zahl der Jahre, die ein neugeborenes Kind bei Fortbestehen der jeweiligen altersspezifischen Sterblichkeitsverhältnisse im Durchschnitt leben würde

Marktsegmentierung: Auswahl des Marktsegments, das durch die Social Marketing-Maßnahme erreicht werden soll. Als geographische, demographische, sozioökonomische und psychologische Variablen der Segmentierung und Grundlage des Targeting bzw. der Erstellung des Konsumentenprofils dienen z.B. Alter, Geschlecht, Einkommen, Bildung, Beruf, Wohnort, etc. Als Planungsgrundlage dienen unterschiedliche Formen der Marktforschung, inkl. KAP-Studien.

Müttersterblichkeit: Zahl der Sterbefälle unter Frauen aufgrund von Komplikationen bei Schwangerschaft oder Geburt je 100.000 Lebendgeburten in einem bestimmten Jahr

Paar-Verhütungsjahre (engl: CYP – Couple-Years of Protection): Synthetische Größe zur Angabe der aus der Anwendung unterschiedlicher Methoden zu erwartenden Familienplanungswirkung (geschützte Paare pro Jahr); wird errechnet aus der Zahl verteilter oder verkaufter Kontrazeptiva. Aus CYP kann nicht direkt auf die CPR zurück geschlossen werden, gilt jedoch als Annäherungswert.

Kondome / Frauenkondome	120 pro CYP *)
Spermizidtabletten	120 pro CYP *)

Orale Kontrazeptiva (Zyklen)	15 pro CYP *)
Injectables (injizierbare Kontrazeptiva, etwa Depo-Provera)	4 pro CYP (für 3-Monatspräparate); 6 pro CYP (für 2-Monatspräparate)
Notfallpille	20 pro CYP
IUD (Spirale)	3,5 CYP pro IUD *)
Implantat	3,5 CYP pro Implantat
Diaphragma	1 CYP pro Einsatz
Sterilisation	8 CYP pro Eingriff (Afrika, MENA) 10 CYP pro Eingriff (Asien, Latein Am.)

*) Hinweis: die Standards zu Berechnung der CYP je Methode werden international nicht einheitlich verwendet. Bei entsprechenden statistischen Angaben einzelner Länder ist dies zu verifizieren

Preisbildung (engl: Pricing): Die Preisfestsetzung eines Social Marketing-Produkts hängt wesentlich von der Zielsetzung ab. Um die kontrazeptive Prävalenz bzw. die Nutzung von Kondomen zur HIV/AIDS-Prävention flächendeckend und besonders in ärmeren Bevölkerungsschichten zu verbessern ist neben Aufklärung und Werbung auch ein ausreichendes Angebot der Produkte zu erschwinglichen Preisen erforderlich. Als Kriterium für die Preisbildung wird meist der sog. →Chapman-Index verwandt.

Push/Pull-Strategie: Vertriebsstrategien im Social Marketing. „Push" ist angebotsorientiert und „drückt" die Ware über Anreize für den Einzelhandel in den Markt hinein (hoher Aufwand an Vertriebspersonal). „Pull" ist nachfrageorientiert, Ansatzpunkt ist der Konsument, dem über Werbung und BCC Kaufanreize gesetzt werden. Der Groß- und Einzelhandel wird dann versuchen, diese Nachfrage zu erfüllen, indem er die Produkte bei der Social Marketing Agentur beschafft.

Sexually Transmitted Diseases - STD (oder auch Infections – STI): Durch Geschlechtsverkehr übertragbare Erkrankungen. Hierzu zählen sowohl Erkrankungen, die vornehmlich die Geschlechtsorgane betreffen, wie zum Beispiel Gonorrhoe als auch Allgemeininfektionen wie HIV/AIDS oder bestimmte Formen von Hepatitis

Sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRG): das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden hinsichtlich aller die Fortpflanzung und die Sexualität betreffenden Aspekte. Dies schließt das Recht jedes Individuums auf Entscheidung über Kinderzahl und den Zeitpunkt der Elternschaft ein.

Social Franchising: Vertragsbeziehung zwischen einem Franchise-Geber (Franchiser) und einem Franchise-Nehmer (Franchisee). Der Franchisee profitiert vom Franchising-Netzwerk durch ein Set von Leistungen, das der Franchise-Geber anbietet: Nutzung von Marken und Markenwerbung, fachliche Schulungen, etc.. Im Gegenzug müssen die Franchisees sich einem Katalog von Regeln unterwerfen: Qualitäts- und Preisstandards einhalten, Qualitätskontrollen zulassen, Berichtspflichten erfüllen und ggf. auch Gebühren an den Franchiser entrichten.

Social Marketing: Vermarktung von sozial nützlichen Produkten über marktübliche Handelsstrukturen (Privatsektor) zu subventionierten Preisen unter Verwendung kommerzieller Vermarktungsmethoden. Dieser Ansatz wird unterstützt, um eine Nachfrage zu befriedigen, die weder von öffentlichen Einrichtungen noch vom kommerziellen Sektor selber gedeckt werden wird. Im Kontext von SRG werden derzeit zumeist Kondome und bestimmte Kontrazeptiva sozial vermarktet. Das Konzept könnte eine wesentlich breitere Anwendung finden.

Sugar Daddy: In vielen Ländern verkaufen Mädchen sexuelle Dienstleistungen an ältere und zumeist wohlhabende Männer, oft um dafür Schulmaterialien zu kaufen oder Schulgebühren zu bezahlen. Diese Männer werden in manchen Ländern Afrikas als Sugar Daddies bezeichnet.

Links zu einschlägigen Publikationen und Websites

Institutionen

BMZ	http://www.bmz.de/de/themen/gesundheit/HIVAIDS/index.html
	http://www.bmz.de/de/themen/gesundheit/reproduktive_gesundheit/index.html
GTZ	http://www.gtz.de/de/themen/soziale-entwicklung/gesundheit-bevoelkerung/10969.htm
DSW	http://www.weltbevoelkerung.de
UNAIDS	http://www.unaids.org/en/CountryResponses/default.asp
WHO	http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en/
UNFPA	https://www.unfpa.org/public/publications/pubs_rh
USAID	http://www.shopsproject.org/ und
	http://www.usaid.gov/our_work/global_health/
DFID	http://www.dfidhealthrc.org/publications/
PSI	http://www.psi.org/research/
RHSC	http://www.rhsupplies.org
PMNCH	http://www.who.int/pmnch/en/
FHI	http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Contents.htm

Publikationen

The Lancet	http://www.thelancet.com/
HIVInsight	http://hivinsite.ucsf.edu/
HIV/AIDS Epidemiological fact sheets	http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en/
Demografic and Health Survey	http://www.measuredhs.com/
University of California, San Francisco, Health Sciences	http://globalhealthsciences.ucsf.edu/GHG/
UNAIDS Best Practice Collection	http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC167-SocMarketing_en.pdf
Internationaler Dialog Bevölkerung & Entwicklung	http://www.dialogue-population-development.info/index.htm
Reproductive Health Matters	http://www.rhmjournal.org.uk/publications/back-issues.php

Adressen einschlägiger Organisationen

1. Consultingfirmen

EPOS - Health Consultants
Hindenburgring 18
D – 61348 Bad Homburg
Tel.: 06172 - 930 – 370/373
Fax: 06172 - 930 – 372
Email: eposHQ@epos.de
Website: www.epos.de

The Futures Group International
One Thomas Circle, NW, Suite 200
Washington, DC 20005, USA
Tel.: + 1 - 202 - 775 – 9680
Fax: + 1 - 202 - 775 – 9694
Email: info@futuresgroup.com
Website: www.futuresgroup.com/

GFA CONSULTING GROUP
Eulenkrugstr. 82
22359 Hamburg
Tel.: 040 - 60306 – 413
Fax: 040 - 60306 – 499
Email: medica@gfa-group.de
Website: www.gfa-group.de/

GITEC Consult GmbH - Health -
Bongardstr. 3
40479 Düsseldorf
Tel.: 0211 - 4408 – 127
Fax: 0211 - 4408 – 204
Email: gitec@gitec-consult.de
Website: http://gitec-consult.com/

Abt Associates Inc.
4550 Montgomery Lane
Suite 800 North
Bethesda, MD. USA 20814-3343
Tel.: + 1 - 301-634-1700
Website: www.abtassociates.com/index.cfm

Options Consultancy Services Ltd.
6 Grafton Mews
London W1P 5LF, UK
Tel.: + 44 - 171 - 383 – 2494
Fax: + 44 - 171 - 388 – 1884
Email: info@options.co.uk
Website: http://www.options.co.uk/

2. NROs

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
Göttinger Chaussee 115
30459 Hannover
Tel.: 0511 - 94373 – 0
Fax: 0511 - 2345051
Email: info@dsw-hannover.de
Website: http://www.weltbevoelkerung.de/

DKT International
1120 19th Street, N.W., Suite 610
Washington, DC 20036, USA
Tel.: +1 - 202 - 785 – 0094
Fax: + 1 - 202 - 223 – 5351
Email: dktmichele@delphi.com
Website: http://dktinternational.org/

International Planned Parenthood Federation (IPPF)
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS, UK
Tel.: + 44 - (0) 171 - 487 – 7900
Fax: + 44 - (0) 171 - 487 – 7950
Email: info@ippf.org
Website: www.ippf.org

MSI (Marie Stopes International)
153-157 Cleveland Street
London W1P 5PG, UK
Tel.: + 44 - (0)171 - 574 – 7400
Fax: + 44 - (0)171 - 574 – 7417
Email: edward.freeman@stopes.org.uk
Website: www.mariestopes.org.uk/

PSI (Population Services International)
1120 19th Street, N.W., Suite 600
Washington, DC 20036, USA
Tel.: + 1 - 202 - 785 – 0072
Fax: + 1 - 202 - 785 – 0120
Email: webmaster@psiwash.org
Website: www.psi.org

Literaturhinweise

BMZ: Gesundheit fördern, HIV/AIDS bekämpfen. BMZ Materialien 177. März 2007

BMZ: Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“, BMZ Konzepte 183, August 2009

BMZ: Der deutsche Beitrag zur Gender-Orientierung der weltweiten HIV-Bekämpfung. Policy Brief des BMZ-Thementeams HIV/AIDS, Mai 2008

BMZ Promoting synergies and linkages for Sexual and Reproductive Health and Rights and HIV/AIDS, Policy Brief des BMZ, (2008)

BMZ: Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Positionspapier. BMZ Spezial Nr. 148, August 2008

BMZ Gesundheit und Menschenrechte. BMZ-Spezial Nr. 162, Juli 2009

Dayaratna u.a.: Reproductive Health Interventions: Which one works and what do they cost? The Policy Project / USAID, March 2000

Decker, M./ Montagu, D. (2009): Clinical Social Franchising- Summary Statistics, The Global Health Group, September 2009

DFID Druce, Nel / Dickinson, Clare (2006): Strengthening linkages for sexual and reproductive health, HIV and AIDS: progress, barriers and opportunities for scaling up, DFID Health System Resource Center, August 2006

DSW Datenreport, soziale und demographische Daten zur Weltbevölkerung, 2009

Grier, Sonya / Bryant, Carol (2005): Social Marketing in Public Health, Annual Review of Public Health April 2005, Vol. 26, S. 319-329

Hanley, Matthew (2008): A realistic strategy for fighting African AIDS, Mercatornet, February 2008

Hardee, Smith: Implementing Reproductive Health Services in an Era of Health Sector Reform. The Policy Project / USAID, March 2000

Harvey: Let Every Child be Wanted. How Social Marketing is Revolutionizing Contraceptive Use Around the World. Auburn House, Westport - London 1999

Hatcher u.a.: The Essentials of Contraceptive Technology. A Handbook for Clinic Staff. Johns Hopkins Population Information Program /WHO / USAID, Baltimore 1997

KfW: Social Marketing in der Finanziellen Zusammenarbeit. Arbeitshilfen - Materialien - Diskussionsbeiträge Nr.29, Juni 2001 und Ergänzung 2003

KfW: AIDS-Bekämpfung in Afrika; Aufklärung als Chance – Social Marketing als Weg, März 2001

KfW Zur Berücksichtigung der Nachhaltigkeit durch die KfW in Schlussprüfungen von Gesundheitsprojekten, August 2005

KfW Verbesserte Genderausrichtung von Vorhaben im Gesundheitsbereich, ein Arbeitspapier, 2006

KfW Querschnittsauswertung Familienplanung und HIV-Prävention, (im Auftrag von FZE) 2009

Marseille, Elliot u.a. (2002): Cost effectiveness of HIV prevention in developing countries, HIVinSite, University of California San Francisco, September 2002

Meadley, John/ Wheeler, Mark/ Pollard, Richard (2003): Review of the DFID approach to Social Marketing, DFID Health System Resource Center, August 2003

Montagu, D. / Kinlaw, H. (2009): Clinical Social Franchising Case Study Series: BlueStar Ghana, Marie Stopes International. The Global Health Group, September 2009

Panos Institute (2003): Missing the message - 20 years of learning from HIV/AIDS, Panos, London 2003

Panos Institute (2006): Breaking barriers – effective communication for universal access to HIV prevention, treatment, care and support by 2010, Panos. London 2006

Potts, Malcom / Halperin, Daniel u.a. (2008): Reassessing HIV Prevention, Science, May 2008, Vol. 320, Nr. 5877, S. 749-750

PSI Project MAP - measuring access and performance, 2005

PSI Sexual role expectations, mistrust and sexual violence among young people in East and South Africa – implications for HIV prevention, PSI working paper no. 74, December 2008

PSI Family Planning and HIV Prevention: Creating Synergies. PSI Issue Brief, August 2007

Shahmanesh M u.a. (2008): Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other STIs in female sex workers in resource poor settings: a systematic review, HIVinSite, University of California San Francisco, August 2008

Stead, Martine u.a. (2007): A systematic review of Social Marketing Effectiveness, Journal of Health Education, 2007, Vol. 107/2, S. 126 ff.

UC Berkley Press Release (2008): More focus needed for effective HIV prevention strategies in Africa, says new policy paper, Media Relations, May 2008

UNAIDS: Social Marketing: An effective Tool in global Response to HIV/AIDS. UNAIDS Best Practice Collection - Key Material. Document UNAIDS 98/26, 1998

UNFPA: Sexual and reproductive health and HIV- Linkages: evidence review and recommendations, WHO, IPPF, UNFPA, UNAIDS, UCFS 2008
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/linkages_evidence.PDF

USAID: Couple years of protection (CYP) conversion factors
http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/cyp.html

USAID Guide to Monitoring and evaluation of Health information, products and services, November 2007

USAID Moving toward sustainability: transition strategies and tools for Social Marketing Programs, 2007

Van Rossem, Ronan/ Meekers, Dominique (2007): The reach and impact of social marketing of reproductive health communication in Zambia, BMC Public Health 2007, vol.7, S.352 ff.

WHO, UNAIDS, UNFPA, FHI: Male Latex Condom – Specification, Prequalification and Guidelines for Procurement, 2010
http://www.who.int/rhem/prequalification/9789241599900_by_chapters/en/index10.html

World Bank Independent Evaluation Group: Improving Effectiveness and Outcomes for the Poor in Health, Nutrition and Population. An Evaluation of the World Bank Group Support since 1997. Washington D.C. 2009

Yates, Robert (2009): Universal health care and the removal of user fees; Lancet Vol. 373, 13.6.2009, S. 2078-81