SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte: Evaluierung des entwicklungspolitischen Aktionsfeldes

Polak, Jan Tobias; Fey, Mira; Hörner, Denise; Kleinsorg, Lea Kristin; Mank, Isabel; Schmidt, Marcellina; Taube, Lena; Bruder, Martin

Veröffentlichungsversion / Published Version
Monographie / monograph

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Polak, J. T., Fey, M., Hörner, D., Kleinsorg, L. K., Mank, I., Schmidt, M., ... Bruder, M. (2025). *Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte: Evaluierung des entwicklungspolitischen Aktionsfeldes.* Bonn: Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval). https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-104676-3

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de

Terms of use:
This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Comercial-NoDerivatives). For more Information see:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND RECHTE

Evaluierung des entwicklungspolitischen Aktionsfeldes

2025

DEval
DEUTSCHES EVALUIERUNGSINSTITUT DER ENTWICKLUNGS-ZUSAMMENARBEIT

Mit dem Aktionsfeld „Bevölkerungsdynamik; sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“ arbeitet das BMZ gemeinsam mit seinen Partnern an der Stärkung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR) weltweit. Im Rahmen der vorliegenden Evaluierung untersucht und bewertet das Deutsche Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval) die Maßnahmen im Aktionsfeld. Die Ergebnisse der Evaluierung zeigen, dass viele Vorhaben in der Stärkung von SRGR in Partnerländern erfolgreich sind. Allerdings sind die meisten Vorhaben auf die Gesundheitsaspekte des Aktionsfeldes ausgerichtet. Deutlich weniger häufig steht die Stärkung von sexuellen und reproduktiven Rechten im Mittelpunkt. So werden die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen oder Aspekte ihrer körperlichen Unversehrtheit selten thematisiert. Dadurch werden in diesen Bereichen auch weniger Wirkungen erreicht. Darüber hinaus bestehen für Menschen aus benachteiligten Gruppen in der Praxis häufig noch Zugangsbarrieren zu Dienstleistungen und Produkten der SRGR.

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND RECHTE

Evaluierung des entwicklungspolitischen Aktionsfeldes

2025

IMPRESSUM

Verfasst von
Dr. Jan Tobias Polak
Dr. Mira Fey
Dr. Denise Hörner
Dr. Lea Kristin Kleinsorg
Dr. Isabel Mank
Marcellina Schmidt
Lena Taube
Dr. Martin Bruder

Verantwortliche Teamleitung
Dr. Jan Tobias Polak

Verantwortliche Abteilungsleitung
Dr. Martin Bruder

Layout
Zlatka Dimitrova, Katharina Mayer, DEval

Lektorat
Silvia Richter, mediamondi

Bildnachweis
Titelbild: Shutterstock, Master1305

Bibliografische Angabe
Polak, J.T., M. Fey, D. Hörner, L.K. Kleinsorg, I. Mank, M. Schmidt, L. Taube und M. Bruder (2025), *Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Evaluierung des entwicklungspolitischen Aktionsfeldes*, Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), Bonn.

Druck
Bonifatius, Paderborn

ISBN 978-3-96126-232-8 (gebundene Ausgabe)
ISBN 978-3-96126-233-5 (PDF)

Herausgegeben von
Deutsches Evaluierungsinstitut der
Entwicklungszusammenarbeit (DEval)
Fritz-Schäffer-Straße 26
53113 Bonn
Tel: +49 (0)228 33 69 07-0
E-Mail: *info@DEval.org*
www.DEval.org

Das Deutsche Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval) ist vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) mandatiert, Maßnahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit unabhängig und nachvollziehbar zu analysieren und zu bewerten.

Mit seinen Evaluierungen trägt das Institut dazu bei, die Entscheidungsgrundlage für eine wirksame Gestaltung des Politikfeldes zu verbessern und die Transparenz zu den Ergebnissen zu erhöhen.

Der vorliegende Bericht ist auch auf der DEval-Website als PDF-Download verfügbar unter:
https://www.deval.org/de/publikationen

Anfragen nach einer gebundenen Ausgabe richten Sie bitte an:
info@DEval.org

Eine Stellungnahme des BMZ findet sich unter:
https://www.bmz.de/de/ministerium/evaluierung/bmz-stellungnahmen-19404

© Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), 2025

DANKSAGUNG

Die Evaluierung des entwicklungspolitischen Aktionsfeldes „Bevölkerungsdynamik; sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“ wurde durch zahlreiche Personen und Organisationen unterstützt, denen wir unseren Dank aussprechen möchten.

Zunächst danken wir allen Mitgliedern der Referenzgruppe, die durch fachliche Rückmeldungen während des gesamten Evaluierungsprozesses wichtige Impulse für die Evaluierung lieferten und zahlreiche Informationen und Dokumente bereitstellten. In der Referenzgruppe waren vertreten:

- das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ),
- die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) sowie die Entwicklungsbank der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) als Durchführungsorganisationen,
- der Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen (VENRO) sowie die von ihm nominierten zivilgesellschaftlichen Organisationen Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW), CARE Deutschland, medica mondiale und Plan International Deutschland.

Weiterhin möchten wir uns bei allen Mitarbeitenden des BMZ, der Durchführungsorganisationen sowie der zivilgesellschaftlichen und internationalen Organisationen und ihrer Partnerorganisationen bedanken, die im Rahmen von Interviews oder Gruppendiskussionen an dieser Evaluierung beteiligt waren. Ein besonderer Dank gilt allen Menschen aus den Partnerländern, die zur Datenerhebung und -analyse beigetragen haben.

Wir danken unseren studierenden Beschäftigten, die die Evaluierung engagiert und kompetent unterstützt haben, sowie allen Personen, die als Gutachtende an der Evaluierung beteiligt waren. Unser Dank gilt zudem unseren Peer Reviewer*innen für ihre wichtigen Anmerkungen und Rückmeldungen während des gesamten Evaluierungsprozesses sowie den Mitgliedern der Fachbeiräte, die die Erstellung der Evidenzkarte begleitet haben.

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund und Ziele der Evaluierung

Die Stärkung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR) ist eine globale Aufgabe. Trotz bisheriger Erfolge in der weltweiten Stärkung von SRGR bestehen noch immer Herausforderungen in Hinblick auf Mütter- und Neugeborenensterblichkeit, unbeabsichtigte und frühe Schwangerschaften oder geschlechtsspezifische Gewalt (*gender-based violence*, GBV). Vielerorts sind auch die Rechte von Mädchen und Frauen im Hinblick auf Sexualität und Reproduktion nicht oder nur teilweise verwirklicht. Die Bedeutung von SRGR als entwicklungspolitische Herausforderung spiegelt sich auch in den Nachhaltigkeitszielen der Agenda 2030 (*Sustainable Development Goals*, SDGs) wider, in denen zahlreiche direkte und indirekte Bezüge zu SRGR existieren.

Mit dem Aktionsfeld „Bevölkerungsdynamik; sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte" arbeitet das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) gemeinsam mit seinen Partnern an Verbesserungen in diesem Bereich. Vorhaben der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) sollen in Partnerländern dazu beitragen, die Qualität von Leistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (SRG) und den Zugang zu diesen Leistungen zu verbessern und die sexuellen und reproduktiven Rechte (SRR) von Mädchen und Frauen und weiteren benachteiligten Gruppen in größerem Maß zu verwirklichen.[1]

Die Förderung von SRGR ist ein politisch und strategisch relevanter Bereich für die deutsche Entwicklungspolitik**.** Zum Evaluierungszeitpunkt war die Förderung von SRGR Teil der Leitungsschwerpunkte des BMZ, wie etwa die vielen Bezüge der feministischen Entwicklungspolitik zu SRGR zeigen (BMZ, 2023a).[2] Auch im Koalitionsvertrag der 2025 gewählten Bundesregierung wird SRGR als wichtiges entwicklungspolitisches Themenfeld hervorgehoben (Bundesregierung, 2025). Darüber hinaus zeigt sich die Relevanz von SRGR für die EZ in den vielfältigen Wechselwirkungen mit anderen Kernthemen, beispielsweise Bildung, Beschäftigungsförderung, wirtschaftliche Entwicklung oder Governance (BMZ, 2023b). Zudem ist Deutschland im internationalen Vergleich einer der wichtigsten bilateralen Akteure für die Förderung von SRGR (BMZ, 2023c; DSW, 2023).

Im Rahmen der vorliegenden Evaluierung untersucht und bewertet das Deutsche Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval) die Aktivitäten der EZ zur Förderung von SRGR weltweit. Die Evaluierung soll erstens dazu beitragen, das Aktionsfeld SRGR in der deutschen EZ weiterzuentwickeln. Ihre Ergebnisse sollen darüber informieren, welche Maßnahmen und Ansätze bisher erfolgreich waren und wie das Aktionsfeld und korrespondierende Vorhaben verbessert werden können. Zweitens tragen die Ergebnisse der Evaluierung dazu bei, öffentlich Rechenschaft darüber abzulegen, was die deutsche EZ in Hinblick auf die Stärkung von SRGR erreicht hat.

Evaluierungsfragen und methodisches Vorgehen

In der Evaluierung wurden Beiträge der deutschen EZ zur Stärkung von SRGR in Partnerländern entlang aller Evaluierungskriterien untersucht. Die Evaluierungsfragen folgen der Struktur der Evaluierungskriterien des Entwicklungsausschusses (Development Assistance Committee, DAC) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD). So wurden die Relevanz, Kohärenz, Effektivität, übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit, Effizienz und Nachhaltigkeit von deutschen SRGR-Vorhaben untersucht. Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses stand die Stärkung von SRGR in Partnerländern. Der Fokus der Evaluierung liegt daher auf Vorhaben der bilateralen, staatlichen EZ. Diese machen den größten Teil der Mittel aus, die einzelnen Ländern zugeordnet werden können.

Die Evaluierung ist menschenrechtsbasiert, theoriebasiert und methodenintegrativ. Erstens folgt sie dem Ansatz der menschenrechtsbasierten Evaluierung (MRBE), durch den menschenrechtliche Standards und Prinzipien mit Blick auf den

1 Diese beiden Wirkungsstränge – die Stärkung von SRG sowie von SRR – bilden den Kern des Ansatzes für das Aktionsfeld. Mit diesem Verständnis folgt die deutsche EZ einem ganzheitlichen Verständnis von SRGR, wie es von der Guttmacher-Lancet-Kommission vorgeschlagen wird (Starrs et al., 2018). Es wird angenommen, dass sich beide Stränge gegenseitig bedingen, sodass übergeordnete Wirkungen des einen Strangs nicht ohne Wirkungen des anderen Strangs erreicht werden können.

2 *https://www.bmz.de/resource/blob/121224/schwerpunkte-unserer-entwicklungspolitik-de.pdf*, abgerufen am 08.05.2025.

Gegenstand, den Evaluierungsprozess und die Methodik berücksichtigt werden. Sie verfolgt zweitens einen theoriebasierten Ansatz, mit dem in einer Programmtheorie formulierte Annahmen empirisch untersucht werden. Drittens wird ein methodenintegrativer Ansatz umgesetzt, der auf der Kombination unterschiedlicher Methoden basiert.

Alle Evaluierungsfragen wurden auf Basis von Evaluierungsmethoden beantwortet, in denen bereits umgesetzte Maßnahmen des Aktionsfeldes retrospektiv untersucht wurden. Je nach Evaluierungsfrage unterscheiden sich die genutzten Methoden: (1) In vergleichenden Fallstudien wurden Vorhaben in kriterienbasiert ausgewählten Partnerländern der EZ mittels Vor-Ort-Datenerhebung (Malawi, Togo) oder Remote-Datenerhebung (Guinea, Kamerun, Jemen, Kirgistan) untersucht. Der Fokus lag unter anderem auf Interviews mit Rechteinhabenden oder ihren Vertretungsstrukturen. (2) Darüber hinaus wurden die Ergebnisse von Projektevaluierungen zu SRGR-Vorhaben, die im Untersuchungszeitraum (2011–2022) durchgeführt wurden, inhaltsanalytisch analysiert und qualitativ sowie quantitativ ausgewertet. (3) Daten des *Demographic and Health Survey* (DHS) sowie des *Creditor Reporting System* (CRS) des Entwicklungsausschusses der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD DAC) wurden statistisch in einer Sekundärdatenanalyse ausgewertet. (4) Zudem wurde wissenschaftliche Literatur zum Aktionsfeld in einer Evidenzkarte (*Evidence Gap Map*, EGM) systematisch analysiert, visualisiert und inhaltlich ausgewertet.

Darüber hinaus hat die Evaluierung zukünftige Herausforderungen für SRGR identifiziert und für die Formulierung von Empfehlungen genutzt. Da die Empfehlungen in die Zukunft gerichtet sind und die Antworten auf die Evaluierungsfragen hauptsächlich auf der Untersuchung bereits umgesetzter Vorhaben basieren, wurde mit einer Szenarioanalyse eine prospektive Methode angewendet. Darin wurden unter anderem auf Basis von Expert*innen-Interviews mögliche zukünftige Chancen und Herausforderungen für die Stärkung von SRGR in Partnerländern der EZ identifiziert.

Ergebnisse der Evaluierung

Insgesamt erreichen SRGR-Vorhaben ihre intendierten Wirkungen größtenteils; allerdings besteht bei der Stärkung von SRR sowie von benachteiligten Gruppen Handlungsbedarf. Die untersuchten Vorhaben erreichen häufig ihre direkten und indirekten Ziele. Allerdings sind die meisten Vorhaben auf die Stärkung von SRG – etwa die Verbesserung der Qualität von Gesundheitsleistungen – ausgerichtet. Deutlich weniger häufig steht die Stärkung von SRR im Mittelpunkt von Vorhaben. Insbesondere die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen oder Aspekte ihrer körperlichen Unversehrtheit werden selten thematisiert. Dadurch werden in diesen Bereichen auch weniger Wirkungen erreicht. Darüber hinaus bestehen für Menschen aus – beispielsweise ökonomisch oder geografisch – benachteiligten Gruppen in der Praxis häufig noch Zugangsbarrieren zu Dienstleistungen und Produkten der SRGR. Dies kann unter anderem daran liegen, dass Vorhaben benachteiligte Gruppen selten spezifizieren.

Für die zukünftige Stärkung von SRGR durch die EZ existieren eine Reihe von Chancen und Herausforderungen. Dies geht aus der Szenarioanalyse hervor, in der mögliche Rahmenbedingungen für SRGR im Jahr 2035 identifiziert wurden. Darin zeigen sich grundlegende Herausforderungen für die Stärkung von SRGR, etwa eine fortgesetzte und vertiefte globale Polarisierung und Fragmentierung hinsichtlich SRGR. Diese könnte mit der Einschränkung grundlegender Rechte in vielen Partnerländern einhergehen. Wirtschaftliche Ungleichheiten und globale Krisen – wie der Klimawandel und bewaffnete Konflikte – könnten den Druck auf ohnehin schwache Gesundheitssysteme weiter verstärken. Gleichzeitig lassen sich aus der Szenarioanalyse Chancen für die zukünftige Stärkung von SRGR identifizieren. Internationale Allianzen und bestimmte zivilgesellschaftliche Bewegungen in Partnerländern könnten Bestrebungen, die sich gegen SRGR richten, entgegentreten.

Tabelle 1 Zusammenfassende Ergebnisübersicht

Kriterium	Ergebnisse
Relevanz	**Untersuchte Vorhaben sind auf SRG-Bedarfe von Rechteinhabenden teilweise und auf ihre SRR-Bedarfe kaum ausgerichtet. Lücken existieren insbesondere mit Blick auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung sowie körperliche Unversehrtheit:** • Vorhaben des Aktionsfeldes sind größtenteils auf Bedarfe von Rechteinhabenden hinsichtlich SRG ausgerichtet und thematisieren dabei insbesondere die Qualität und Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen. Bedarfe hinsichtlich der Verfügbarkeit von Produkten der SRG, wie moderne Kontrazeptiva, werden teilweise thematisiert. • Auf Bedarfe von Rechteinhabenden hinsichtlich SRR sind Vorhaben kaum ausgerichtet. Während der Informationsbedarf von Rechteinhabenden teilweise im Fokus der Vorhaben steht, bestehen deutliche Lücken unter anderem mit Blick auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung sowie körperliche Unversehrtheit. **Untersuchte Vorhaben sind an politischen Prioritäten des Partnerlandes und des BMZ ausgerichtet:** • Vorhaben des Aktionsfeldes sind vollständig an den Prioritäten des Partnerlandes sowie des BMZ ausgerichtet.
Kohärenz	**Untersuchte Vorhaben nutzen Koordinationsmechanismen für externe Kohärenz größtenteils und solche für interne Kohärenz teilweise:** • Vorhaben des Aktionsfeldes nutzen Koordinationsmechanismen mit anderen Entwicklungspartnern größtenteils. Vorhaben der bilateralen EZ und anderer Geber greifen aber nur dann ineinander, wenn sie gemeinsam implementiert werden, wie etwa in Korbfinanzierungen. • Formelle Mechanismen zur Koordination innerhalb der bilateralen EZ existieren nur während der Planung, diese werden teilweise genutzt. Während der Implementierung findet Austausch nur informell und anlassbezogen statt. Vorhaben greifen nur in einzelnen Fällen ineinander. **Die technische Zusammenarbeit (TZ) und die finanzielle Zusammenarbeit (FZ) haben weitgehend unterschiedliche Rollen bei der Umsetzung des Aktionsfeldes:** • Auf übergeordneter Ebene verfolgen Vorhaben von TZ und FZ insgesamt überwiegend Ziele, die dem Bereich SRG zugeordnet werden können. Um diese gemeinsamen übergeordneten Ziele zu erreichen, verwenden sie meist unterschiedliche Ansätze.
Effektivität	**Untersuchte Vorhaben erreichen ihre direkten Ziele im Hinblick auf SRG und SRR größtenteils:** • Direkte SRG-bezogene Ziele erreichen die SRGR-Vorhaben größtenteils. Effektiv sind sie dabei im Hinblick auf die verbesserte Qualität und Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen, die höhere Verfügbarkeit von SRG-Produkten wie moderne Kontrazeptiva sowie förderliche politische Rahmenbedingungen. Ihr Beitrag zum Abbau von finanziellen Zugangsbarrieren kann aufgrund der geringen Zahl von Vorhaben nicht abschließend bewertet werden. • Direkte SRR-bezogene Ziele erreichen die Vorhaben ebenfalls größtenteils. Am häufigsten gilt dies für Ziele mit Blick auf Einstellungen von Mädchen und Frauen zu SRR. Verhaltensänderungen und Veränderungen im Umfeld von Mädchen und Frauen sowie von geschlechterdiskriminierenden Einstellungen werden seltener erreicht.
Übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit	**Untersuchte Vorhaben erreichen ihre indirekten übergeordneten Ziele größtenteils, allerdings zeigen sich auf nationaler Ebene kaum übergeordnete Wirkungen der deutschen EZ:** • Vorhaben erreichen ihre übergeordneten Ziele im Hinblick auf SRG und SRR größtenteils. Ein statistischer Zusammenhang zwischen den ODA-Finanzierungsbeiträgen des BMZ und den Zielen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene zeigt sich allerdings nur bei der Reduzierung früher Schwangerschaften. • Nur sehr wenige Vorhaben tragen zum Abbau von GBV und schädlichen Praktiken sowie zur Gleichstellung der Geschlechter bei.
Effizienz	**Untersuchte Vorhaben erreichen ihre Ziele teilweise effizient:** • Die Vorhaben werden als teilweise effizient bewertet, wobei die Produktionseffizienz häufig im Vordergrund steht. Für die Bewertung der Allokationseffizienz liegen meist keine ausreichenden Informationen vor.
Nachhaltigkeit	**Positive intendierte Wirkungen von untersuchten Vorhaben sind teilweise nachhaltig:** • Die Vorhaben werden teilweise als nachhaltig bewertet. Insbesondere Vorhaben, die möglichst stark in Partnersysteme integriert sind, werden als nachhaltig bewertet.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerung 1: Stärkung von SRR und Vorbereitung transformativen Wandels

Während die deutsche EZ zur Stärkung der SRG in Partnerländern beiträgt, leistet sie nur teilweise Beiträge zur Stärkung von SRR sowie zu gendertransformativem Wandel. Vorhaben der bilateralen EZ tragen häufig dazu bei, die Qualität, Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Dienstleistungen und Produkten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu stärken. Sie leisten aber nur teilweise einen Beitrag zur Veränderung von Werten und Normen, die sich auf sexuelle und reproduktive Rechte beziehen. So zielen Vorhaben kaum auf die Bedarfe von Rechteinhabenden im Hinblick auf körperliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung, Gleichberechtigung sowie körperliche Unversehrtheit ab. Um dem entgegenzuwirken, empfiehlt das DEval, Handlungsoptionen für die Umsetzung von SRGR je nach der Bereitschaft von Partnerregierungen, gemeinsam an SRR zu arbeiten, umzusetzen (Empfehlung 1) und einheitliche Indikatoren für den ganzheitlichen SRGR-Ansatz zu definieren (Empfehlung 2):

Empfehlung 1: Das BMZ sollte gemeinsam mit den Durchführungsorganisationen für jedes Partnerland, in dem das Aktionsfeld SRGR durch die bilaterale EZ umgesetzt wird, kontextspezifische Handlungsoptionen zur Stärkung von SRGR entwickeln. Dabei sollte zwischen mindestens zwei Typen von Partnerländern unterschieden werden: In Ländern mit hoher Bereitschaft, neben SRG auch Verantwortung für SRR zu übernehmen, sollte die bilaterale EZ alle auf Partnerländer bezogenen Handlungsfelder des Aktionsfeldes SRGR ganzheitlich abdecken. In Ländern mit entsprechend geringer Bereitschaft sollten zunächst prioritär Rahmenbedingungen für die ganzheitliche Stärkung von SRGR geschaffen werden, indem zivilgesellschaftliche Akteure gestärkt und staatliche Partner beraten werden.

Empfehlung 2: Das BMZ sollte gemeinsam mit den Durchführungsorganisationen einheitliche Indikatoren für die intendierten Wirkungen des ganzheitlichen SRGR-Ansatzes definieren. Diese Indikatoren sollten die Inhalte aller Handlungsfelder des Aktionsfeldes SRGR abdecken, die sich unmittelbar auf Wirkungen in Partnerländern beziehen. Dabei sollten insbesondere auch Indikatoren für das SRR-bezogene Handlungsfeld definiert werden. Diese Indikatoren sollten in einem Katalog zusammengefasst und von den Durchführungsorganisationen bei der Erstellung von Wirkungsmatrizen berücksichtigt werden.

Schlussfolgerung 2: Stärkung benachteiligter Gruppen

Formell sind personenstarke benachteiligte Gruppen – beispielsweise Jugendliche – in Vorhaben des Aktionsfeldes größtenteils berücksichtigt; allerdings werden diese Gruppen nur teilweise hinsichtlich ihrer SRGR gestärkt. So bestehen für sie beispielsweise weiterhin Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdienstleistungen. Zudem werden sie in Vorhaben häufig nicht disaggregiert benannt, und spezifische, weniger personenstarke benachteiligte Gruppen – etwa LSBTIQ+-Personen oder Menschen mit Behinderungen – werden kaum gezielt berücksichtigt. Um dem entgegenzuwirken, empfiehlt das DEval, die Stärkung benachteiligter Gruppen zu steuern, indem disaggregierte Indikatoren in die Wirkungsmatrizen von Vorhaben aufgenommen werden (Empfehlung 3). Darüber hinaus sollten die Durchführungsorganisationen Ansätze für die Stärkung benachteiligter Gruppen evidenzbasiert weiterentwickeln (Empfehlung 4):

Empfehlung 3: Die Durchführungsorganisationen sollten gewährleisten, dass Wirkungsmatrizen von SRGR-Modulen disaggregierte Indikatoren für kontextspezifisch benachteiligte Gruppen beinhalten. Dies gilt insbesondere für Länder, in denen SRGR ganzheitlich durch die bilaterale EZ gestärkt werden. Bei der Auswahl der Indikatoren sollten die Durchführungsorganisationen das *Do-no-harm*-Prinzip berücksichtigen.

Empfehlung 4: Die Durchführungsorganisationen sollten Ansätze zur nachhaltigen Stärkung besonders benachteiligter Gruppen weiterentwickeln und in unterschiedlichen Partnerlandkontexten evidenzbasiert pilotieren. Ausgangsbasis hierfür sollten in der Evaluierung und darüber hinaus identifizierte wirksame Ansätze für die Stärkung besonders benachteiligter Gruppen sein.

Schlussfolgerung 3: Rolle von und Koordination zwischen TZ und FZ

Bei der Stärkung von SRGR in Partnerländern nehmen TZ und FZ größtenteils unterschiedliche Rollen ein; ihre Vorhaben greifen aber selten ineinander, um die gemeinsamen übergeordneten Ziele zu erreichen. Dies erschwert die Umsetzung des ganzheitlichen Ansatzes, den das BMZ für das Aktionsfeld SRGR vorgibt. Um diesem Anspruch an eine ganzheitliche und integrierte Umsetzung gerecht zu werden und dafür die Potenziale der inhaltlich komplementären Module zu nutzen, empfiehlt das DEval, umfassend EZ-Programme umzusetzen und dadurch das Ineinandergreifen von TZ- und FZ-Modulen zu ermöglichen (Empfehlung 5):

Empfehlung 5: Das BMZ und die Durchführungsorganisationen sollten in allen Partnerländern, in denen SRGR ganzheitlich umgesetzt wird, gewährleisten, dass SRGR-Module der bilateralen EZ ineinandergreifen und gemeinsam zu langfristigen, übergeordneten Zielen beitragen. Dazu sollten sie jeweils ein EZ-Programm umsetzen, das alle Module des Aktionsfeldes umfasst. Darin sollte definiert werden, wie die einzelnen SRGR-Module so ineinandergreifen, dass ihre Aktivitäten und Wirkungen inhaltlich, räumlich und zeitlich aufeinander aufbauen.

Schlussfolgerung 4: Kontextspezifischer Einsatz wirksamer und nachhaltiger Ansätze

Einzelne Ansätze der bilateralen EZ sind gegenüber herausfordernden Kontextbedingungen in Partnerländern widerstandsfähiger als andere. Vor allem die Wirksamkeit von Infrastrukturvorhaben und Vorhaben, die auf Kapazitätsstärkung ausgerichtet sind, ist in Ländern mit geringerem *Human Development Index* (HDI) und in fragilen Kontexten durchschnittlich niedriger als in anderen Länderkontexten. Die Wirksamkeit von anderen Ansätzen variiert je nach Länderkontext dagegen kaum. Das DEval empfiehlt daher eine systematische und evidenzbasierte Auseinandersetzung mit der kontextspezifischen Wirksamkeit und Nachhaltigkeit einzelner Ansätze (Empfehlung 6):

Empfehlung 6: Das BMZ und die Durchführungsorganisationen sollten den evidenzbasierten Einsatz von Ansätzen für SRGR weiterentwickeln, indem sie vorhandene Datenbanken mit Evidenz zur Wirksamkeit dieser Ansätze strukturiert nutzen. Dies umfasst sowohl interne Evidenz aus Monitoring und Evaluierung als auch externe Evidenz aus wissenschaftlichen Studien.

Schlussfolgerung 5: Strategische Vorausschau im Aktionsfeld

Die zukünftigen Rahmenbedingungen für die Stärkung von SRGR in Partnerländern sind aufgrund vielfältiger Wechselwirkungen mit anderen Sektoren unsicher. Insbesondere die normative Polarisierung mit Blick auf Einstellungen zu SRGR sowie die Zunahme von Konflikten und klimawandelbedingten Katastrophen können in Zukunft Herausforderungen für die Stärkung von SRGR darstellen. Chancen für die zukünftige Weiterentwicklung von SRGR ergeben sich durch die Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie durch starke zivilgesellschaftliche Akteure, die sich für SRGR einsetzen. Um auf diese und weitere künftige Herausforderungen reagieren zu können, empfiehlt das DEval, sich mit diesen auseinanderzusetzen und sich auf deren Eintreten vorzubereiten (Empfehlung 7):

Empfehlung 7: Das BMZ sollte die in der Vergangenheit umgesetzten Prozesse der strategischen Vorausschau, wie sie beispielsweise in der Studie „Entwicklungspolitik 2032“ zum Ausdruck kommen, weiterentwickeln und auf sektorübergreifender Ebene regelmäßig fortführen. Dadurch lassen sich künftige Chancen und Herausforderungen für die Entwicklungspolitik systematisch durchspielen und Reaktionen darauf vorbereiten. Die Ergebnisse dieses Prozesses und die Erkenntnisse der vorliegenden Szenarioanalyse sollten für die künftige strategische Steuerung des Aktionsfeldes SRGR genutzt werden.

INHALT

Impressum iv
Danksagung v
Zusammenfassung vii
Abkürzungen und Akronyme xiv
Glossar xvi

1. Hintergrund und Ziele der Evaluierung 1

2. Gegenstand der Evaluierung: das Aktionsfeld SRGR 3

2.1 Definition von SRGR 4
2.2 Strategische Grundlagen für SRGR 5
2.3 Intendierte Wirkungen auf SRGR in Partnerländern 7
2.4 Umsetzung des Aktionsfeldes SRGR 10

3. Evaluierungsfragen und methodisches Vorgehen 13

3.1 Evaluierungsfragen und Bewertungskriterien 14
3.2 Design der Evaluierung 15
3.3 Methoden der Evaluierung 16
3.3.1 Retrospektive Methoden 16
3.3.2 Prospektive Methode 18
3.4 Reflexion des methodischen Vorgehens 19

4. Ergebnisse I: Umsetzung des Aktionsfeldes 20

4.1 Relevanz 23
4.1.1 Ausrichtung auf Bedarfe von Rechteinhabenden 23
4.1.2 Ausrichtung an Politiken und Prioritäten der Partner und der deutschen EZ 31
4.2 Kohärenz 33
4.2.1 Externe und interne Kohärenz 33
4.2.2 Rolle von TZ und FZ 35
4.3 Effektivität 38
4.3.1 Erreichen direkter Ziele 38
4.3.2 Einflussfaktoren für das Erreichen direkter Ziele 45
4.4 Übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit 49
4.5 Effizienz 56
4.6 Nachhaltigkeit 59

5. Ergebnisse II: SRGR im Jahr 2035 63

6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen 70

6.1 Stärkung von SRR und Vorbereitung transformativen Wandels 71
6.2 Stärkung benachteiligter Gruppen 75
6.3 Rollen und Koordination von TZ und FZ 79
6.4 Kontextspezifischer Einsatz nachhaltiger und wirksamer Ansätze 82
6.5 Strategische Vorausschau im Aktionsfeld 85

7. Literatur 87

8. Anhang 98

8.1 Bewertungsskala für Evaluierungen des DEval 99
8.2 Evaluierungsmatrix 100
8.3 Zeitplan der Evaluierung 105
8.4 Evaluierungsteam und Mitwirkende 106

Abbildungen

Abbildung 1 Wirkungsgefüge des Aktionsfeldes SRGR 8
Abbildung 2 ODA-Auszahlungen des BMZ für SRGR 2011–2022 12
Abbildung 3 ODA-Auszahlungen des BMZ für SRGR nach Kanal 2011–2022 12
Abbildung 4 Übersicht über die Bewertung von Evaluierungsfragen und Bewertungskriterien (Teil 1) 21
Abbildung 5 Übersicht über die Bewertung von Evaluierungsfragen und Bewertungskriterien (Teil 2) 22
Abbildung 6 Ausrichtung der Vorhaben auf SRG-Bedarfe von Rechteinhabenden (BK 1) 25
Abbildung 7 Ausrichtung der Vorhaben auf SRR-Bedarfe von Rechteinhabenden (BK 2) 26
Abbildung 8 Ausrichtung der Ziele von Vorhaben an Politiken und Prioritäten der deutschen EZ (BK 1) 31
Abbildung 9 Ausrichtung der Ziele von Vorhaben an Politiken und Prioritäten der Partnerländer (BK 2) 32
Abbildung 10 Von SRGR-Vorhaben genutzte Ansätze 37
Abbildung 11 Erreichen direkter Ziele mit Bezug zu SRG (EF 3.2, BK 1) 39
Abbildung 12 Erreichen direkter Ziele mit Bezug zu Beratung (EF 3.3, BK 1) 40
Abbildung 13 Erreichen direkter Ziele mit Bezug zu SRR (EF 3.3, BK 2) 41
Abbildung 14 Förderliche und hinderliche Einflussfaktoren für das Erreichen direkter Ziele 46
Abbildung 15 Erreichen übergeordneter Ziele mit Blick auf die Stärkung der Selbstbestimmung (BK 1) 51
Abbildung 16 Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalyse zum Zusammenhang von ODA-Auszahlungen des BMZ für SRGR und SRGR-Zielindikatoren für Daten von 2011 bis 2022 54
Abbildung 17 Erreichen übergeordneter Ziele mit Blick auf die Stärkung des Rechts auf SRG (BK 3) 55
Abbildung 18 Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalyse zum Zusammenhang von SRGR-Auszahlungen des BMZ und dem SRGR-Zielindikator „frühe Schwanger-/Mutterschaft“ für Daten von 2011 bis 2022 56
Abbildung 19 Bewertung der Effizienz der Vorhaben insgesamt (BK 1) 57
Abbildung 20 Bewertung der Produktionseffizienz der Vorhaben (BK 2, Indikator 2.1) 58
Abbildung 21 Bewertung der Nachhaltigkeit der Vorhaben insgesamt (BK 1) 60
Abbildung 22 Bewertung der Nachhaltigkeit nach Ansätzen und HDI der Partnerländer 61
Abbildung 23 Zukunftstrichter und der Möglichkeitsraum potenzieller SRGR-Szenarien 65

Tabellen

Tabelle 1 Zusammenfassende Ergebnisübersicht ix
Tabelle 2 Bewertungsskala und Anspruchsniveau 99

Kästen

Kasten 1 SRGR und feministische Entwicklungspolitik 6
Kasten 2 Exkurs: Grundlagen der Programmtheorie für die Evaluierung 7
Kasten 3 Operationalisierung von SRGR 11
Kasten 4 Stimmen der Rechteinhabenden: respektvolle und kulturell angepasste Geburtshilfe 28
Kasten 5 Stimmen der Rechteinhabenden: Menschen mit Behinderung 30
Kasten 6 Stimmen der Rechteinhabenden: Gendertransformation und Rolle von Männern 42
Kasten 7 Stimmen der Rechteinhabenden: jugendfreundliche Dienste 43
Kasten 8 Stimmen der Rechteinhabenden: Stärkung der Selbstbestimmung von Mädchen 51
Kasten 9 Stimmen der Rechteinhabenden: geschlechtsspezifische Gewalt 52
Kasten 10 Beiträge zur Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung 76

ABKÜRZUNGEN UND AKRONYME

BIP
Bruttoinlandsprodukt

BK
Bewertungskriterium

BMZ
Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

CEDAW
Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women (Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau)

CEMAC
Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale (Zentralafrikanische Wirtschafts- und Währungsgemeinschaft)

CESCR
Committee on Economic, Social and Cultural Rights (Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte)

CRC
Convention on the Rights of the Child (Kinderrechtskonvention)

CRS
Creditor Reporting System

CSE
Comprehensive Sexuality Education (Umfassende/ ganzheitliche Sexualaufklärung/ Sexualerziehung)

DAC
Development Assistance Committee (Entwicklungs- ausschuss der OECD)

DEVAW
Declaration on the Elimination of Violence Against Women (Erklärung über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen)

DHS
Demographic and Health Survey

DIMR
Deutsches Institut für Menschenrechte

DSW
Deutsche Stiftung Weltbevölkerung

ECOWAS
Economic Community Of West African States (Wirtschaftsgemeinschaft westafrikanischer Staaten)

EGM
Evidence Gap Map (Evidenzkarte)

EU
Europäische Union

EZ
Entwicklungszusammenarbeit

FCDO
Foreign, Commonwealth and Development Office (Außenministerium des Vereinigten Königreichs)

FE
Fixed Effects

FGM
Female Genital Mutilation (Weibliche Genitalverstümmelung)

FS
Fallstudien

FZ
Finanzielle Zusammenarbeit

GBV
Gender-based violence (Geschlechtsspezifische Gewalt)

GFF
Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents (Globale Finanzfazilität für Frauen, Kinder und Jugendliche)

GII
Gender Inequality Index (Index der geschlechtsspezifischen Ungleichheit)

GIZ
Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit

HDI
Human Development Index (Index der menschlichen Entwicklung)

HIPs
High Impact Practices (Hochwirksame Ansätze)

HIV/Aids
Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno- deficiency Syndrome (Humanes Immundefizienz- Virus/Erworbenes Immunschwächesyndrom)

I
Indikator

IDOS
German Institute of Development and Sustainability

IPPF
International Planned Parenthood Federation (Internationale Familienplanungsvereinigung)

IRC
International Rescue Committee

KfW
Kreditanstalt für Wiederaufbau

LDCs
Least developed countries
(Am wenigsten entwickelte Länder)

LSBTIQ+
Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans-, intergeschlechtliche und queere Menschen und weitere Geschlechtsidentitäten

MDG
Millennium Development Goal
(Millenniumsentwicklungsziel)

MICS
Multiple Indicator Cluster Survey

MMR
Maternal Mortality Ratio
(Müttersterblichkeitsrate)

MRBE
Menschenrechtsbasierte Evaluierung

NGO
Non-governmental organisation
(Nichtregierungsorganisation)

ODA
Official Development Assistance
(Öffentliche Entwicklungshilfe)

OECD
Organisation for Economic Co-operation and Development
(Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

OHCHR
United Nations High Commissioner for Human Rights
(Hochkommissar der Vereinten Nationen für Menschenrechte)

SDG
Sustainable Development Goal
(Ziel für nachhaltige Entwicklung/ Nachhaltigkeitsziel)

SRG
Sexuelle und reproduktive Gesundheit

SRGR
Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte

SRR
Sexuelle und reproduktive Rechte

STI
Sexually Transmitted Infections
(Sexuell übertragbare Infektionen)

TZ
Technische Zusammenarbeit

UHC
Universal Health Coverage
(Allgemeine Gesundheits-versorgung)

UN
United Nations
(Vereinte Nationen)

UNDP
United Nations Development Programme
(Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen)

UNEG
United Nations Evaluation Group
(Evaluierungsgruppe der Vereinten Nationen)

UNFPA
United Nations Population Fund
(Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen)

UNGA
United Nations General Assembly
(Generalversammlung der Vereinten Nationen)

UNHCR
United Nations High Commissioner for Refugees
(Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen)

UNICEF
United Nations Children's Fund
(Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)

WHO
World Health Organization
(Weltgesundheitsorganisation)

GLOSSAR

Gendersensibilität
Gendersensibilität bezieht sich auf die Wahrnehmung und Berücksichtigung unterschiedlicher Lebenssituationen und -bedingungen von Menschen unterschiedlichen Geschlechts (hier „Gender"). Dazu gehören das Bewusstsein für geschlechterspezifische Rollenbilder und Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster der Geschlechter. Der Fokus gendersensibler Evaluierungen liegt auf der Berücksichtigung gesellschaftlicher Geschlechterrollen und geschlechtsspezifischer Ungleichheiten in einer Gesellschaft mit besonderem Bezug zur Rolle von Mädchen und Frauen. Gendersensibilität wird in Evaluierungen auf prozessualer und inhaltlicher Ebene umgesetzt, beispielsweise bezüglich gesundheitlicher, sozialer oder methodischer Aspekte.

Gendertransformative Ansätze
Geschlechterungleichheiten werden in der EZ unter anderem über gendertransformative Ansätze adressiert. Gendertransformative Ansätze zielen darauf ab, diskriminierende Gesetze und Machtstrukturen, soziale Normen und Einstellungen sowie geschlechterstereotype Rollen zu hinterfragen und zu überwinden (BMZ, 2023a, 2023d, 2023e). Damit sollen sie zu einer gesellschaftlichen Bewusstseinsveränderung und langfristig zum gesellschaftlichen Wandel beitragen. Gendertransformative Ansätze umfassen die individuelle, zwischenmenschliche, gesellschaftliche und politische Ebene. Beispiele sind Dialoge mit Pflichtentragenden und strukturell benachteiligten Gruppen oder Bildungsvorhaben zu Genderformen und zum Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) in Schulen. Gendersensibilität stellt die Grundlage für Gendertransformation dar (siehe auch Glossareintrag „Gendersensibilität").

Mehrfachdiskriminierung und Intersektionalität
Mehrfachdiskriminierung beschreibt eine Form der Diskriminierung, bei der Menschen aufgrund von mehreren überlappenden sozio-demografischen Merkmalen und sozialen Kategorisierungen von struktureller Benachteiligung betroffen sind (siehe auch Glossareintrag „Strukturell benachteiligte Gruppen"). Dies umfasst beispielsweise Frauen mit Behinderungen oder Angehörige einer ethnischen Minderheit, die auch lesbisch, schwul, bisexuell, transgender, intergeschlechtlich oder queer (LSBTIQ+) sind. Intersektionalität beschreibt das Zusammenwirken mehrerer Diskriminierungsmerkmale, die in einem bestimmten Kontext untrennbar und wechselseitig miteinander verbunden sind und eine Person stärker benachteiligen als andere in derselben Situation. Das Konzept der Intersektionalität wurde von der US-amerikanischen Juristin Kimberlé Crenshaw geprägt, die das Bild einer Straßenkreuzung (*intersection*) nutzte, um das Zusammentreffen verschiedener sozialer Kategorisierungen zu veranschaulichen (Crenshaw, 1989, 1991). Eine intersektionale Perspektive erlaubt es, diese Wechselbeziehungen zu analysieren und die damit verbundenen Diskriminierungen zu erklären.

Rechteinhabende und Pflichtentragende
Aus menschenrechtlicher Perspektive werden all jene Personen als Rechteinhabende bezeichnet, die über Menschenrechte verfügen. Rechteinhabende können gegenüber Pflichtentragenden auf Grundlage ihrer Menschenrechte rechtliche Ansprüche geltend machen. Pflichtentragende sind Institutionen und Akteure, die eine besondere Verpflichtung haben, Menschenrechte zu achten, zu schützen und zu gewährleisten. Somit gestaltet sich das Verhältnis von beiden Parteien zueinander wie folgt: Rechteinhabende gelten als solche immer im Verhältnis zu Pflichtentragenden und umgekehrt. Dabei sind Rechteinhabende im Kontext der Evaluierung jene Menschen, die in den Partnerländern leben.

In der Evaluierung wird von „direkt adressierten Rechteinhabenden" gesprochen, wenn es sich um explizit genannte Zielpersonen oder Zielgruppen von Vorhaben der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) handelt, die an Maßnahmen des Vorhabens teilgenommen haben. Der Begriff „Pflichtentragende" wird in der Regel für staatliche Akteure verwendet; aber auch nichtstaatliche Akteure können pflichtentragend sein und für Handlungen oder Unterlassungen, die Menschenrechte betreffen, zur Rechenschaft gezogen werden. Im Rahmen der Evaluierung wird in Anlehnung an die Definition der Evaluierungsgruppe der Vereinten Nationen (United Nations Evaluation Group, UNEG) der Begriff „primäre Pflichtentragende" für Staaten und staatliche Institutionen (in den Partnerländern beziehungsweise in Deutschland) und der Begriff „sekundäre Pflichtentragende" für Privatpersonen (zum Beispiel Eltern) und private Unternehmen, die etwa Sorgfaltspflichten gegenüber Dritten (zum Beispiel Minderjährige oder Beschäftigte) unterliegen, verwendet (UNEG, 2014). Dem BMZ-Menschenrechtskonzept folgend nimmt die vorliegende Evaluierung als menschenrechtsbasierte Evaluierung einen Perspektivwechsel vor und verwendet vornehmlich die Begrifflichkeiten der Rechteinhabenden und Pflichtentragenden (BMZ, 2011).

Recht auf Bildung und Information im Zusammenhang mit Sexualität und Reproduktion

Um sexuelle und reproduktive Belange selbstbestimmt zu gestalten, ist entsprechendes Wissen erforderlich. Bildungsangebote haben eine positive Wirkung unter anderem auf das Wissen von Mädchen und Frauen zu SRGR und stärken ihre Rechte und ihre Teilhabe. Beispielsweise verpflichten die Frauen- und Kinderrechtskonventionen der Vereinten Nationen (United Nations, UN) ihre Vertragsstaaten, das Recht aller Rechteinhabenden auf Bildung und Information im Zusammenhang mit Sexualität und Reproduktion zu verwirklichen. Die UN-Frauenrechtskonvention (Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women, CEDAW) fordert die Gleichberechtigung von Frauen bei der gesundheits- und familienplanungsbezogenen Bildung und den Zugang zu Informationen. Sie berücksichtigt auch die besonderen Bedürfnisse und Probleme von Frauen in ländlichen Gebieten und die Beseitigung von stereotypen Auffassungen über die Rolle von Mann und Frau. Die UN-Kinderrechtskonvention (Convention on the Rights of the Child, CRC) verlangt von den Vertragsstaaten, durch die Bereitstellung von Informationen über Familienplanung das Recht auf Bildung zu sichern.

Recht auf Gesundheit inklusive SRG

Die Gewährleistung des Rechts auf Gesundheit inklusive sexueller und reproduktiver Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht. Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte garantiert allen Menschen das Recht auf einen Lebensstandard, der Gesundheit und Wohlergehen gewährleistet. Das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit ist darüber hinaus in verschiedenen Menschenrechtskonventionen verankert. Im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte verpflichten sich Staaten, das Recht aller Rechteinhabenden auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit zu verwirklichen. Dazu gehören Maßnahmen zur Senkung von Totgeburten und Kindersterblichkeit, zur gesunden Entwicklung des Kindes sowie zur medizinischen Versorgung im Krankheitsfall. Ein besonderes Augenmerk auf die gesundheitsbezogenen Rechte von Frauen wird in der UN-Frauenrechtskonvention gelegt. Die entsprechenden Rechte von Kindern sind in der UN-Kinderrechtskonvention festgelegt.

Recht auf körperliche Unversehrtheit inklusive der Sicherheit vor GBV und schädlichen Praktiken

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte sieht vor, dass kein Mensch Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen wird. Das darin enthaltene Recht auf körperliche Unversehrtheit inklusive der Sicherheit vor geschlechtsspezifischer Gewalt (*gender-based violence*, GBV) und schädlichen Praktiken ist darüber hinaus in weiteren Menschenrechtskonventionen und Resolutionen verankert. Die UN-Resolution zur Erklärung über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen definiert diese Form der Gewalt als körperliche, sexuelle und psychische Gewalt, die Frauen in der Partnerschaft/Ehe, Familie, im Umfeld der Gemeinschaft, vom Staat oder durch staatliche Duldung erfahren haben. Vertragsstaaten sind dazu aufgefordert, Gewalt gegen Frauen und Mädchen zu verhindern, zu bekämpfen und zu bestrafen sowie den Betroffenen Schutz und Entschädigung zu bieten. Auch die UN-Frauenrechtskonvention befasst sich mit dem Schutz von Frauen und Mädchen und verpflichtet die Vertragsstaaten, Maßnahmen zu ergreifen, um Praktiken wie Menschenhandel, Prostitution und Kinderheirat abzuschaffen. Einen besonderen Fokus auf Minderjährige legt die UN-Kinderrechtskonvention, die sich unter anderem mit dem Schutz von Kindern vor Gewalt, Misshandlung und Ausbeutung befasst. Sie fordert die Vertragsstaaten dazu auf, Vorsorgemaßnahmen zu ergreifen und Betroffene zu unterstützen.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) sind in den Menschenrechten verankert und ein zentraler Bestandteil der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Die Evaluierung richtet sich nach der neuen Definition der Guttmacher-Lancet-Kommission (Starrs et al., 2018). Demnach umfasst die sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRG) das „körperliche, emotionale, mentale und soziale Wohlbefinden in Bezug auf alle Aspekte von Sexualität und Reproduktion" und geht damit über die Abwesenheit von Krankheit oder die Dysfunktion reproduktiver Organe hinaus (Starrs et al., 2018, S. 4). SRG wird durch die Verfügbarkeit, Umsetzung und Einhaltung von sexuellen und reproduktiven Rechten (SRR) bedingt. SRR beinhalten „die Selbstbestimmung über den eigenen Körper, die eigene Sexualität [oder Genderidentität], die freie Partnerwahl sowie den Zugang zu vertraulichen, respektvollen und qualitativ hochwertigen [Gesundheits-]Dienstleistungen" (Starrs et al., 2018, S. 1) und dies für „alle Personen, frei von Diskriminierung, Zwang und Gewalt" (Starrs et al., 2018, S. 4).

Strategische Vorausschau

Strategische Vorausschau (englisch *Foresight*) ist eine Methode zur systematischen Erforschung und Analyse möglicher Zukunftsszenarien und stellt einen praktischen, strategisch orientierten Teilbereich der Zukunftsforschung dar. Während sich die Zukunftsforschung primär auf das wissenschaftliche Verständnis langfristiger Entwicklungen konzentriert, nutzt die strategische Vorausschau diese Erkenntnisse, um gezielte Handlungsempfehlungen für die Gegenwart und die nahe Zukunft abzuleiten. Der Schwerpunkt von strategischer Vorausschau liegt darin, mögliche Risiken frühzeitig zu identifizieren und Chancen zu erkennen, um dadurch strategische Entscheidungen zu unterstützen.

Strategische Vorausschau ist interdisziplinär und integriert Erkenntnisse aus verschiedenen Bereichen wie Wissenschaft, Technologie, Wirtschaft, Politik und Gesellschaft. Dabei werden Expert*innen und andere Interessenvertreter*innen aus verschiedenen Fachbereichen in den Prozess einbezogen, um ein breites Spektrum an Perspektiven zu gewährleisten.

Strukturell benachteiligte Gruppen

Das BMZ definiert strukturell benachteiligte Gruppen als Menschen, die aufgrund verschiedener Merkmale wie Geschlecht, Herkunft, Ethnizität, Alter, Behinderung, sozioökonomischem Status, Geschlechtsidentität, sexueller Orientierung oder Religion beziehungsweise Weltanschauung ungleich behandelt, unterdrückt oder benachteiligt werden (BMZ, 2023a, 2023d). In der vorliegenden Evaluierung wird diesem Verständnis gefolgt. Dabei wird der Begriff „Gruppe“ nicht als Bezeichnung für eine kontextspezifische gesellschaftliche Minderheit herangezogen. Vielmehr wird er verwendet, um Menschen zu beschreiben, die (ein oder mehrere) soziodemografische Merkmale oder soziale Kategorisierungen aufweisen, aufgrund derer sie von struktureller Benachteiligung betroffen sind. Gründe für strukturelle Benachteiligung variieren kontextabhängig.

1.

HINTERGRUND UND ZIELE DER EVALUIERUNG

Die Stärkung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR) ist eine globale Aufgabe. Trotz mancher Erfolge bei der Reduktion von Mütter- und Neugeborenensterblichkeit, unbeabsichtigten und frühen Schwangerschaften oder geschlechtsspezifischer Gewalt (*gender-based violence*, GBV), sind die SRGR von Menschen vielerorts noch immer eingeschränkt: Komplikationen in der Folge von Schwangerschaft und Geburt sind weltweit eine der Haupttodesursachen von Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren (OHCHR, 2020a), und Schätzungen zufolge ist fast die Hälfte aller Schwangerschaftsabbrüche unsicher (UNFPA, 2022a). Während der Covid-19-Pandemie wurde auch ein Anstieg von GBV augenscheinlich (Massay et al., 2022; UNFPA, 2021a). Darüber hinaus sind die Rechte von Menschen im Hinblick auf Sexualität und Reproduktion – insbesondere von Frauen, Mädchen und benachteiligten Gruppen, etwa LSBTIQ+-Personen – in vielen Partnerländern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) weiterhin stark eingeschränkt (BMZ, 2023b; UNFPA, 2021a).

Mit dem Aktionsfeld „Bevölkerungsdynamik; sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte" arbeitet das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) gemeinsam mit seinen Partnern an Verbesserungen in diesem Bereich. Vorhaben der EZ sollen in Partnerländern dazu beitragen, die Qualität von und den Zugang zu Leistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (SRG) zu verbessern und die sexuellen und reproduktiven Rechte (SRR) von Mädchen und Frauen und weiteren benachteiligten Gruppen in größerem Maß zu verwirklichen (BMZ, 2023b).

Deutschland ist einer der wichtigsten bilateralen Akteure für die Förderung von SRGR (DSW, 2023). Für die Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und reproduktive Gesundheit für alle!", in der SRGR-Maßnahmen des BMZ gebündelt werden, werden bisher jährlich ungefähr 100 Millionen Euro zugesagt.[3]

SRGR sind für das BMZ von strategischer und politischer Relevanz. Zum Zeitpunkt der Evaluierung war die Stärkung von SRGR Teil der inhaltlichen Leitungsschwerpunkte des BMZ. Dies illustrieren beispielsweise die Überschneidungen von Zielen des Aktionsfeldes mit denen der feministischen Entwicklungspolitik (BMZ, 2023a).[4] Auch im Koalitionsvertrag der 2025 gewählten Bundesregierung wird SRGR als wichtiges entwicklungspolitisches Themenfeld hervorgehoben (Bundesregierung, 2025). Die Bedeutung des Aktionsfeldes lässt sich zudem auf Wechselwirkungen mit einer Vielzahl anderer EZ-Sektoren zurückführen. So nimmt das BMZ etwa Ausstrahlungseffekte von SRGR auf die Beschäftigungsförderung und nachhaltige Wirtschaftsentwicklung in Partnerländern an. Zudem stellt es die Bereiche Bildung, soziale Sicherung, allgemeine Gesundheitsversorgung und Governance in einen Zusammenhang mit SRGR (BMZ, 2023b).

Vor dem Hintergrund dieser entwicklungspolitischen Bedeutung des Aktionsfeldes SRGR verfolgt die DEval-Evaluierung zwei Ziele:

- **Lernen ermöglichen**: Die Evaluierung soll dazu beitragen, das Aktionsfeld SRGR in der deutschen EZ weiterzuentwickeln. Ihre Ergebnisse sollen darüber informieren, welche Maßnahmen und Ansätze bisher erfolgreich waren und wie das Aktionsfeld und korrespondierende Vorhaben verbessert werden können. Somit soll sie helfen, die Wirksamkeit der deutschen EZ bezüglich der Stärkung von SRGR in ihren Partnerländern zu erhöhen. Die Evaluierung kann darüber hinaus Hinweise liefern, wie Kernelemente der feministischen Entwicklungspolitik wie der gendertransformative Ansatz umgesetzt werden können.
- **Rechenschaft ablegen**: Die Evaluierung hat die bisherige Umsetzung von Maßnahmen für die Stärkung von SRGR umfassend untersucht und bewertet. Indem sie transparent über Erfolge und Misserfolge berichtet, kann sie dazu beitragen, öffentlich Rechenschaft über die Stärkung von SRGR in Partnerländern durch die EZ abzulegen.

3 *https://www.bmz.de/de/aktuelles/dialog-sexuelle-und-reproduktive-gesundheit-und-rechte-153190*, abgerufen am 12.12.2024.

4 *https://www.bmz.de/resource/blob/121224/schwerpunkte-unserer-entwicklungspolitik-de.pdf*, abgerufen am 06.12.2023.

2.

GEGENSTAND DER EVALUIERUNG: DAS AKTIONSFELD SRGR

Gegenstand dieser Evaluierung ist das deutsche entwicklungspolitische Engagement für die Stärkung von SRGR in Partnerländern. Den übergeordneten Rahmen bildet dabei das Aktionsfeld „Bevölkerungsdynamik; sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte", das bi- und multilaterale sowie zivilgesellschaftliche Beiträge und entwicklungspolitische Maßnahmen umfasst.

Im Fokus der Evaluierung stehen Vorhaben der EZ, die spezifischen Ländern zugeordnet werden können. Da es sich hierbei hauptsächlich um Vorhaben der staatlichen Durchführungsorganisationen handelt, legt die Evaluierung den Fokus auf die bilaterale, staatliche EZ (siehe Kapitel 2.4).[5]

Die Evaluierung untersucht das deutsche Engagement für SRGR im Zeitraum von 2011 bis 2022. In der BMZ-Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und reproduktive Gesundheit für alle!" werden seit 2011 deutsche Beiträge zur G8-Muskoka-Initiative für Mutter-Kind-Gesundheit gebündelt. Diese entsprechen weitgehend jenen Vorhaben, die im Rahmen der Evaluierung dem Aktionsfeld zugeordnet werden.[6] Daher fokussiert die Evaluierung auf den Zeitraum ab 2011 (BMZ, 2022).

2.1 Definition von SRGR

SRGR umfasst die Gesundheit mit Blick auf Sexualität und Reproduktion sowie die selbstbestimmte Entscheidung über den eigenen Körper, die eigene Sexualität und die eigene Reproduktion frei von Diskriminierung, Stigma, Zwang und Gewalt. Von der Guttmacher-Lancet-Kommission wird ein ganzheitliches und menschenrechtsbasiertes Verständnis von SRGR vorgeschlagen (Starrs et al., 2018).[7] SRGR beinhaltet demnach Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (SRG), die sich auf das körperliche, emotionale, mentale und soziale Wohlbefinden von Menschen in Bezug auf alle Elemente von Sexualität und Reproduktion beziehen. Darüber hinaus umfasst der Begriff auch Aspekte der sexuellen und reproduktiven Rechte (SRR), verstanden als die Selbstbestimmung über den eigenen Körper, die eigene Sexualität und Geschlechtsidentität, die Selbstbestimmung bei Partnerwahl, Ehe und Reproduktion sowie den diskriminierungsfreien Zugang zu vertraulichen, respektvollen und hochwertigen Dienstleistungen, Informationen und Produkten. Diese beiden Aspekte stehen in Wechselwirkung zueinander und bedingen sich gegenseitig: Geschlechterdiskriminierende soziale Normen und Einstellungen verhindern beispielsweise häufig die Stärkung von SRGR, insbesondere auch von benachteiligten Gruppen (Starrs et al., 2018; UNFPA, 2021a, 2024a).[8]

Um SRGR zu gewährleisten, benötigen Menschen Zugang zu essenziellen Dienstleistungen, die menschenrechtlichen und gesundheitlichen Standards entsprechen.[9] Zu diesen Dienstleistungen gehören effektive und sichere Kontrazeptiva, die Prävention und Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten (*sexually transmitted infections*, STI) und die pränatale, perinatale und postnatale Betreuung. Darüber hinaus beinhalten sie umfassende Sexualaufklärung (*comprehensive sexuality education*, CSE), den Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen, die Prävention und Erkennung von sowie die Beratung zu GBV

5 Der Begriff „bilaterale EZ" bezeichnet „die direkte, vertraglich vereinbarte Entwicklungszusammenarbeit zwischen Deutschland und einem Partnerland" (*https://www.bmz.de/de/service/lexikon#lexicon=14098*, abgerufen am 19.11.2024). Entsprechende Mittel werden hauptsächlich von den staatlichen Durchführungsorganisationen umgesetzt. Wie Kapitel 2.4 entnommen werden kann, sind die meisten Finanzierungsbeiträge des BMZ, die über multilaterale Kanäle umgesetzt werden, nicht spezifischen Ländern zuzuordnen. BMZ-Mittel, die über nationale zivilgesellschaftliche Kanäle umgesetzt werden, nehmen einen sehr geringen Anteil an allen SRGR-bezogenen Finanzierungsbeiträgen ein, sodass sie ebenfalls nicht berücksichtigt werden.

6 In diesem Zeitraum wurde der Name der Initiative mehrmals angepasst. Ziel der Initiative ist es, zur Verbesserung des Zugangs zu selbstbestimmter Familienplanung, sicheren Geburten und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften in Partnerländern beizutragen (BMZ, 2022, 2023b). In der Evaluierung werden dem Aktionsfeld sowohl Vorhaben zugeordnet, die in der Initiative gebündelt sind, als auch weitere Vorhaben zur Förderung der SRGR, wie Vorhaben zur Überwindung der Gewalt gegen Mädchen und Frauen oder Vorhaben zu Bevölkerungsdynamik und -statistik (siehe Kapitel 2.3, Kapitel 2.4 und Kasten 3).

7 In der Guttmacher-Lancet-Kommission haben sich von 2016 bis 2018 führenden Expert*innen mit der Entwicklung einer umfassenden und evidenzbasierten Agenda für die Stärkung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte beschäftigt. Siehe hierzu: *https://www.guttmacher.org/guttmacher-lancet-commission*, abgerufen am 16.09.2024.

8 Dies trifft insbesondere auf Personen zu, die von intersektionaler Benachteiligung betroffen sind. Eine Übersicht über die im Kontext von SRGR besonders benachteiligten Gruppen kann dem Online-Anhang entnommen werden.

9 Das bedeutet, dass Gesundheitseinrichtungen, -dienstleistungen, -informationen und -produkte verfügbar (*availability*), diskriminierungsfrei, finanziell und physisch zugänglich (*accessibility*) sowie kulturell, medizinethisch, gender- und altersspezifisch angemessen, vertraulich und respektvoll (*acceptability*) sind. Gesundheitsdienstleistungen, -informationen und -produkte müssen qualitativ hochwertig, wissenschaftlich und medizinisch angemessen sowie evidenzbasiert sein und von geschultem Personal durchgeführt beziehungsweise vermittelt werden (*quality*) (CESCR, 2000).

inklusive schädlicher Praktiken[10], die Prävention, Erkennung und Behandlung von Krebserkrankungen der reproduktiven Organe sowie die Beratung beziehungsweise Behandlung hinsichtlich sexueller (Dis-)Funktion und Zufriedenheit (Starrs et al., 2018).

SRGR sind menschenrechtlich verankert. In internationalen und regionalen[11] Menschenrechtsverträgen existieren zahlreiche Verweise auf SRGR (eine tabellarische Übersicht findet sich im Online-Anhang). So umfasst etwa das Recht auf Gesundheit, wie es im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte beschrieben wird, auch das Recht auf SRG. Dieses Recht auf SRG beinhaltet wiederum die selbstbestimmte Entscheidung über den eigenen Körper sowie den diskriminierungsfreien Zugang zu Dienstleistungen, Produkten und Informationen für alle (CESCR, 2016). Es steht somit im Zusammenhang mit dem Recht auf Nichtdiskriminierung. Mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit geht auch ein uneingeschränkter Zugang zu reproduktiven Dienstleistungen einschließlich sicherer Schwangerschaftsabbrüche[12] einher (OHCHR, 2020c). Dazu gehören das Recht auf umfassende, altersgerechte, diskriminierungsfreie und evidenzbasierte Sexualaufklärung sowie das Recht auf selbstbestimmte Entscheidungen über die Anzahl die Anzahl von Kindern und der Abstand zwischen Schwangerschaften (CESCR, 2016; OHCHR, 2020d). Auch der Schutz vor GBV und schädlichen Praktiken ist menschenrechtlich verankert. GBV und schädliche Praktiken sind Menschenrechtsverletzungen und gefährden unter anderem das Recht auf SRG, Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit (OHCHR, 2020b).

SRGR sind Kernbestandteil der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Sie sind dort in mehreren Nachhaltigkeitszielen (*Sustainable Development Goals*, SDGs) verankert (siehe auch Kasten 10 in Kapitel 6.2).[13] Direkte Bezüge lassen sich in den Unterzielen von SDG 3 zu Gesundheit und Wohlergehen finden. Diese sehen vor, die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit zu reduzieren (Ziele 3.1 und 3.2) und den Zugang zu sexual- und reproduktionsmedizinischer Versorgung zu gewährleisten (Ziel 3.7).[14] Darüber hinaus finden sich Aspekte von SRGR auch in weiteren Zielen der Agenda 2030. So umfasst SDG 5 zu Geschlechtergleichheit explizite SRGR-Ziele. Dazu zählen beispielsweise die Beendigung der Diskriminierung von Mädchen und Frauen (Ziel 5.1) sowie die Beendigung der Gewalt gegen Mädchen und Frauen (Ziel 5.2) und sogenannter schädlicher Praktiken wie Genitalverstümmelung (Ziel 5.3). Auch die Gewährleistung des allgemeinen Zugangs zu SRG und SRR sind explizit benannt (Ziel 5.6; UNGA, 2015).

2.2 Strategische Grundlagen für SRGR

Das BMZ folgt der international anerkannten Definition von SRGR. Das Aktionsfeld „Bevölkerungsdynamik; sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte" ist Teil des BMZ-Kernthemas 6 „Gesundheit, Soziale Sicherung und Bevölkerungsdynamik". In der BMZ-Kernthemenstrategie sind für das Aktionsfeld vier Handlungsfelder ausformuliert, durch welche die deutsche EZ einen Beitrag zur Stärkung von SRGR und einer nachhaltigen Bevölkerungsdynamik leisten soll (BMZ, 2023b):

10 Das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIMR) definiert GBV als „[...] Gewalt, die sich gegen eine Person aufgrund ihres biologischen oder sozialen Geschlechts richtet" und sowohl körperliche, sexualisierte, psychische und wirtschaftliche Gewalt im privaten und öffentlichen Raum umfasst (siehe: *https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/geschlechtsspezifische-gewalt*, abgerufen am 12.12.2024). Die Erklärung über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen (*Declaration on the Elimination of Violence Against Women*, DEVAW) formuliert, dass GBV schädliche Praktiken einschließt. Unter anderem werden weibliche Genitalverstümmelung (*Female Genital Mutilation*, FGM), Kinder- und Zwangsheirat, Jungfräulichkeitstests, Inzest, gewaltsame Initiationsriten und Praktiken der Witwenschaft als schädliche Praktiken bezeichnet (OHCHR, 2020b). Für die verständlichere Lesbarkeit wird im Rahmen des Berichts die Formulierung „GBV und schädliche Praktiken" verwendet, obwohl GBV der Oberbegriff ist und „schädliche Praktiken" einschließt. Damit soll hervorgehoben werden, dass im Bericht auch schwerste Menschenrechtsverletzungen im Kontext von GBV berücksichtigt werden.

11 Diese umfassen beispielsweise für den afrikanischen Kontext die *African Charter on Human and Peoples' Rights* sowie das *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa* (Maputo Protocol) und die *Addis Ababa Declaration on Population and Development in Africa beyond 2014*.

12 Im Rahmen des Rechts auf Gesundheit haben Frauen den Anspruch auf Dienstleistungen, die die Müttersterblichkeit reduzieren, einschließlich des Zugangs zu qualifizierter Geburtshilfe, postpartaler Versorgung, sicheren Schwangerschaftsabbrüchen und anderen Dienstleistungen der SRG. Die Verweigerung sicherer Schwangerschaftsabbrüche und der Zwang zur Fortsetzung einer Schwangerschaft werden zudem ebenfalls als GBV beschrieben (OHCHR, 2020c).

13 In den Millenniumsentwicklungszielen (*Millennium Development Goals*, MDGs) waren Aspekte von SRGR zunächst nicht integriert, obwohl einzelne dieser Aspekte nach der Weltbevölkerungskonferenz 1994 als Menschenrecht anerkannt wurden (Haslegrave, 2013). Die MDGs enthielten erst ab 2007 ein solches Ziel, welches sich aber auf den universellen Zugang zu reproduktiver Gesundheit beschränkte (Starrs et al., 2018).

14 SDG 3 umfasst daneben auch das Ziel der Gewährleistung allgemeiner Gesundheitsversorgung (*Universal Health Coverage*, UHC). Demzufolge sollten alle Menschen über ihren gesamten Lebensverlauf Zugang zu den hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen haben, die sie benötigen, ohne dadurch in finanzielle Not zu geraten. UHC umfasst grundlegende Dienstleistungen inklusive Prävention, Behandlung und Rehabilitation (siehe: *https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)*, abgerufen am 12.12.2024). Die beiden Unterziele von SDG 3 bedingen sich gegenseitig. UHC kann nicht erreicht werden, wenn die essenziellen Dienstleistungen der SRGR nicht allen Rechteinhabenden in angemessener Qualität und ohne finanzielle Risiken zugänglich sind.

(1) SRG, (2) SRR, (3) Bevölkerungsdynamik und verbesserte Nutzung von Bevölkerungsdaten sowie (4) internationale Kooperation zur Förderung von SRGR. Somit folgt das BMZ der international anerkannten ganzheitlichen Definition von SRGR, die sowohl SRG als auch SRR umfasst.

Die aktuelle Strategie für das Aktionsfeld setzt eine Reihe vorangegangener Strategien fort, in denen Kernbestandteile des ganzheitlichen Verständnisses von SRGR bereits enthalten waren. Ab 2008 bildete das BMZ-Positionspapier „Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik" die Grundlage für den Bereich SRGR und Bevölkerungsdynamik (BMZ, 2008). Darin betont das BMZ die Bedeutung eines menschenrechtsbasierten Ansatzes als Grundlage für SRGR. In diesem Zusammenhang werden auch Beiträge zu einem diskriminierungsfreien Zugang zu Dienstleistungen, Informationen und Kontrazeptiva sowie die Beendigung von GBV und der Abbau geschlechtsspezifischer Diskriminierungen thematisiert. Auch eine Einbindung von Männern und männlichen Jugendlichen wird als relevant dargestellt (BMZ, 2008). Das Positionspapier wurde 2014 durch einen strategischen Leitfaden für die deutsche EZ im Bereich Bevölkerungsdynamik ergänzt. Auch darin werden Selbstbestimmung und Menschenrechte als zentrale Elemente von Maßnahmen im Bereich Bevölkerungsdynamik hervorgehoben (BMZ, 2014).

SRGR ist Kernbestandteil der derzeitigen entwicklungspolitischen Agenda Deutschlands. In den zum Evaluierungszeitpunkt aktuellen Schwerpunkten des BMZ finden sich direkte und indirekte Bezüge zu SRGR.[15] So wird SRGR beispielsweise mehrfach in der Strategie zur feministischen Entwicklungspolitik thematisiert (siehe Kasten 1 sowie BMZ, 2023a). Darüber hinaus ist SRGR auch in den Gender-Aktionsplänen (BMZ, 2009, 2016, 2023e), im Aktionsplan für Kinder- und Jugendrechte in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (BMZ, 2017), im Positionspapier Globale Gesundheit (BMZ, 2019), im Aktionsplan 2030 (BMZ, 2018a) sowie in der Afrika-Strategie (BMZ, 2023f) genannt.

Kasten 1 SRGR und feministische Entwicklungspolitik

In der BMZ-Strategie zur feministischen Entwicklungspolitik sind mehrfach Bezüge zu SRGR vorhanden. Die Strategie formuliert das Ziel, den Zugang zu Rechten und die Selbstbestimmung zu stärken und diskriminierende Machtstrukturen zu überwinden. Maßnahmen zur Förderung von SRGR werden als Beispiele dafür angeführt, wie Frauen und benachteiligte Gruppen gestärkt und „gezielt diskriminierende Normen und Strukturen, Geschlechterrollen und -stereotype" abgebaut werden sollen (BMZ, 2023a). Auch für die Verwirklichung von Rechten, den Zugang zu Ressourcen sowie die Realisierung von Repräsentanzmöglichkeiten von Frauen und benachteiligten Gruppen ist das Aktionsfeld SRGR besonders relevant. Neben dem Abbau von Barrieren, die Rechteinhabende daran hindern, ihre SRR zu kennen und einzufordern, und der Stärkung des Rechts auf SRG soll eine feministische Entwicklungspolitik auch zur Prävention von GBV einschließlich schädlicher Praktiken beitragen (BMZ, 2023a). Die intersektionale Perspektive[16] und der Ausbau gendertransformativer Ansätze sind ebenfalls Teil der Strategie.

15 Neben den direkten Bezügen zu SRGR, die im Schwerpunkt „Globale Gesundheit und körperliche Selbstbestimmung ermöglichen" enthalten sind, gibt es im Schwerpunkt „Feministische Entwicklungspolitik etablieren" indirekte Bezüge (siehe *https://www.bmz.de/resource/blob/121224/schwerpunkte-unserer-entwicklungspolitik-de.pdf*, abgerufen am 26.08.2024).

16 Die Strategie zur feministischen Entwicklungspolitik beschreibt eine intersektionale Perspektive als die Berücksichtigung des Zusammenwirkens verschiedener Dimensionen von Ungleichheit und Diskriminierungsmerkmalen und stellt mehrfach diskriminierte Gruppen in den Fokus (siehe hierzu: *https://www.bmz.de/de/aktuelles/dialog-sexuelle-und-reproduktive-gesundheit-und-rechte-153190*, abgerufen am 12.12.024).

2.3 Intendierte Wirkungen auf SRGR in Partnerländern

Die deutsche EZ soll in Partnerländern einen Beitrag dazu leisten, die Gesundheit und die Rechte von Frauen und Jugendlichen in all ihrer Diversität im Hinblick auf Sexualität und Reproduktion zu stärken und so auch zu Geschlechtergleichstellung und zu einer nachhaltigen Bevölkerungsdynamik beitragen. Laut der BMZ-Strategie für das Aktionsfeld soll die deutsche EZ in Partnerländern zur Verbesserung der SRG von Mädchen und Frauen beitragen und dadurch die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit sowie unbeabsichtigte und frühe Schwangerschaften reduzieren (BMZ, 2023b). Zudem sollen Rechteinhabende gestärkt werden, ihre SRR einzufordern und wahrzunehmen. Im Fokus stehen hier Mädchen und Frauen beziehungsweise Jugendliche in all ihrer Diversität. Dementsprechend sollen auch LSBTIQ+-Personen gestärkt werden (siehe auch Bundesregierung, 2021).[17] Konkrete übergeordnete Wirkungen sind die Stärkung der Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen über den eigenen Körper sowie der Rückgang von GBV und schädlichen Praktiken. So sollen auf übergeordneter Ebene auch Beiträge zur Transformation von Geschlechterrollen geleistet und die Gleichberechtigung der Geschlechter in den Partnerländern gestärkt werden. Darüber hinaus soll die EZ auch zu besseren Voraussetzungen für eine demografische Dividende[18] beitragen (siehe Abbildung 1).

Kasten 2 Exkurs: Grundlagen der Programmtheorie für die Evaluierung

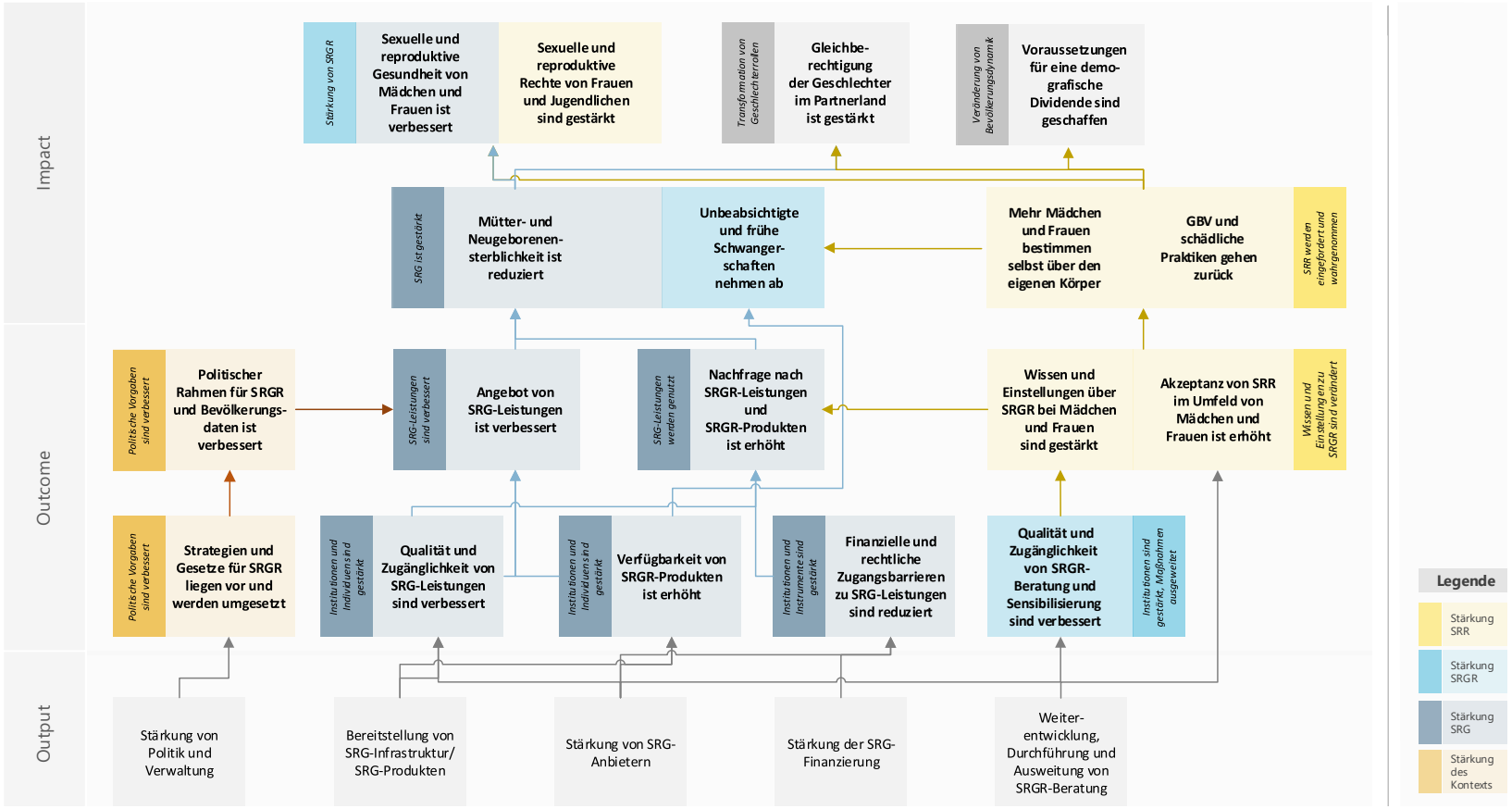
Programmtheorien bilden die Basis für die empirische Untersuchung und Bewertung von Evaluierungsgegenständen und werden häufig in Form von Wirkungsgefügen grafisch abgebildet. In der vorliegenden Evaluierung enthält die Programmtheorie übergeordnete Wirkungsannahmen des BMZ für das Aktionsfeld SRGR und Informationen über korrespondierende Aktivitäten der EZ. Die Programmtheorie basiert auf der BMZ-Strategie für das Aktionsfeld. Da in der Strategie nur wenige detaillierte Informationen über konkrete Aktivitäten von EZ-Vorhaben enthalten sind, wurden für die Formulierung der Theorie zusätzlich Programmdokumente ausgewählter Vorhaben herangezogen, um Aktivitäten besser zusammenzufassen. Wirkungsannahmen wurden zudem um Ergebnisse wissenschaftlicher Studien ergänzt.[19]

17 Dabei soll ein besonderer Fokus auf Menschen aus benachteiligen Gruppen liegen. Da Frauen und Jugendliche als benachteiligte Gruppen durch weitere Faktoren sich verstärkende Benachteiligung erfahren können, soll EZ ein besonderes Augenmerk auf Intersektionalität legen (siehe Online-Anhang). Um SRGR zu stärken, sollen auch Männer sowie weibliche wie männliche Autoritäten in Maßnahmen einbezogen werden.

18 Die Kernthemenstrategie beschreibt eine demografische Dividende als die Verlagerung der Altersstruktur zugunsten der erwerbstätigen Bevölkerung (BMZ, 2023a).

19 Grundlage bildeten der Entwurf der Kernthemenstrategie für das Kernthema 6 des BMZ (BMZ, 2023b) sowie der Entwurf einer Wirkungslogik für das Initiativthema SRGR (Dok xxvi [nichtöffentliche Dokumente werden pseudonymisiert zitiert]). Zudem wurde das Handbuch „Bevölkerungsdynamik in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit“ (GIZ, 2018) herangezogen. Auch wurden Zusammenfassungen über im Aktionsfeld durchgeführte Vorhabenarten, etwa öffentliche Materialien, sowie interne Auswertungen der Durchführungsorganisationen herangezogen (siehe auch Gade and Gabriel, 2021; Dok xiv; Dok xv). Darüber hinaus wurden Planungsdokumente von Vorhaben in Partnerländern, in denen SRGR als Teil des Kernthemas einen Schwerpunkt bilden oder die im Gestaltungsspielraum der bilateralen EZ durchgeführt werden, ausgewertet. Der Abgleich mit wissenschaftlichen Studien diente dazu, die strategischen Wirkungsannahmen im Fall von Lücken zu ergänzen, um so den Evaluierungsgegenstand vollständig und korrekt abbilden zu können. Zudem ermöglichte die Vorgehensweise, Wirkmechanismen für einzelne Wirkungsstränge zu identifizieren (Christie und Lemire, 2019; Gasteiger et al., 2021).

Abbildung 1 Wirkungsgefüge des Aktionsfeldes SRGR



Quelle: DEval, eigene Abbildung. Nicht abgebildet sind Kontextfaktoren, die für die Wirksamkeit von Vorhaben eine wichtige Rolle spielen (siehe hierzu den Online-Anhang).

Übergeordnete Wirkungen auf SRGR sollen über drei Wirkungsstränge[20] erreicht werden, die jeweils eigenständige übergeordnete Wirkungen beinhalten, sich aber auch gegenseitig bedingen:

1. **Stärkung staatlicher Rahmenbedingungen für SRGR:** Auf nationaler Ebene soll EZ zur Formulierung politischer Vorgaben für SRGR beitragen und deren Umsetzung auf Ebene der nationalen, regionalen und lokalen Administration unterstützen. So sollen förderliche Rahmenbedingungen für die Stärkung von SRGR geschaffen und Beiträge zur Unterstützung einer nachhaltigen Bevölkerungsdynamik geleistet werden.[21] Es wird angenommen, dass Wirkungen in diesem Wirkungsstrang eine der Voraussetzungen für Veränderungen in den anderen Wirkungssträngen bilden.
2. **Stärkung von SRG**: Indem EZ dazu beiträgt, das Angebot an Dienstleistungen zur Förderung der SRG auszubauen, und die entsprechende Nachfrage zu erhöhen, sollen die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit reduziert und unbeabsichtigten und frühen Schwangerschaften vorgebeugt werden. Hierfür sollen EZ-Vorhaben erstens zur Stärkung von Gesundheitseinrichtungen und entsprechender Infrastruktur beitragen und dadurch die Qualität und Zugänglichkeit von Dienstleistungen der SRG verbessern.[22] Zweitens soll EZ durch den Ausbau von Lieferketten einen Beitrag zur Verfügbarkeit von Produkten der SRG (beispielsweise Medikamente oder Kontrazeptiva) leisten.[23] Um die Nachfrage nach Dienstleistungen der SRG zu erhöhen, soll EZ rechtliche und finanzielle Zugangsbarrieren zu Dienstleistungen der SRG abbauen.[24]
3. **Stärkung von SRR:** Durch den Beitrag der EZ zum Ausbau von Wissen und zur Veränderung von Einstellungen bei Mädchen und Frauen sowie Menschen in ihrem Umfeld sollen Mädchen und Frauen besser über ihren eigenen Körper bestimmen können. Auf übergeordneter Ebene soll somit unbeabsichtigten und frühen Schwangerschaften sowie GBV und schädlichen Praktiken vorgebeugt werden. Diese Wirkungen sollen erreicht werden, indem die Qualität und Zugänglichkeit von Beratungen und Sensibilisierungsmaßnahmen verbessert und Anbieter entsprechender Angebote gestärkt werden.[25] In Verbindung mit Beratung und Aufklärung sollen so das Wissen zu SRGR erhöht und Einstellungen verändert werden – bei Mädchen und Frauen

20 Für die Stärkung von SRGR in Partnerländern sind drei der vier Handlungsfelder des Aktionsfeldes relevant (siehe Abbildung 1; BMZ, 2023b). Von indirekter Bedeutung ist das Handlungsfeld „Internationale Kooperation". Es bezieht sich überwiegend auf die politische Arbeit des BMZ sowie Beiträge an multilaterale und internationale Organisationen, die nicht länderspezifisch durch das BMZ gesteuert werden.

21 Bilaterale EZ-Vorhaben haben beispielsweise zum Ziel, Qualitätsstandards für Dienstleistungen der SRG auf nationalstaatlicher Ebene festzulegen, Gebietskörperschaften zu stärken, um Gesundheitseinrichtungen besser unterstützen zu können, oder Rahmenbedingungen für die Nutzung von Bevölkerungsdaten für politische Entscheidungen zu schaffen. In wissenschaftlichen Studien wurden Wirkungen auf Ebene politischer Rahmenbedingungen unter anderem von Uzochukwu et al. (2020) untersucht. Betrachtet wurde eine Intervention, die unterschiedliche *Advocacy*-Akteure aus der Zivilgesellschaft sowie den Medien fördert, um Mütter- und Neugeborenengesundheit als Thema in der politischen Diskussion zu verankern.

22 So beabsichtigen bilaterale EZ-Vorhaben zum Beispiel, die Kompetenzen der Mitarbeitenden von Gesundheitseinrichtungen zu verbessern oder die Nutzung von Daten für das Management von Krankenhäusern auszubauen. Die Wirksamkeit von Maßnahmen, die SRG-Einrichtungen stärken, wird in einer Reihe von Studien untersucht (Asingwire et al., 2019; Gage et al., 2022; Gomez et al., 2018; Quaife et al., 2021; Ugaz et al., 2017; Weldearegay et al., 2022). Beispielsweise zeigen Larson et al. (2019), dass Maßnahmen, die auf die Betreuungsqualität von Schwangeren ausgerichtet sind, die Qualität von Dienstleistungen der SRG verbessern und deren Nutzung erhöhen, wodurch die Zahl der Geburten in SRG-Einrichtungen gesteigert werden kann.

23 Indirekt steht dies auch im Zusammenhang mit dem Rückgang von STI. Da dies nicht Teil des Aktionsfeldes ist, werden entsprechende Beiträge im Rahmen der Evaluierung als nicht-intendierte (positive) Wirkungen verstanden (BMZ, 2023b). Diese Wirkungskette, die die Stärkung von SRG-Einrichtungen mit der qualitativen Verbesserung von Dienstleistungen der SRG und ihrer Verfügbarkeit und Nutzung in Verbindung setzt, wird in einigen wissenschaftlichen Studien insbesondere in Bezug auf Mentoring- und Trainingsmaßnahmen sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen untersucht (Asingwire et al., 2019; Gage et al., 2022; Gomez et al., 2018; Muhammed et al., 2023; Quaife et al., 2021; Ugaz et al., 2017; Ward et al., 2020).

24 Beispielsweise beabsichtigen bilaterale EZ-Vorhaben, durch den Abbau finanzieller Zugangsbarrieren zu gewährleisten, dass finanzielle Aspekte insbesondere strukturell benachteiligte Gruppen nicht von einer Behandlung oder Beratung in Gesundheitseinrichtungen abhalten. Diese Zusammenhänge finden sich auch in Studien, die Effekte von Gesundheitsfinanzierungsmaßnahmen auf die Akzeptanz, Verfügbarkeit und Nutzung von Dienstleistungen der SRG untersuchen. So haben beispielweise Abuya et al. (2018) und Kuwawenaruwa et al. (2019) ermittelt, dass der Wegfall von Gebühren für Dienstleistungen der SRG und die Einführung direkter Zahlungen an Gesundheitseinrichtungen die Qualität der Versorgung und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen erhöhen. Darüber hinaus zeigen Studien, dass *conditional cash transfers* an Rechteinhabende sich positiv auf die Nutzung von Dienstleistungen der SRG (Choudhury und Borah, 2022; von Haaren und Klonner, 2021; Lin, 2016) sowie auf die Veränderung von sexuellem und reproduktivem Verhalten auswirken, unter anderem durch die Verbesserung der ökonomischen Situation von Frauen (Austrian et al., 2022; Dervisevic et al., 2021; Heinrich et al., 2017).

25 Entsprechende Studien verweisen beispielsweise auf Effekte von Maßnahmen, die zum Ziel haben, die Kompetenzen von Gesundheitspersonal für jugendfreundliche Beratung zu Familienplanung zu stärken (Asingwire et al., 2019).

sowie in ihrem Umfeld, etwa bei männlichen Jugendlichen oder bei traditionellen Autoritäten.[26] Dies ist Voraussetzung, um soziale Zugangsbarrieren zu Dienstleistungen der SRG abzubauen und somit die Nachfrage nach entsprechenden Leistungen zu erhöhen. Es wird angenommen, dass Wirkungen des zweiten Wirkungsstranges nicht ohne diesen dritten Wirkungsstrang erreicht werden können.

Um die angestrebten Wirkungen in diesen drei Bereichen zu erreichen, sieht das BMZ eine Reihe von Maßnahmen vor, die in Vorhaben der bilateralen EZ an den jeweiligen Kontext angepasst und umgesetzt werden sollen.[27] Auf Basis von in der Kernthemenstrategie genannten Aktivitäten sowie in laufenden EZ-Vorhaben umgesetzten Maßnahmen lassen sich hier insgesamt fünf Aktivitätsbereiche identifizieren: Maßnahmen zur Stärkung von Politik und Verwaltung, zur Bereitstellung von SRGR-Infrastruktur und -Produkten, zur Stärkung von SRG-Anbietern, zur Stärkung von SRG-Finanzierung sowie zur Weiterentwicklung, Ausweitung und Durchführung von SRGR-Beratung und -Aufklärung (für detaillierte Informationen siehe Online-Anhang). Jeder dieser Bereiche umfasst eine Reihe unterschiedlicher Aktivitäten, die jeweils innerhalb eines Vorhabens eingesetzt werden können. So kann ein Vorhaben beispielsweise lokale Gebietskörperschaften beraten und zugleich die Kapazität von Gesundheitseinrichtungen verbessern.

2.4 Umsetzung des Aktionsfeldes SRGR

Im Zeitraum 2011 bis 2022 hat das BMZ insgesamt 1,2 Milliarden Euro zur Förderung von SRGR verausgabt. Das entspricht einem Anteil von ungefähr 2 Prozent aller Mittel des BMZ in diesem Zeitraum.[28] Die Auszahlungen öffentlicher Mittel für EZ (*Official Development Assistance*, ODA) durch das BMZ im Bereich SRGR sind im Untersuchungszeitraum in absoluten Zahlen gestiegen (siehe Abbildung 2): Während von 2016 zu 2017 ein leichter Rückgang der ODA-Auszahlungen zu beobachten war, stiegen diese zwischen 2017 und 2022 wieder kontinuierlich an. Relativ zu allen Mitteln des BMZ wurden die Auszahlungen im Bereich SRGR dagegen in den vergangenen Jahren nicht erhöht: Nachdem ihr Anteil zwischen 2011 und 2016 bis auf leicht über 2 Prozent der gesamten BMZ-ODA angestiegen ist, fiel er in den darauffolgenden Jahren auf unter 2 Prozent zurück. 2022 lag er trotz des Anstiegs der Gesamtausgaben bei 1,6 Prozent.

Im internationalen Vergleich ist Deutschland einer der wichtigsten Entwicklungspartner für SRGR. Wird die in der Evaluierung verwendete Operationalisierung angewandt, war Deutschland im Untersuchungszeitraum der sechstgrößte bilaterale Geber für SRGR (1,3 Milliarden Euro). Die USA gaben zwischen 2011 und 2022 im internationalen Vergleich am meisten Mittel zur Förderung von SRGR aus (12,6 Milliarden Euro), gefolgt von Großbritannien (4,8 Milliarden Euro), den Niederlanden (2,1 Milliarden Euro), Kanada (1,8 Milliarden Euro) sowie der Europäischen Union (1,4 Milliarden Euro). Mit einem Anteil von unter zwei Prozent bleibt der Anteil der Ausgaben für SRGR an den gesamten deutschen ODA-Mitteln trotz der hohen Beiträge gering. Andere Entwicklungspartner, die meist kleinere Volkswirtschaften aufweisen, priorisierten SRGR stärker. Dazu zählen die Niederlande (5 Prozent ihrer ODA-Mittel), Schweden (3 Prozent), Norwegen (über 2 Prozent) und Island und Luxemburg (jeweils unter 2 Prozent).

Der größte Anteil der ODA-Auszahlungen des BMZ für die Förderung von SRGR wurde im Untersuchungszeitraum über staatliche Kanäle umgesetzt. Mit 912,6 Millionen Euro betraf dies 75 Prozent aller ODA-Auszahlungen für SRGR

26 Diese Wirkungskette findet sich bei einer Reihe von wissenschaftlichen Studien, die jeweils unterschiedliche Interventionsformen untersuchen, beispielsweise die interaktive SRG-Bildung (Ma et al., 2022), sogenannte *Girls-groups-* und *Safe-space*-Maßnahmen (Austrian et al., 2022; Mercy Corps, 2015), allgemeine Bildungsmaßnahmen (Mbizvo et al., 2023) oder Trainingsmaßnahmen für Lehrkräfte (Brudevold-Newman et al., 2018; Chaosurin, 2018; Yohanna et al., 2023). Daneben existieren eine Reihe von Studien, die *Community-mobilisation-* und Dialog-Maßnahmen oder die Wirkungen der Zusammenarbeit mit einzelnen Gruppen, etwa Jugend-Clubs, untersuchen (Field et al., 2018; Nafisah et al., 2019). Zu diesem Bereich zählen zudem Maßnahmen, die auf Medienkampagnen ausgerichtet sind und sexuelles und reproduktives Verhalten beeinflussen (Beaudoin et al., 2016; Chaudhary et al., 2023; Ward et al., 2020)including those pertinent to public health. In the context of family planning in Pakistan, the current study evaluates the Touch condom media campaign and its effects on condom-related awareness, attitudes, behavioral intention, and behavior. This evaluation relies on 3 waves of panel survey data from men married to women ages 15–49 living in urban and rural areas in Pakistan (N = 1,012).

27 Der kontextspezifische Einsatz von Ansätzen ist insofern bedeutsam, als wissenschaftliche Studien insgesamt darauf verweisen, dass die Wirksamkeit von SRGR-Vorhaben maßgeblich von den jeweiligen Rahmenbedingungen in einzelnen Partnerländern abhängt (Starrs et al., 2018; UNFPA, 2021a; siehe Online-Anhang für eine Übersicht über alle Kontextfaktoren).

28 Das BMZ verwaltet mit 96 Prozent den Großteil aller deutschen ODA-Auszahlungen für SRGR.

(siehe Abbildung 3).[29] Über deutsche und internationale zivilgesellschaftliche Organisationen wurden im Untersuchungszeitraum 147,6 Millionen Euro (12 Prozent) verausgabt. Der überwiegende Teil dieser ODA-Auszahlungen wurde von einer einzelnen internationalen zivilgesellschaftlichen Organisation, der internationalen Familienplanungsvereinigung (*International Planned Parenthood Federation*, IPPF), umgesetzt (110 Millionen Euro).[30] Ebenfalls von großer Bedeutung für das Aktionsfeld sind multilaterale Organisationen, über die von 2011 bis 2022 insgesamt 129,3 Millionen Euro (11 Prozent) umgesetzt wurden.

Kasten 3 Operationalisierung von SRGR

Bei der Operationalisierung des Aktionsfeldes folgt diese Evaluierung der Definition des BMZ und erweitert sie um einzelne relevante Förderbereiche. Seit der Verabschiedung der BMZ-Initiative im Jahr 2011 werden die für SRGR bereitgestellten ODA-Mittel durch den Förderbereichsschlüssel des *Creditor Reporting System* (CRS)[31] vom OECD-Ausschuss für Entwicklungshilfe (OECD Development Assistance Committee, DAC) erfasst. Dabei wurden die folgenden Förderbereiche berücksichtigt: „Förderung reproduktiver Gesundheit" (Schlüssel 13020), „Familienplanung" (Schlüssel 13030) und „Aus- und Fortbildung im Bereich Bevölkerungsmedizin und reproduktive Gesundheit" (Schlüssel 13081).[32] Diese Operationalisierung wird in der vorliegenden Evaluierung übernommen. Zudem werden in der Evaluierung Vorhaben aus anderen Förderbereichen berücksichtigt, die den inhaltlichen Kern des Aktionsfeldes ebenfalls betreffen, etwa Vorhaben, die zur „Überwindung der Gewalt gegen Mädchen und Frauen" (Schlüssel 15180) und zur „Weiterentwicklung von Bevölkerungspolitik und -statistik" (Schlüssel 13010) beitragen sollen.[33]

Jüngst nimmt die Bedeutung multilateraler und zivilgesellschaftlicher Organisationen für die Umsetzung des Aktionsfeldes zu. Während der Anteil zweckgebundener Mittel an multilaterale Organisationen bis 2017 eher gering war, stieg er seitdem kontinuierlich an und erreichte im Jahr 2022 einen Anteil von 23 Prozent aller Mittel.[34] Der Anteil der Mittel, der von zivilgesellschaftlichen Organisationen umgesetzt wurde, stieg bis 2019 an und liegt seitdem unverändert bei rund 15 Prozent der SRGR-Mittel.

29 Die Mittel zur Förderung von SRGR werden vor allem über die KfW Entwicklungsbank im Rahmen der Finanziellen Zusammenarbeit (FZ) und über die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) im Rahmen der Technischen Zusammenarbeit (TZ) umgesetzt. Eine differenzierte Auswertung von CRS-Daten nach bilateralen Durchführungsorganisationen ist jedoch nicht möglich, da entsprechende Informationen im CRS während des Untersuchungszeitraums nicht einheitlich erfasst wurden.

30 Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum 74 Prozent aller Mittel für zivilgesellschaftliche Organisationen über internationale zivilgesellschaftliche Organisationen umgesetzt. Dieser Anteil veränderte sich im Verlauf des Untersuchungszeitraums auch nicht. Für die Unterscheidung zwischen – in diesem Fall– deutschen und internationalen zivilgesellschaftlichen Organisationen wird auf die Definition des OECD DAC zurückgegriffen. Von den internationalen zivilgesellschaftlichen Organisationen werden nur bestimmte, von der OECD anerkannte Organisationen berücksichtigt. Eine Übersicht über diese Organisationen findet sich unter dem folgenden Link: *https://webfs.oecd.org/oda/DataCollection/Resources/DAC-CRS-CODES.xlsx*, abgerufen am 19.12.2023.

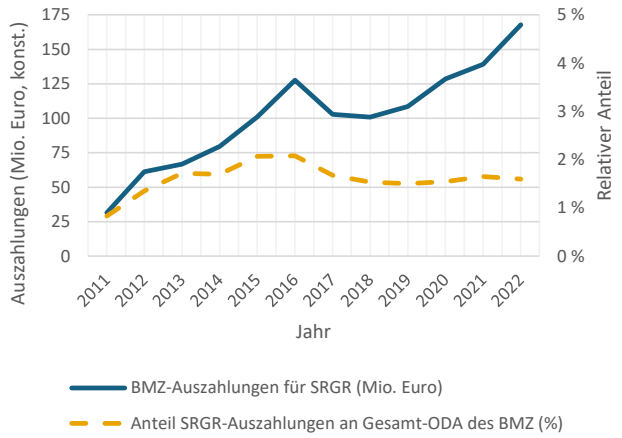
31 Eine Übersicht über die in der deutschen EZ verwendeten Förderbereichsschlüssel können der Homepage des BMZ entnommen werden: *https://www.bmz.de/de/ministerium/zahlen-fakten/oda-zahlen/hintergrund/foerderbereichsschluessel-35676*, abgerufen am 18.10.2023. Die Förderbereichsschlüssel entsprechen den Vorgaben des OECD DAC für die Berichterstattung zu sogenannten *Purpose Codes* im CRS. Entsprechende Informationen finden sich unter: *https://webfs.oecd.org/oda/DataCollection/Resources/DAC-CRS-CODES.xlsx*, abgerufen am 18.10.2023.

32 Dies umfasst auch Beiträge an die Internationale Familienplanungsvereinigung (International Planned Parenthood Federation, IPPF), den Maternal and Newborn Health Thematic Fund des Bevölkerungsfonds der UN (United Nations Population Fund, UNFPA) und die UNFPA *Supplies*. Kernbeiträge an den UNFPA und die bei der Weltbank angesiedelte Globale Finanzfazilität für Frauen, Kinder und Jugendliche (Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents, GFF) zählen nicht zur Initiative (Dok xxv).

33 Neben diesen existieren weitere Förderbereichsschlüssel, die Aspekte von SRGR abdecken, beispielsweise jene zur „Bekämpfung von sexuell übertragbaren Krankheiten einschließlich HIV/Aids" (13040) und zur „Förderung von Frauenrechtsorganisationen und -bewegungen sowie staatliche Institutionen" (15170). Diese sind im Kern jedoch nicht Teil des Aktionsfeldes, sodass sie in der vorliegenden Evaluierung nicht berücksichtigt werden. Darüber hinaus gibt es weitere Möglichkeiten, Mittel zur Förderung von SRGR zu erfassen. So hat das Evaluierungsteam vergleichende Berechnungen unter Anwendung einer Annäherung an die Muskoka-2-Methode sowie der *Donors-Delivering*-SRHR-Tracking-Methode untersucht. Da diese jedoch jeweils wiederum auf spezifische Elemente von SRGR ausgerichtet sind, wurden sie nicht in die Evaluierung übernommen (siehe Online-Anhang).

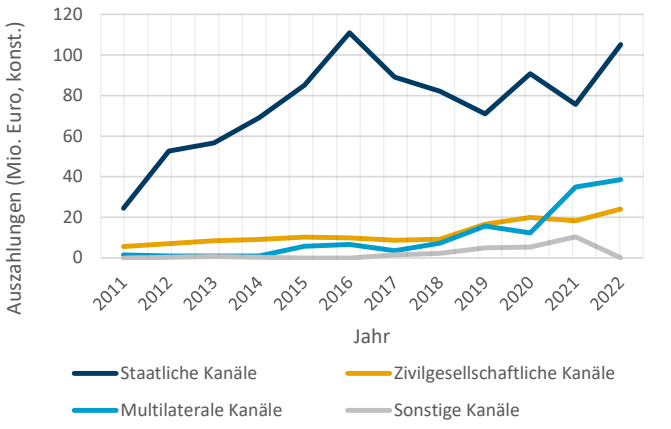
34 Informationen zu Kernbeiträgen von Gebern an multilaterale Organisationen können den CRS-Daten nicht entnommen werden, da diese Mittel von den Organisationen frei genutzt werden und eine Zuordnung zu SRGR-Vorhaben entsprechend nicht möglich ist. Bei den sogenannten zweckgebundenen Beiträgen handelt es sich um ODA-Beiträge von Gebern an multilaterale Organisationen für spezifische Vorhaben, womit eine Zuordnung zu SRGR möglich ist. Im Untersuchungszeitraum besonders bedeutsame multilaterale Partner des BMZ waren die Wirtschaftsgemeinschaft westafrikanischer Staaten (ECOWAS; insgesamt 28,3 Millionen Euro) sowie der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA; insgesamt 28,2 Millionen Euro), die Weltbank (insgesamt 21,4 Millionen Euro), das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP; insgesamt 20 Millionen Euro) und die Zentralafrikanische Wirtschafts- und Währungsgemeinschaft (CEMAC; insgesamt 17,9 Millionen Euro).

Abbildung 2 ODA-Auszahlungen des BMZ für SRGR 2011–2022



Quelle: DEval, eigene Berechnung und Darstellung basierend auf den CRS-Daten des OECD DAC, 2011–2022.

Abbildung 3 ODA-Auszahlungen des BMZ für SRGR nach Kanal 2011–2022



Quelle: DEval, eigene Berechnung und Darstellung basierend auf den CRS-Daten des OECD DAC, 2011–2022.

Während der überwiegende Anteil der bilateralen Mittel spezifisch in einzelnen Ländern verausgabt wird, sind Mittel, die von multilateralen und zivilgesellschaftlichen Organisationen umgesetzt werden, meist nicht länderspezifisch. Im Untersuchungszeitraum sind 88 Prozent der bilateralen Mittel (799,7 von 912,6 Millionen Euro) spezifischen Partnerländern zuzuordnen. Auch 96 Prozent der Mittel, die von deutschen zivilgesellschaftlichen Organisationen umgesetzt wurden (35,9 von 37,9 Millionen Euro), können einzelnen Ländern zugeordnet werden. Demgegenüber können nur 9 Prozent der über multilaterale Kanäle verausgabten ODA-Mittel (12,2 Millionen Euro von 129,3 Millionen Euro) und 5 Prozent der über internationale zivilgesellschaftliche Organisationen ausgezahlten Mittel (5,1 Millionen Euro von 110,2 Millionen Euro) einzelnen Ländern zugeordnet werden.

Inhaltlich lässt sich ein deutlicher Fokus der ODA-Auszahlungen des BMZ auf die Förderung von reproduktiver Gesundheit ablesen. Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum 75 Prozent aller SRGR-Mittel des BMZ im Förderbereich „Reproduktive Gesundheit" ausgezahlt (916,7 Millionen Euro). Der Förderbereich „Familienplanung", in dem mit 154,7 Millionen Euro am zweitmeisten Mittel ausgezahlt wurden, liegt mit einem Anteil von 13 Prozent deutlich dahinter. Mit rund 7 Prozent aller ODA-Mittel des BMZ für SRGR (86,4 Millionen Euro) ist darüber hinaus nur der Förderbereich „Überwindung der Gewalt gegen Mädchen und Frauen" bedeutsam. Dieser Förderbereich wurde erst 2017 im CRS eingeführt und ist seitdem deutlich angestiegen.[35] Er wird als einziger Förderbereich zu einem größeren Anteil (rund 38 Prozent) auch von multilateralen Kanälen implementiert. Alle anderen Förderbereiche werden mit je mehr als 75 Prozent über die bilaterale EZ umgesetzt.

Die meisten ODA-Mittel des BMZ fließen in Länder Afrikas. Im Untersuchungszeitraum wurden 711 Millionen Euro (59 Prozent der gesamten ODA-Auszahlungen für SRGR) an Länder Afrikas verausgabt (siehe Online-Anhang).[36] An die Länder Süd-, Ost- und Zentralasiens sowie Ozeaniens flossen im Untersuchungszeitraum 201,2 Millionen Euro (17 Prozent), während 58,7 Millionen Euro (5 Prozent) an Länder des Nahen Ostens und 23,1 Millionen Euro (2 Prozent) an Länder Zentral- und Südamerikas gingen. Die restlichen 221,4 Millionen Euro (18 Prozent) verteilten sich auf Europa sowie ganze Regionen oder wurden geografisch nicht spezifiziert.

35 Seit der Einführung des Förderbereichsschlüssels stieg die Summe der zugeordneten Mittel kontinuierlich bis auf rund 20 Prozent im Jahr 2022 an. Dieser Anstieg muss aber nicht unbedingt mit einem Bedeutungszuwachs des jeweiligen Förderbereichs einhergehen. Es ist möglich, dass bereits zuvor finanzierte Maßnahmen nachträglich mit dem neuen Förderbereichsschlüssel gekennzeichnet wurden. Zudem ist die Aussagekraft der Förderbereichsschlüssel stark beschränkt: Da das CRS nur die Vergabe eines Förderbereichsschlüssels vorsieht, kann nur der wichtigste Aktivitätsbereich angegeben werden. In der Praxis können Vorhaben aber mehrere Aktivitätsbereiche umfassen, die sich in der CRS-Statistik folglich nicht widerspiegeln.

36 Der überwiegende Anteil dieser Mittel wurde an Länder Afrikas südlich der Sahara ausgezahlt (58 Prozent). Im Untersuchungszeitraum sind lediglich 0,2 Prozent aller Mittel für SRGR an Länder im nördlichen Afrika geflossen.

3.

EVALUIERUNGSFRAGEN UND METHODISCHES VORGEHEN

3.1 Evaluierungsfragen und Bewertungskriterien

Maßgeblich für die Strukturierung des Erkenntnisinteresses sind die sechs OECD-DAC-Evaluierungskriterien (OECD-DAC, 2019). Auf ihrer Basis wurden die Evaluierungsfragen formuliert. Alle sechs Evaluierungskriterien wurden in die Evaluierung einbezogen (siehe Anhang 8.2):

- **Relevanz:** Im Fokus stand zum einen die Relevanz bilateraler Vorhaben[37] für Rechteinhabende und benachteiligte Gruppen vor dem Hintergrund ihrer Bedarfe in Bezug auf SRGR (siehe Frage 1.1 in der Evaluierungsmatrix).[38] Zum anderen wurde die Relevanz der Vorhaben vor dem Hintergrund von Politiken und Prioritäten der deutschen EZ sowie von Partnerregierungen untersucht (Frage 1.2). Bewertungskriterium (BK) war hier die Bezugnahme auf die jeweiligen politischen Prioritäten.
- **Kohärenz:** Hier wurde zunächst das Wissen über andere bilaterale Vorhaben, die einen Bezug zu SRGR aufweisen, und die Koordination zwischen entsprechenden Vorhaben in Partnerländern untersucht (interne Kohärenz). Darauf aufbauend wurden auch das Wissen über und die Koordination mit Vorhaben anderer Entwicklungspartner ermittelt (externe Kohärenz; beides Frage 2.1). Zudem wurden die jeweiligen Rollen von TZ und FZ für die Umsetzung des Aktionsfeldes empirisch beleuchtet (Frage 2.2).
- **Effektivität:** Die Effektivität wurde entlang der folgenden Kriterien untersucht: Grad der Zielerreichung bezüglich der direkten Ziele der Vorhaben (Frage 3.1); Beitrag von Vorhaben zur Stärkung von Dienstleistungen der SRG sowie zum Abbau von Zugangsbarrieren (Frage 3.2); und Beiträge der Vorhaben zur Stärkung von SRR, wobei Beiträge zur Stärkung von SRGR-Beratung und -Sensibilisierung sowie zur Veränderung von Wissen und Einstellungen von Mädchen und Frauen und Menschen in ihrem Umfeld im Blickpunkt standen.[39] Zudem wurden Einflussfaktoren für das Erreichen direkter Ziele identifiziert (Frage 3.4).
- **Übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit:** Zum einen wurde hier untersucht, welche Beiträge bilaterale Vorhaben zur Stärkung von SRG und SRR sowie zu Geschlechtergleichstellung und zur Schaffung von Voraussetzungen für eine demografische Dividende leisten (Frage 4.1). Zum anderen wurden Einflussfaktoren für die übergeordnete Wirksamkeit identifiziert (Frage 4.2).
- **Effizienz:** Analysiert wurden die übergeordnete Effizienzbewertung bilateraler Vorhaben sowie ihre Produktionseffizienz und Allokationseffizienz (Frage 5).[40]
- **Nachhaltigkeit:** Hierbei wurden Potenziale für die Dauerhaftigkeit von Wirkungen – vor allem die Bereitschaft und Fähigkeit von Zielgruppen, positive Wirkungen über die Zeit zu erhalten – berücksichtigt (Frage 6).

Bei den meisten Fragen erfolgt eine Bewertung entlang der Bewertungsskala des DEval. Die Skala umfasst die folgenden Ausprägungen: „erfüllt", „größtenteils erfüllt", „teilweise erfüllt", „kaum erfüllt" sowie „verfehlt" (siehe Anhang 8.1).[41]

37 Der Begriff „Vorhaben der bilateralen EZ" wird im Folgenden verwendet, um sogenannte EZ-Module zu umschreiben. Module bezeichnen Maßnahmen der bilateralen staatlichen EZ und können aus mehreren Komponenten bestehen, in denen Aktivitäten umgesetzt werden. Die Module werden jeweils nur von einer Durchführungsorganisation implementiert und können im Rahmen eines größeren, thematischen EZ-Programms umgesetzt werden, das den strategischen Rahmen für ein Thema innerhalb eines Partnerlandes vorgibt. Während für Module ein systematisches Monitoring und regelmäßige Evaluierungen vorgesehen sind, gibt es dieses Vorgehen für EZ-Programme derzeit nicht (Dok xvii). Evaluierungen auf Ebene von EZ-Programmen werden derzeit entwickelt beziehungsweise pilotiert.

38 Bewertungskriterien werden aus den strategischen Vorgaben des BMZ abgeleitet und mittels Indikatoren operationalisiert. Letztere werden entweder ebenfalls aus den strategischen Vorgaben abgeleitet oder durch Hinzuziehung weiterer Quellen identifiziert (siehe Kapitel 2.3). Die Bewertungskriterien und korrespondierende Indikatoren sind in der Evaluierungsmatrix in Anhang 8.2 enthalten. Bei der Relevanz für Rechteinhabende wird unterschieden zwischen Bedarfen, die sich eher auf SRG beziehen, und solchen, die sich eher auf SRR beziehen. Diese Unterscheidung ist für die zusammenfassende Analyse wichtig. Sie impliziert aber nicht, dass eine klare Trennung zwischen beiden Handlungsfeldern möglich ist.

39 Diese Unterscheidung zwischen eher auf SRG bezogene und eher auf SRR bezogene Wirkungen geht auf die aus der Kernthemenstrategie abgeleitete Unterscheidung zwischen beiden Handlungsfeldern beziehungsweise Wirkungssträngen zurück (siehe Kapitel 2.2 und 2.3). Dadurch ist es möglich, jeweils eigenständige Wirkungen beider Bereiche zu untersuchen. Die Trennung impliziert nicht, dass keine Wechselwirkungen zwischen beiden Bereichen existieren und einzelne Maßnahmen von Vorhaben nicht auch zu beiden Wirkungssträngen beitragen können.

40 Im Rahmen der Produktionseffizienz wird das Kosten-Leistungs-Verhältnis auf Basis von Outputs thematisiert. Die Allokationseffizienz nimmt dagegen das Verhältnis von Kosten und Leistungen in Bezug auf Wirkungen (*Outcomes*) in den Blick (siehe hierzu Palenberg, 2011).

41 Die Bewertungsskala des DEval sieht neben diesen fünf Ausprägungen der Skala eine sechste Ausprägung – „übertroffen" – vor. Da die in der vorliegenden Evaluierung eingesetzten Bewertungskriterien mit Blick auf die Vorgaben des Aktionsfelds bereits ein Maximum abbilden, ist die Anwendung einer Kategorie „übertroffen" inhaltlich nicht aussagekräftig. Sie findet daher in der vorliegenden Evaluierung keine Anwendung.

3.2 Design der Evaluierung

Theoriebasierter Ansatz

Die Evaluierung folgt dem Ansatz der theoriebasierten Evaluierung und hat eine sogenannte Programmtheorie als Grundlage. In einer Programmtheorie wird dargelegt, wie eine oder mehrere Intervention(en) zu Zielen und Wirkungen beitragen soll(en) (Funnell und Rogers, 2011). Die Programmtheorie bildet den Evaluierungsgegenstand ab und benennt Aktivitäten (*Theory of Action*) sowie beabsichtigte direkte und indirekte Wirkungen (Theory of Change; Chen, 2005; Funnell und Rogers, 2011). Darüber hinaus enthält sie Hypothesen darüber, wie Wirkungen erreicht werden und welche Bedingungen hierfür gegeben sein müssen. Programmtheorien werden häufig in Form von Flussdiagrammen dargestellt, die den Zusammenhang von Aktivitäten und Wirkungen abbilden (Lemire et al., 2023).

Die in Programmtheorien aufgeführten Ziele und Wirkungen stellen die Grundlage für die Bewertung des Evaluierungsgegenstands dar. In der vorliegenden Evaluierung beinhaltet die in Kapitel 2.3. vorgestellte schematische Darstellung der Programmtheorie die Vorgaben des BMZ für das Aktionsfeld SRGR sowie intendierte Wirkungen, die EZ insgesamt in Partnerländern erreichen soll (siehe Kasten 2 in Kapitel 2.3). Die entsprechenden Inhalte bilden die Grundlage für die Formulierung von Bewertungskriterien und Indikatoren, die in der Evaluierungsmatrix für jede Evaluierungsfrage definiert werden (siehe Anhang 8.2). Somit werden empirische Informationen mit den in der Programmtheorie festgelegten beabsichtigten Zielen und Wirkungen des BMZ abgeglichen.

Ansatz der menschenrechtsbasierten Evaluierung

Die Evaluierung folgt dem Ansatz der menschenrechtsbasierten Evaluierung (MRBE) und berücksichtigt menschenrechtliche Standards und Prinzipien möglichst **umfassend.** Der Ansatz sieht vor, dass menschenrechtliche Standards und Prinzipien (Chancengleichheit und Nichtdiskriminierung, Partizipation und Empowerment sowie Transparenz und Rechenschaft) bei der Planung der Evaluierung, der Festlegung des Erkenntnisinteresses, der Datenerhebung und -analyse sowie der Berichtslegung und dem Wissenstransfer verankert werden (OECD, 2023; OHCHR, 2018; UNEG, 2014). Damit geht der Anspruch einher, in der Evaluierung einen Fokus auf benachteiligte Gruppen zu legen und dabei einen menschenrechtlichen Perspektivwechsel vorzunehmen. Durch diesen werden von Vorhaben adressierte Menschen, die häufig als „Zielgruppe" bezeichnet werden, als vom Vorhaben adressierte „Rechteinhabende" bezeichnet. Staatliche Akteure gelten aus dieser Perspektive als „Pflichtentragende" (BMZ, 2011).

Die im Rahmen der Evaluierung umgesetzten Maßnahmen entsprechen gängigen Evaluierungsstandards oder guter wissenschaftlicher Praxis; teilweise gehen sie auch darüber hinaus (DeGEval, 2016; DFG, 2022). Unter anderem wurden die folgenden Maßnahmen umgesetzt (siehe auch Online-Anhang):

- **Berücksichtigung von Menschenrechten im Erkenntnisinteresse**: Menschenrechte und menschenrechtliche Standards wurden sowohl bei der Beschreibung des Evaluierungsgegenstands als auch bei der Formulierung der Evaluierungsfragen und Bewertungskriterien berücksichtigt.
- **Berücksichtigung von Rechteinhabenden und ihrer Perspektive im Rahmen der Datenerhebung**: Die Datenerhebung der Fallstudien wurde so konzipiert, dass die Perspektive von Rechteinhabenden oder ihrer Vertretungsstrukturen einbezogen werden konnte (siehe Kapitel 3.3.1). Um benachteiligte Gruppen zu berücksichtigen, wurden hierbei auch menschenrechtliche Kontextanalysen durchgeführt. In der Szenarioanalyse wurden länderspezifische Szenarien gemeinsam mit Rechteinhabenden erstellt (siehe Kapitel 3.3.2).
- **Beteiligung von Rechteinhabenden an der Datenanalyse und Synthese**: In den Fallstudienländern wurden Interpretationsworkshops gemeinsam mit Rechteinhabenden durchgeführt, um sie auch an der Analyse und Interpretation von sie betreffenden Ergebnissen zu beteiligen.
- **Berücksichtigung von Rechteinhabenden im Wissenstransfer von Evaluierungsergebnissen**: Ausgewählte Ergebnisse werden nach Abschluss der Evaluierung für Rechteinhabende in den Fallstudienländern aufbereitet und ihnen zur Verfügung gestellt.

Ansatz der Methodenintegration

Die Evaluierung folgt einem methodenintegrativen Ansatz. Dabei werden Elemente des *Mixed-Methods*-Ansatzes, der den gemeinsamen Einsatz von qualitativen und quantitativen Methoden vorsieht, mit Elementen des *Multi-Method-Research*-Ansatzes kombiniert. Letzterer zielt auf die Kombination von Methoden mit fallzentrierter und fallübergreifender kausaler Inferenz ab (Goertz, 2017; Johnson et al., 2007), wobei unterschiedliche Methoden oder Informationsquellen trianguliert werden.[42] Der methodenintegrative Ansatz trägt dazu bei, die Qualität der Ergebnisse zu erhöhen, etwa indem je nach Erkenntnisinteresse Einschränkungen einzelner Methoden durch andere Methoden ausgeglichen werden.

3.3 Methoden der Evaluierung

3.3.1 Retrospektive Methoden

Um die Evaluierungsfragen zu beantworten, wurden im Untersuchungszeitraum umgesetzte beziehungsweise aktuell laufende EZ-Vorhaben untersucht. Für die Fallstudien wurden aktuell laufende Vorhaben ausgewählt, in denen bereits Aktivitäten umgesetzt worden sind. Die Evaluierungssynthese berücksichtigte im Untersuchungszeitraum evaluierte EZ-Vorhaben, und in der Sekundärdatenanalyse wurden deutsche ODA-Auszahlungen für diesen Zeitraum analysiert.

Fallstudien

Die Relevanz von Vorhaben für Rechteinhabende sowie ihre Kohärenz, Effektivität und übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit wurden kriterienbasiert in sechs ausgewählten Fallstudienländern untersucht. Hierbei kam in zwei Ländern (Malawi, Togo) eine Vor-Ort-Datenerhebung zum Einsatz und in vier Ländern (Guinea, Jemen, Kamerun, Kirgistan) eine Remote-Datenerhebung. Die Auswahl der Länder erfolgte entlang der folgenden Kriterien: Dauer der laufenden EZ-Vorhaben[43], aktuelle Relevanz der Partnerländer für die Umsetzung des Aktionsfeldes[44] sowie soziale, politische und ökonomische Kontextfaktoren für SRGR[45]. Darüber hinaus wurden, sofern möglich, Länder ausgewählt, in denen sowohl Vorhaben der TZ als auch solche der FZ durchgeführt wurden. Als Fallstudienländer mit Vor-Ort-Datenerhebung wurden Länder ausgewählt, in denen Vorhaben unter anderem auch SRR-Komponenten umsetzten und in denen Kontextfaktoren eine Zielerreichung eher wahrscheinlich machten. Für die Fallstudien mit Remote-Datenerhebung wurden Länder ausgewählt, die möglichst unterschiedliche Kontexte aufweisen (zum Beispiel in Bezug auf den Konfliktstatus des Partnerlandes) und die auf verschiedenen Kontinenten liegen.

Bei den Fallstudienländern mit Datenerhebung vor Ort lag ein Schwerpunkt auf der Erhebung qualitativer Daten im Rahmen von semistrukturierten Interviews und Gruppendiskussionen. Hierbei standen unter anderem Rechteinhabende im Fokus: Frauen und Männer unterschiedlichen Alters und sozialer Hintergründe sowie aus unterschiedlichen Interventionsregionen der deutschen EZ nahmen an semistrukturierten Gruppendiskussionen teil.[46] Darüber hinaus wurden Projektmitarbeitende und Verantwortliche bilateraler EZ-Vorhaben, politische Partner und Implementierungspartner, Vertreter*innen der Zivilgesellschaft und ausgewählte andere Entwicklungspartner interviewt. Die Diskussionen fanden in der jeweils gängigen lokalen Sprache statt. Die leitfadengestützten Interviews und Diskussionen waren an den Evaluierungsfragen ausgerichtet. Sie wurden per Audiomitschnitt aufgenommen,

42 Auch die Bewertung des Erfüllungsgrades von Bewertungskriterien unterliegt der Triangulation. Detaillierte Informationen hierzu können Anhang 8.1 sowie den Ergebniskästen in Kapitel 4 entnommen werden.

43 Vorhaben in Fallstudienländern sollten im Regelfall zum Untersuchungszeitpunkt länger als ein Jahr umgesetzt worden sein.

44 Für die Fallstudienländer mit Vor-Ort-Datenerhebung wurde dies gemessen an der Umsetzung des Aktionsfeldes im Jahr 2023 im Rahmen des Kernthemas oder im sogenannten Gestaltungsspielraum der bilateralen EZ. Für die Remote-Fallstudienländer wurde dies an der Höhe der Mittel gemessen, die mittel- und langfristig in das Partnerland geflossen sind.

45 Gemessen wurde dies anhand soziopolitischer Rahmenbedingungen für SRGR – beispielsweise der Nachfrage nach Familienplanung oder der Prävalenz moderner Kontrazeptiva – sowie sozioökonomischer Rahmenbedingungen, ermittelt anhand der Einzeldimensionen des *Human Development Index*. Zusätzlich wurden aktuelle bewaffnete Konflikte als erschwerender Faktor berücksichtigt.

46 Die lose Strukturierung dieser Interviews und Diskussionen ermöglicht offene Antworten und somit das Erfassen von Einstellungen und Einschätzungen in den Sinnzusammenhängen von Gesprächspartner*innen (Dannecker und Vossemer, 2014). Dieses Vorgehen ist insbesondere im Rahmen der Datenerhebung bei strukturell benachteiligten Gruppen von Bedeutung, da es Möglichkeiten bietet, partizipative Elemente einzubauen und auf spezifische Bedarfe der interviewten Personen einzugehen.

transkribiert, übersetzt und entlang der Evaluierungsmatrix kodiert. Insgesamt wurden in diesem Kontext 109 Fokusgruppendiskussionen und Interviews durchgeführt.

In den Fallstudienländern mir Remote-Datenerhebung stand die Durchführung von Online-Interviews mit am Projekt beteiligten Personengruppen im Zentrum. Hierbei wurden für jedes Vorhaben unter anderem Mitarbeitende des Vorhabens, Pflichtentragende (etwa politische Partner) und Personen aus Vertretungsorganisationen von Rechteinhabenden (beispielsweise zivilgesellschaftliche Organisationen[47]) interviewt. Auch diese leitfadengestützten Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und anschließend entlang der Evaluierungsmatrix kodiert. Insgesamt wurden in diesem Kontext 15 Interviews durchgeführt.

Evaluierungssynthese

Eine systematische Synthese der Ergebnisse aller im Untersuchungszeitraum veröffentlichten Projektevaluierungsberichte garantierte die einheitliche Untersuchung der Evaluierungskriterien. Evaluierungsberichte von Vorhaben, die dem Aktionsfeld zugeordnet werden können und die zwischen 2011 und 2023 stattfanden, wurden systematisch kodiert und sowohl qualitativ als auch quantitativ ausgewertet.[48] Dies betraf 70 Berichte (29 Vorhaben der TZ und 41 Vorhaben der FZ).[49] Vorab wurden diese auf ihre methodische Qualität hin bewertet, wofür neun in Meta-Evaluierungen häufig eingesetzte Indikatoren verwendet wurden (Guffler et al., 2022; Noltze et al., 2018; Polak et al., 2022).[50]

Sekundärdatenanalyse

Um die übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit zu untersuchen, wurden mehrere Datensätze miteinander kombiniert. Für die makroquantitative Analyse wurden Datensätze[51] des *Demographic and Health Survey* (DHS), der Weltbank und des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen (UNDP) mit CRS-Allokationsdaten des OECD DAC aufbereitet (siehe Kasten 3 in Abschnitt 2.4).[52] Weitere Datensätze wurden für Kontrollvariablen herangezogen, um zeitvariante Störfaktoren zu beseitigen.[53]

Im Rahmen der Analyse wurde der Zusammenhang von intendierten übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen im Bereich SRGR und ODA-Auszahlungen des BMZ für

47 Durch die virtuelle Datenerhebung war es in den Remote-Fallstudien nicht möglich, Fokusgruppendiskussionen mit direkt adressierten Rechteinhabenden durchzuführen. Zum einen war es aufgrund der Entfernung nicht möglich, Rechteinhabende systematisch zu identifizieren; zum anderen konnten virtuelle Gruppendiskussionen aufgrund technischer Einschränkungen nur bedingt umgesetzt werden. Daher wurden gezielt Vertretungsorganisationen der Zivilgesellschaft kontaktiert, die die Rechteinhabenden so repräsentativ wie möglich vertreten und deren Ansichten und Erfahrungen einbringen.

48 Die Vorgehensweise orientiert sich am Vorgehen von narrativen Synthesen, bei dem Ergebnisse wissenschaftlicher Studien qualitativ zusammengefasst und erklärt werden (Dixon-Woods et al., 2005; Popay et al., 2006; Ryan, 2013). Die Evaluierungssynthese baut auf existierenden Querschnittsauswertungen von Evaluierungsberichten aus dem Bereich SRGR auf (Dok xxiii und Dok xxiv). Die Synthese, die im Rahmen der vorliegenden Evaluierung durchgeführt wurde, nahm diese Ergebnisse als Ausgangsbasis und vertiefte sie, indem (1) der Fokus der Synthese ausgeweitet und Evaluierungsberichte aus einem längeren Zeitraum berücksichtigt wurden und (2) die methodische Qualität der Auswertung gestärkt wurde.

49 Hierbei wurden auch Evaluierungen von Vorhaben berücksichtigt, die bereits vor 2011 begannen. 48 Evaluierungen untersuchten Vorhaben, die vor 2010 begannen, 22 untersuchte Vorhaben begannen 2010 oder später. Somit sind diese Vorhaben teilweise unter früheren strategischen Vorgaben des BMZ formuliert worden. Aus zwei Gründen wurden sie trotzdem in der Evaluierungssynthese berücksichtigt: (1) Die Kernelemente der strategischen Vorgaben weisen eine große Kontinuität auf (Kapitel 2.2). Die meisten Kernelemente neuerer Strategien waren bereits Bestandteil früherer strategischer Vorgaben. (2) Diese Vorhaben waren während des Untersuchungszeitraums Teil des Untersuchungsgegenstands, da sie teilweise noch lange nach der Verabschiedung der BMZ-Initiative weitergeführt wurden. Trotz der Unterschiedlichkeit der Evaluierungsberichte, die dadurch erhöht wird, dass die Vorhaben von TZ und FZ getrennt umgesetzt wurden, ist eine übergreifende Auswertung der Evaluierungsergebnisse in methodischer Hinsicht möglich. Die Analyse basiert hauptsächlich auf der qualitativen Inhaltsanalyse von im Bericht beschriebenen Ergebnissen. Dementsprechend kann hierbei auf Unterschiede zwischen den Berichten Bezug genommen werden. Auch eine quantitative Auswertung der Bewertungen, die in den Evaluierungsberichten vorgenommen werden, ist möglich, da hierbei lediglich die Bewertung des Evaluierungskriteriums zum Zeitpunkt der Evaluierung berücksichtigt wird. Inhaltlich können die Noten allerdings nicht miteinander verglichen werden.

50 Bewertet wurden das Vorhandensein von Belegen für die Ergebnisse, die Auseinandersetzung mit Kausalität innerhalb des Designs, die Prüfung der Plausibilität von Hypothesen, die Qualität von Indikatoren, die Nutzung von Methodenvielfalt, die Triangulation von Ergebnissen, die Systematik der Auswahl von Befragten sowie die Darstellung von Wirkungshypothesen und des Wirkungsmodells.

51 DHS-Daten: *https://dhsprogram.com/data/*; Weltbank-Daten: *https://databank.worldbank.org/home.aspx*; UNDP-Daten: *https://hdr.undp.org/data-center*; OECD-DAC-CRS-Daten: *https://data-explorer.oecd.org/*; alle abgerufen am 11.06.2024.

52 Aus dem CRS-Datensatz wurden alle 28 Partnerländer der deutschen EZ ausgewählt, die im Untersuchungszeitraum von 2011 bis 2022 ODA-Auszahlungen in Höhe von mindestens 2 Millionen US-Dollar an SRGR-Mitteln des BMZ erhalten haben (siehe Online-Anhang) und in denen im Untersuchungszeitraum mindestens ein DHS-Datensatz veröffentlicht wurde. Die Partnerländer Somalia, Usbekistan, Vietnam, Ecuador und Libanon konnten in den Analysen nicht berücksichtigt werden, da für sie für den Untersuchungszeitraum keine DHS-Daten vorliegen.

53 Bei den Kontrollvariablen handelt es sich um SRGR-Auszahlungen anderer Geldgeber (CRS-Daten); BIP pro Kopf (Weltbank-Daten); Bevölkerungszahl (Weltbank-Daten); Konfliktstatus eines Landes (UCDP/PRIO *Armed-Conflict*-Daten: *https://ucdp.uu.se/downloads/*; abgerufen am 11.06.2024); und Governance- und Demokratieindizes (Bertelsmann-Daten: *https://bti-project.org/en/methodology*; abgerufen am 11.06.2024).

SRGR untersucht. So wurden durchschnittliche Veränderungen bei der Müttersterblichkeit, bei unbeabsichtigten und frühen Schwangerschaften, bei Einstellungen zu GBV und schädlichen Praktiken, bei der Nutzung von modernen Kontrazeptiva sowie bei der Gleichstellung der Geschlechter auf nationaler Ebene in Partnerländern in Abhängigkeit von der Höhe der ODA-Auszahlungen des BMZ analysiert (mehr Details zu den Variablen befinden sich im Online-Anhang). Die Daten wurden mittels bi- und multivariater statistischer Analyseverfahren ausgewertet. Da es nicht für jedes Partnerland zu jedem SRGR-Zielindikator durchgehende Datenreihen für den gesamten Untersuchungszeitraum gab, wurden verschiedene dynamische Panelmodelle umgesetzt, um die Robustheit der Ergebnisse zu prüfen.[54] Somit ermöglicht die Analyse eine Aussage über den statistischen Zusammenhang von Finanzierungsbeiträgen und Veränderungen von SRGR-Variablen. Eine Aussage über kausale Zusammenhänge ist auf Basis der Analyse jedoch nicht möglich. Aufgrund der Konzentration auf nationale Durchschnitte sind die Ergebnisse dieser Analyse komplementär zu den Ergebnissen anderer Methoden. Sie können jedoch nicht direkt damit verglichen werden, da sie Wirkungen nicht aus der Programmperspektive untersuchen.

Analyse wissenschaftlicher Literatur

Um die Nachhaltigkeit und die Effizienzbewertungen von Vorhaben sowie ihren Fokus auf benachteiligte Gruppen in den Kontext zu setzen, wurden Ergebnisse wissenschaftlicher Studien systematisch ausgewertet. Zunächst wurde eine Evidenzkarte zu SRGR-Vorhaben in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen erstellt und so die systematische Sammlung und Visualisierung existierender wissenschaftlicher Evidenz erfasst (Khan et al., 2024).[55] Auf Basis der Evidenzkarte wurde im Anschluss eine Evidenzsynthese erstellt, in der die Ergebnisse aller Studien zu Nachhaltigkeit und Effizienz sowie zur Effektivität der Interventionen für strukturell benachteiligte Gruppen zusammengefasst wurden.

3.3.2 Prospektive Methode

Die retrospektiven Methoden wurden durch eine Szenarioanalyse ergänzt. Damit sollten mögliche zukünftige Chancen und Herausforderungen für die Stärkung von SRGR in Partnerländern berücksichtigt werden. Prognosen oder Trendanalysen sagen oft eine einzelne, vermeintlich wahrscheinliche Zukunft vorher und suggerieren somit diesbezüglich Sicherheit. Szenarien hingegen sind komplexer, da sie neben Trends (Mißler-Behr, 1993) auch eine Vielzahl von Unsicherheiten und variablen Einflussfaktoren einbeziehen. So ermöglichen sie einen offenen Blick für plausible künftige Entwicklungen, wodurch Empfehlungen besser formuliert werden können.[56]

In der Evaluierung des Aktionsfeldes wurden mögliche künftige Entwicklungen für SRGR identifiziert und anhand zweier globaler Zukunftsszenarien illustriert. Diese stellen einen Ausschnitt aus dem gesamten Möglichkeitsraum denkbarer zukünftiger Entwicklungen dar. Um die Auswirkungen dieser Szenarien auf Ebene von Partnerländern der EZ zu verdeutlichen, wurden sie für zwei Fallstudienländer (Togo und Kamerun) konkretisiert. Daten dieser Länder wurden bereits in anderen Evaluierungsmethoden genutzt, was die Integration der Ergebnisse erleichtert und die Grundlage für Empfehlungen verbessert.

54 Dies umfasste Analysen (a) mit und ohne Einjahresverzögerungen (*lagged data*) für die unabhängige Variable und die Kontrollvariablen auf die SRGR-Zielindikatoren; (b) mit und ohne *Fixed Effects* (FE) für DHS-Zielindikatoren für das Jahr und für Weltbank- und UNDP-Zielindikatoren für das Jahr und Land; und (c) mit und ohne Kontrollvariablen (siehe hierzu im Detail den Online-Anhang).

55 Die Evidenzkarte folgt einem menschenrechtlichen und ganzheitlichen Verständnis von SRGR. Im Gegensatz zu anderen, bereits bestehenden Evidenzkarten zum gleichen Thema wurde der Fokus der Karte weder hinsichtlich der Interventionsregion noch hinsichtlich einzelner Zielgruppen eingegrenzt. Zudem wurden neben quantitativen auch qualitative Studien mit hochwertigem Kausaldesign berücksichtigt. Somit geht die Evidenzkarte über bereits bestehende SRGR-Evidenzkarten hinaus (beispielsweise IOB, 2021; Rankin et al., 2016). Online ist die Karte verfügbar unter: *https://www.3ieimpact.org/evidence-hub/publications/evidence-gap-maps/sexual-and-reproductive-health-and-rights-low-and*, abgerufen am 19.11.2024.

56 In der bisherigen zukunftsorientierten Forschung zu SRGR wurden überwiegend Trendanalysen und Projektionen verwendet, während umfassende Szenarioanalysen selten durchgeführt wurden. Zudem lag der Fokus oft nur auf Teilaspekten von SRGR, wodurch eine ganzheitliche Betrachtung des Bereichs ausblieb. Die vorliegende Szenarioanalyse leistet dementsprechend einen Beitrag zur bestehenden Forschung, indem sie eine detaillierte Szenarioanalyse präsentiert, die sowohl SRGR umfassend abdeckt als auch spezifische Herausforderungen in DAC-Ländern berücksichtigt. Am ehesten vergleichbar ist sie mit einer Studie des UNFPA (2022b); in dieser wurden vier Zukunftsszenarien zu Unsicherheiten und geopolitischen Spannungen entwickelt, die die gerechte Verteilung von Dienstleistungen im Bereich SRGR beeinträchtigen könnten. Weitere relevante Studien umfassen die Simulation der Müttersterblichkeit bis 2050, veröffentlicht in „Nature Medicine“ (Ward et al., 2023), die Untersuchung „Megatrend Gender Shift“ durch das Zukunftsinstitut (*https://www.zukunftsinstitut.de/zukunftsthemen/megatrend-gender-shift*, abgerufen am 12.12.2024), die Analyse globaler Megatrends bezüglich SRGR in Kirgisistan (UNFPA, 2021b) sowie die Identifikation technologischer Innovationen im Bereich der globalen Gesundheit durch „2023 Emerging Technologies“ (WHO, 2023a). Der Bericht „Governing Uncertainty“ (Day und Passarelli, 2021) beleuchtete schließlich die Auswirkungen globaler Governance-Trends auf SRGR, insbesondere in fragilen Regionen.

Die Szenarioanalyse folgte den fünf Schritten eines standardisierten Prozesses nach Kosow und Gaßner (2008). Dies beinhaltete die Definition des Szenarienfeldes sowie die Identifizierung von Einfluss- und Schlüsselfaktoren auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu SRGR. Anschließend wurden Ausprägungen von Schlüsselfaktoren auf der Grundlage von Indikatoren für mögliche Entwicklungen erarbeitet. Hierfür wurden Expert*innen[57] über einen standardisierten Online-Fragebogen (zwölf Teilnehmende) und in semistrukturierten Interviews (zehn Teilnehmende) befragt. Im Anschluss wurden drei Mitarbeitende von Selbstvertretungsorganisationen im Sinne der Repräsentation von Rechteinhabenden interviewt. Als Expert*innen brachten sie spezifisches Wissen und Erfahrungen aus Togo und Kamerun in die Szenarien ein, ohne hierbei die Vorhaben in den Ländern zu bewerten.

3.4 Reflexion des methodischen Vorgehens

Die Möglichkeiten und Grenzen der Evaluierung können auf Ebene des Evaluierungsgegenstands, des Designs der Evaluierung sowie der einzelnen Methoden reflektiert werden:

- **Operationalisierung des Evaluierungsgegenstands**: Das inhaltliche Erkenntnisinteresse der Evaluierung liegt auf der Untersuchung von Beiträgen der deutschen EZ zur Stärkung von SRGR in Partnerländern. Um dieses Erkenntnisinteresse in einer angemessenen Qualität und Tiefe zu bearbeiten, legt die Evaluierung einen Fokus auf Beiträge des BMZ, die spezifischen Partnerländern zugeordnet werden können. Hierbei handelt es sich hauptsächlich um Finanzierungsbeiträge, die im Rahmen der staatlichen bilateralen EZ umgesetzt werden. Finanzierungsbeiträge, die keinem einzelnen Land zugeordnet werden können, wurden empirisch nicht untersucht. Dies betrifft etwa Kernbeiträge an beziehungsweise Beiträge für übergeordnete Programme von multilateralen und internationalen Organisationen. Darüber hinaus nehmen Beiträge, die über deutsche zivilgesellschaftliche Kanäle umgesetzt werden, nur einen sehr geringen Anteil am Gesamtportfolio ein. Aus diesem Grund wurden sie ebenfalls nicht berücksichtigt. Folglich stellt die Evaluierung insgesamt empirische Informationen über bilaterale Vorhaben bereit. Empirische Aussagen über Finanzierungsbeiträge, die über andere Kanäle umgesetzt werden, sind nicht möglich.
- **Design und Methodik der Evaluierung – Triangulation**: Das Design der Evaluierung ist darauf ausgerichtet, die Evaluierungsfragen mit einer hohen Zuverlässigkeit und Gültigkeit zu beantworten. Dazu werden alle Evaluierungskriterien mittels mehrerer Methoden und unterschiedlicher Datenquellen untersucht. Diese Methoden- und Datentriangulation soll dazu dienen, Einschränkungen einzelner Methoden durch andere Methoden aufzufangen.[58] Allerdings werden die Evaluierungsfragen zur Relevanz von Vorhaben vor dem Hintergrund politischer Prioritäten der Partnerländer und des BMZ sowie zur Effizienz und Effektivität ausschließlich über die Evaluierungssynthese beantwortet. Die teilweise eingeschränkte Qualität von Projektevaluierungen kann die Ergebnisse dieser Evaluierungsfragen verzerren (Guffler et al., 2022; Noltze et al., 2018). Daher wurde die Qualität der Evaluierungsberichte im Vorfeld der Synthese systematisch überprüft. Dies sollte gewährleisten, dass nur Ergebnisse aus Evaluierungen berücksichtigt werden, die hohe methodische Anforderungen erfüllen.
- **Design und Methodik der Evaluierung – MRBE**: Der menschenrechtsbasierte Ansatz der Evaluierung erhöht nicht nur die methodische Qualität der Evaluierungsergebnisse, sondern gewährleistet auch das Einhalten forschungsethischer Standards – beispielsweise indem die Perspektive von Rechteinhabenden aus Partnerländern angemessen berücksichtigt wird (Hassnain, 2023). Zugleich kann die Umsetzung einer MRBE in einem Spannungsverhältnis zu anderen Qualitätsstandards von Evaluierungen stehen, etwa zur Effizienz. Aus diesem Grund wurde jedes Element der MRBE vor dem Hintergrund möglicher Einschränkungen für andere Evaluierungsstandards abgewogen. Dies erlaubte eine möglichst vollständige Umsetzung des MRBE-Konzepts, ohne andere Standards zu gefährden.

57 Als Expert*innen wurden Personen definiert, die durch spezifisches Praxis- oder Erfahrungswissen das Handlungsfeld für andere strukturieren und handlungsleitend gestalten (Bogner et al., 2014).

58 Dies lässt sich anhand von Evaluierungsfrage 3 illustrieren: Ergebnisse der Fallstudien ermöglichen eine hohe Qualität in Bezug auf die kausale Zuordnung von Wirkungen zu Interventionen (interne Validität). Aufgrund der Heterogenität von Interventionsformen und der Bedeutung unterschiedlicher Kontexte für die Wirksamkeit ist die Möglichkeit, Ergebnisse zu generalisieren (externe Validität), eingeschränkt. Dementsprechend liefert die Evaluierungssynthese ergänzende Informationen über alle im Untersuchungszeitraum durchgeführten Vorhaben.

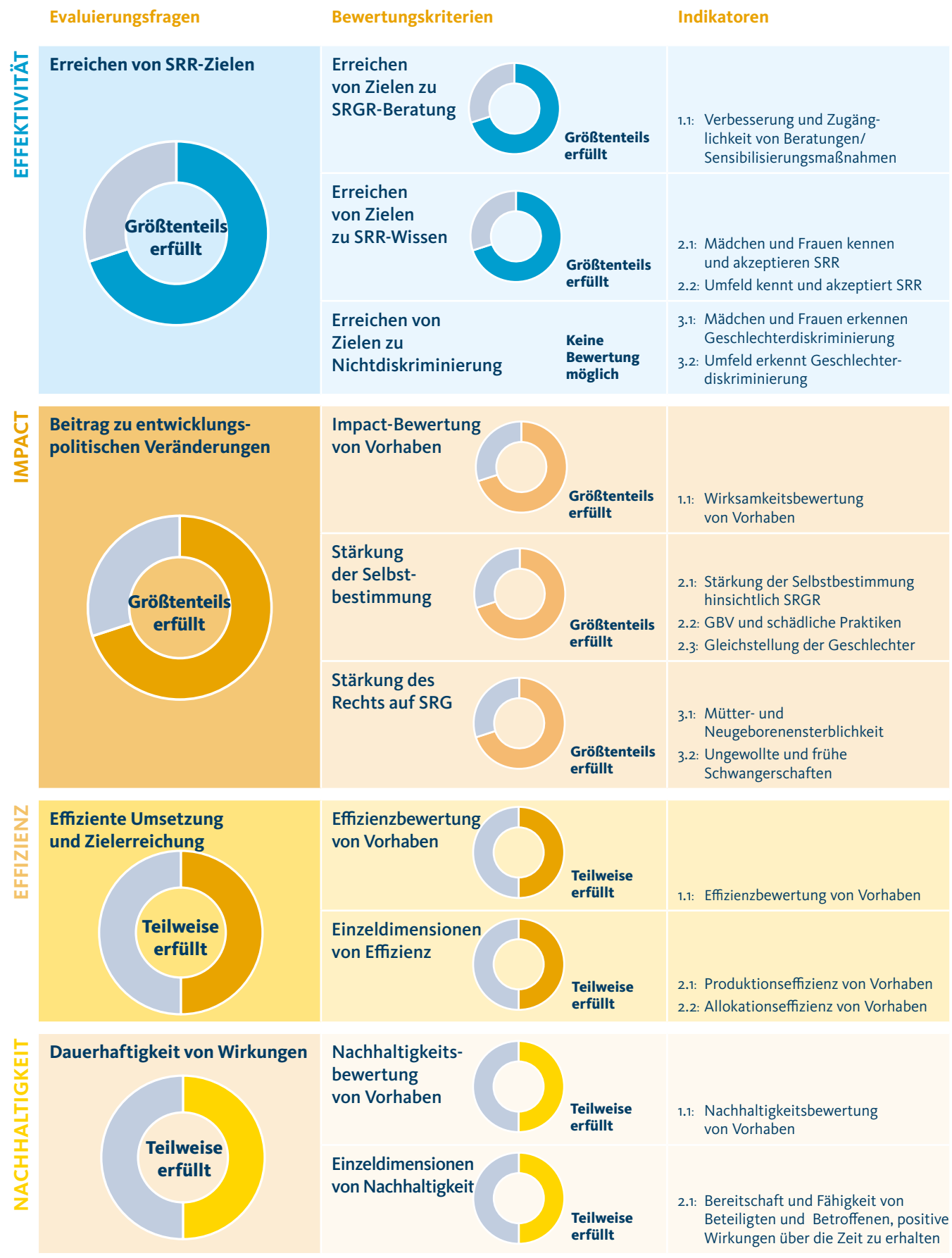
4.

ERGEBNISSE I: UMSETZUNG DES AKTIONSFELDES

Abbildung 4 Übersicht über die Bewertung von Evaluierungsfragen und Bewertungskriterien (Teil 1)

	Evaluierungsfragen	Bewertungskriterien	Indikatoren
RELEVANZ	Ausrichtung auf Bedarfe von Rechteinhabenden 	Ausrichtung auf SRG-Bedarfe 	1.1: Bedarfe zu SRG 1.2: Bedarfe zu Verhütungsmitteln
		Ausrichtung auf SRR-Bedarfe 	2.1: Bedarfe zu Information 2.2: Bedarfe zu Gleichberechtigung 2.3: Bedarfe zu körperlicher Unversehrtheit 2.4: Bedarfe zu Selbstbestimmung 2.5: Bedarfe zu legaler Persönlichkeit
	Ausrichtung an Politiken und Prioritäten von Partnern und Deutschland 	Ausrichtung an Politiken Deutschlands 	1.1: Übereinstimmung mit Politiken und Prioritäten deutscher EZ
		Ausrichtung an Politiken des Partnerlandes 	2.1: Übereinstimmung mit Politiken und Prioritäten von Partnern
KOHÄRENZ	Kohärenz von Vorhaben in Partnerländern 	Externe Kohärenz 	1.1: Kenntnisse über andere Akteure 1.2: Koordination Planung 1.3: Koordination Implementierung
		Interne Kohärenz 	2.1: Kenntnisse über andere Akteure 2.2: Koordination Planung 2.3: Koordination Implementierung
EFFEKTIVITÄT	Zielerreichung insgesamt 	Effektivitätsbewertung von Vorhaben 	1.1: Effektivitätsbewertung von Vorhaben
	Erreichen von SRG-Zielen 	Erreichen von SRG-Zielen 	1.1: Qualität und Zugänglichkeit von SRG-Leistungen 1.2: Verfügbarkeit von SRGR-Produkten 1.3: Abbau von finanziellen und rechtlichen Zugangsbarrieren zu SRG-Leistungen 1.4: politische Rahmenbedingungen für SRGR

Abbildung 5 Übersicht über die Bewertung von Evaluierungsfragen und Bewertungskriterien (Teil 2)



4.1 Relevanz

4.1.1 Ausrichtung auf Bedarfe von Rechteinhabenden

Ergebnisübersicht und Bewertung

Evaluierungsfrage: Inwieweit sind die Aktivitäten und Ziele bilateraler Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR auf die Bedarfe von direkt adressierten Rechteinhabenden und strukturell benachteiligten Gruppen im Hinblick auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte ausgerichtet? (EF 1.1)

Methoden: Evaluierungssynthese und Fallstudien.[59]

Die Ausrichtung auf die SRG-Bedarfe von Rechteinhabenden ist teilweise erfüllt (BK 1):

- Ein Großteil der Vorhaben ist auf SRG-Bedarfe von Rechteinhabenden ausgerichtet, insbesondere mit Blick auf die verbesserte Qualität und den verbesserten Zugang zu spezifischen Gesundheitsleistungen (Indikator 1.1; größtenteils erfüllt).
- Bedarfe mit Blick auf den Zugang zu und die Verfügbarkeit von modernen Kontrazeptiva werden von Vorhaben nur teilweise abgedeckt (Indikator 1.2; teilweise erfüllt).

Die Ausrichtung auf die SRR-Bedarfe von Rechteinhabenden ist kaum erfüllt (BK 2):

- Die am häufigsten thematisierten Bedarfe mit Blick auf SRR sind jene bezüglich Informationen zu Sexualität und Reproduktion sowie Gleichberechtigung. Vorhaben adressieren diese teilweise (Indikator 2.1 und 2.2; teilweise erfüllt).
- Vorhaben sind kaum spezifisch auf Bedarfe hinsichtlich körperlicher, sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung ausgerichtet (Indikator 2.4; kaum erfüllt).
- Nur sehr wenige Vorhaben sind explizit auf das Recht auf körperliche Unversehrtheit und auf eine legale Persönlichkeit (zum Beispiel Geburtenregistrierung) ausgerichtet (Indikatoren 2.3 und 2.5; verfehlt).

Relevanz von Vorhaben insgesamt

Ein Großteil der untersuchten Vorhaben ist auf SRGR-Bedarfe von direkt adressierten Rechteinhabenden ausgerichtet.[60] Laut den Ergebnissen der Evaluierungssynthese trifft dies für 66 Prozent aller untersuchten Vorhaben[61] zu (46 von 70 Berichten). Hierbei zielen mehr Vorhaben auf SRG-Bedarfe als auf SRR-Bedarfe ab. Sowohl die Evaluierungssynthese als auch die Fallstudien zeigen, dass Vorhaben selten Bedarfe hinsichtlich körperlicher Unversehrtheit (Indikator 2.3), körperlicher, sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung (Indikator 2.4) sowie legaler Persönlichkeit, beispielsweise durch die Registrierung von Geburten, thematisieren (Indikator 2.5).

59 Die Bewertung von Indikatoren und Bewertungskriterien erfolgt auf Basis beider Methoden entsprechend der in Anhang 8.1 dargestellten Skala und der darin definierten Kategorien („erfüllt", „größtenteils erfüllt", „teilweise erfüllt", „kaum erfüllt", „verfehlt"). Die hier untersuchten Indikatoren werden zunächst auf Basis der Ergebnisse der Evaluierungssynthese bewertet, da diese für alle SRGR-Vorhaben, die im Untersuchungszeitraum durchgeführt wurden, repräsentativ sind. Diese Bewertung wird anschließend mit der Bewertung auf Basis der Fallstudienergebnisse trianguliert. Dazu wird die Bewertung im Falle starker Abweichungen (mehr als eine Kategorie Unterschied zwischen Evaluierungssynthese und Fallstudien) entsprechend der Fallstudienergebnisse korrigiert. Die Bewertung der Indikatoren bildet die Grundlage für die Einordnung von Bewertungskriterien. Hierzu werden die Durchschnittswerte über alle dem Bewertungskriterium zugeordneten Indikatoren gebildet.

60 Im Gegensatz zu den anderen Evaluierungskriterien wird die Relevanznote der Evaluierungsberichte nicht bei der Bewertung des Aktionsfeldes berücksichtigt. Die vorliegende Evaluierung unterscheidet zwischen der Relevanz für Rechteinhabende und der Relevanz vor dem Hintergrund von Strategien der Partner und Deutschlands. Eine solch differenzierte Auswertung ist mittels der Note nicht möglich.

61 Evaluierungsberichte können sich auf mehr als ein Vorhaben beziehen, beispielsweise, wenn mehrere aufeinanderfolgende und aufeinander aufbauende Vorhaben gemeinsam evaluiert wurden. Da diese evaluierten Vorhaben aber immer thematisch zusammenhängen, werden im Folgenden Evaluierungsberichte und Vorhaben aus Gründen der sprachlichen Verständlichkeit gleichgesetzt.

Die meisten Vorhaben sind nur auf einzelne SRG- und SRR-Bedarfe ausgerichtet. Von 46 Vorhaben sind etwa die Hälfte (22 Berichte; nFZ = 12; nTZ = 10) nur auf einen Bedarf, etwa ein Viertel (13 Berichte; nFZ = 9; nTZ = 4) auf zwei Bedarfe und der Rest auf mindestens drei Bedarfe (elf Berichte; nFZ = 5; nTZ = 6) ausgerichtet (siehe Online-Anhang). Unterschiede zwischen TZ- und FZ-Vorhaben gibt es nur bedingt. So sind zwar mehr FZ-Vorhaben auf keinen der untersuchten Bedarfe ausgerichtet (15 von 41 bei der FZ zu 9 von 29 bei der TZ). Doch sind diese Vorhaben durchschnittlich älter, wodurch einzelne Aspekte des aktuellen SRGR-Verständnisses möglicherweise nicht im Blickfeld der Vorhaben waren. Zudem gibt es mehr FZ- als TZ-Vorhaben, in denen zwei der untersuchten Bedarfe adressiert werden (nFZ = 9; nTZ = 4). Diese Vorhaben kombinieren eine Bedarfsausrichtung auf Dienstleistungen und Produkte der SRG (Indikator 1.1) mit der Nachfrage nach modernen Kontrazeptiva (Indikator 1.2) oder Dienstleistungen und Produkte der SRG mit Informationen zu Sexualität und Reproduktion (Indikator 2.1). Der Anteil von TZ- und FZ-Vorhaben innerhalb der jeweiligen Bedarfsausrichtungen unterscheidet sich teilweise. Oft steht dies mit den Ansätzen der Vorhaben in Verbindung: FZ-Vorhaben sind häufiger auf die Nachfrage nach modernen Kontrazeptiva oder nach Information ausgerichtet und wenden Maßnahmen wie Beschaffung und Verteilung von Kontrazeptiva sowie *Social Marketing* an. TZ-Vorhaben sind häufiger auf Gleichberechtigung ausgerichtet und setzen auf Maßnahmen wie Kapazitätsbildung.

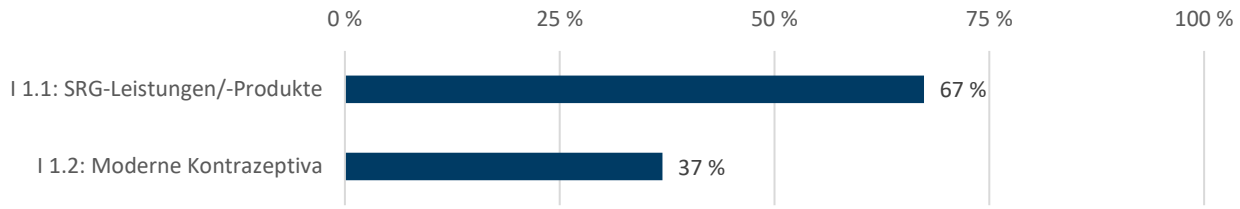
Ausrichtung auf SRG-Bedarfe von Rechteinhabenden

SRGR-Vorhaben adressieren vor allem SRG-Bedarfe von Rechteinhabenden. Laut der Evaluierungssynthese sind 83 Prozent der Vorhaben (38 der 46 Berichte), die sich mit SRGR-Bedarfen von Rechteinhabenden beschäftigen, auf den Bedarf an Dienstleistungen und Produkten der SRG wie modernen Kontrazeptiva ausgerichtet. Zwölf dieser Vorhaben sind auf beide Teilbedarfe ausgerichtet. Wesentliche Ziele der deutschen EZ im Bereich von SRG-Bedarfen beziehen sich auf eine Verbesserung von Angebot, Qualität und Zugänglichkeit, um so die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit sowie die Zahl unbeabsichtigter und früher Schwangerschaften zu senken.

Ein Großteil der SRGR-Vorhaben ist auf Bedarfe von Rechteinhabenden ausgerichtet, die Dienstleistungen und Produkte der SRG betreffen. 67 Prozent der in der Evaluierungssynthese untersuchten Vorhaben orientieren sich an diesen Bedarfen (31 von 46 Berichten; Indikator 1.1; siehe Abbildung 6). Hierbei handelt es sich um Dienstleistungen und Produkte im Hinblick auf Mütter- und Neugeborenengesundheit, den verbesserten finanziellen, geografischen oder kulturellen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, die Qualität der Leistungen und Infrastruktur oder den Ausbau der sozialen Sicherung. Auch in allen sechs Fallstudienländern finden sich laut den interviewten Personen Vorhaben mit Fokus auf Dienstleistungen und Produkten der SRG: drei Vorhaben integrieren Elemente beider Bedarfe und drei sind entweder eher auf Produkte der SRG oder eher auf Dienstleistungen im Bereich SRG ausgerichtet. Konkret werden in den Vorhaben unterschiedliche Aspekte bearbeitet. So wurden die Qualität der Leistungen durch Kapazitätsstärkung sowie die Qualität der Standardisierung von Personalausbildung überall verbessert (sechs Fallstudienländer). In allen Ländern wurde ebenfalls Gesundheitsinfrastruktur aufgebaut oder rehabilitiert (sechs Fallstudienländer). In fünf Ländern wurden *Community Health Workers*[62] ausgebildet, unter anderem, um vor allem Menschen in entlegenen Gebieten zu erreichen. In drei Ländern werden Gutscheinvorhaben zum Abbau finanzieller Zugangsbarrieren umgesetzt.

62 *Community Health Workers* werden je nach Kontext und Aufgabe unterschiedlich eingesetzt. Ihr primäres Ziel ist es, der Gesellschaft eine kulturell angepasste Gesundheitsleistung anzubieten (Olaniran et al., 2017; WHO, 2020). Verallgemeinert ausgedrückt, handelt es sich bei *Community Health Workers* um Mitglieder einer Gemeinschaft, die ein vertieftes Verständnis für deren Kultur und Sprache mitbringen. Für ihre Aufgabe erhalten sie ein spezifisches Training über einen Zeitraum von wenigen Wochen bis hin zu mehreren Monaten. Sie verrichten ihre Arbeit als unbezahlte Freiwillige, mit Hilfe von Zuschüssen oder über ein festes Gehalt.

Abbildung 6 Ausrichtung der Vorhaben auf SRG-Bedarfe von Rechteinhabenden (BK 1)



Quelle: DEval, eigene Berechnungen auf Basis der Evaluierungssynthese. Die Abbildungen geben den jeweiligen Anteil der Vorhaben an, in denen eine Ausrichtung anhand der verschiedenen SRG-Bedarfe benannt wurde; n = 46.

Nicht alle Rechteinhabenden werden hierbei gleichermaßen adressiert. Laut der Interviews verfügen vor allem unverheiratete Jugendliche und junge Erwachsene (vier Fallstudienländer), LSBTIQ+-Menschen (vier Fallstudienländer) und Menschen, die in abgelegenen ländlichen Regionen (fünf Fallstudienländer) sowie in sehr armen Verhältnissen leben (zwei Fallstudienländer), nicht über denselben Zugang zu Dienstleistungen und Produkten der SRG wie andere Gruppen. Gründe dafür sind eine fortbestehende Stigmatisierung und Diskriminierung, bedingt durch kulturelle Normen und Werte gegenüber diverser sexueller Orientierung oder auch allgemein gegenüber sexuell aktiven Jugendlichen (vier Fallstudienländer). Dabei wurden in den Interviews fehlende spezifisch auf Jugendliche ausgerichtete Leistungen (*youth-friendly services*; vier Fallstudienländer), mangelnde Transportmöglichkeiten zu Gesundheitseinrichtungen (fünf Fallstudienländer), eine unzureichende medizinische Versorgungsqualität und Gesundheitsinfrastruktur (vier Fallstudienländer) sowie hohe finanzielle Barrieren durch die fehlende allgemeine Gesundheitsabsicherung in den Partnerländern (zwei Fallstudienländer) als Herausforderung genannt.

In jedem dritten Vorhaben werden Maßnahmen umgesetzt, die den Bedarf an modernen Kontrazeptiva berücksichtigen. In der Evaluierungssynthese wurden 17 von 46 Vorhaben identifiziert (37 Prozent), deren Aktivitäten auf einen besseren Zugang zu modernen Kontrazeptiva und deren breitere Verfügbarkeit ausgerichtet sind (Indikator 1.2; siehe Abbildung 6).[63] In den meisten Fällen werden hierbei Kondome und Langzeitkontrazeptiva thematisiert. Die Vorhaben nehmen dabei Bezug auf die bisher geringe Nutzung und die fehlende Versorgung der Bevölkerung mit solchen Kontrazeptiva, insbesondere in ländlichen Regionen (drei Vorhaben). In zwei Vorhaben soll der Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen verbessert werden. Laut den interviewten Personen in den sechs Fallstudienländern ist die Art und Weise der Bereitstellung moderner Kontrazeptiva je nach Rechteinhabenden unterschiedlich: Während Vorhaben in drei Ländern Maßnahmen umsetzen, die Kontrazeptiva beschaffen und verteilen, ist dies in den anderen drei Ländern durch die politische Situation nur sehr eingeschränkt möglich (ein Fallstudienland) oder wird teilweise von anderen Gebern wie dem UNFPA und lokalen Nichtregierungsorganisationen (*non-governmental organisations*, NGOs) aufgefangen (drei Fallstudienländer). Auch in den drei Ländern, in denen moderne Kontrazeptiva zur Verfügung gestellt werden, sind laut der interviewten Personen Bedarfe teilweise weiterhin ungedeckt. Dies betrifft insbesondere einen eingeschränkten oder nicht vorhandenen Zugang für unverheiratete Jugendliche und junge Erwachsene (drei Fallstudienländer) sowie die fehlende oder nur teilweise freie Auswahl des bevorzugten Verhütungsmittels (drei Fallstudienländer). In drei der sechs Länder erschweren es vor allem Lieferengpässe und andere logistische Aspekte, den Bedarf an modernen Kontrazeptiva zu decken.

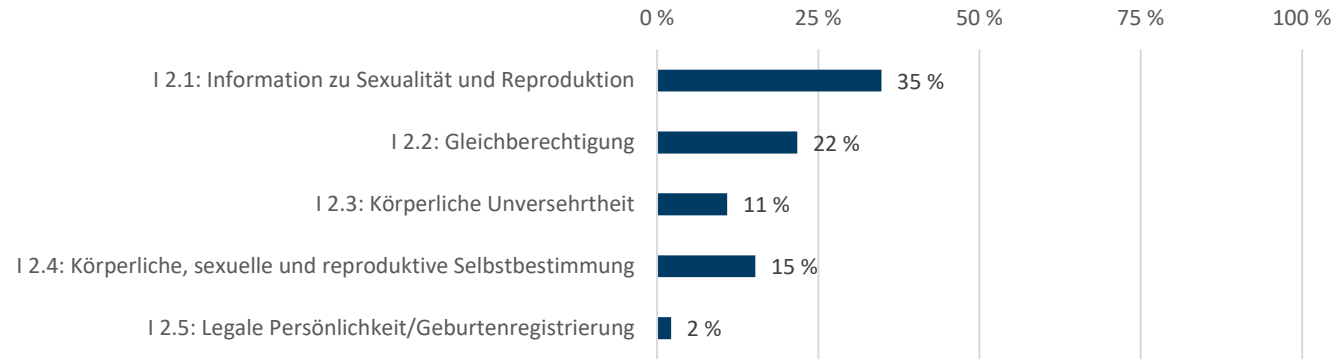
63 Ausgeschlossen wurden hier einige wenige Vorhaben, die zwar einen verbesserten Zugang zu Kondomen anstreben, aber dies in Bezug zur Reduzierung und Prävention der HIV/Aids-Prävalenz anstatt in Bezug zur Reduzierung von unbeabsichtigten Schwangerschaften oder einer verbesserten körperlichen und sexuellen Selbstbestimmung stellten.

Ausrichtung auf SRR-Bedarfe von Rechteinhabenden

Etwa die Hälfte der untersuchten Vorhaben ist auf SRR-Bedarfe ausgerichtet. Laut der Evaluierungssynthese gilt dies für etwa 54 Prozent der untersuchten Vorhaben (25 von 46 Berichten). Dazu gehören die verbesserte Qualität und Zugänglichkeit von Beratungen und Sensibilisierungsmaßnahmen im Bereich SRGR sowie geänderte Einstellungen und mehr Wissen und höhere Akzeptanz für SRR mit dem Ziel, die Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen zu erhöhen und GBV und schädliche Praktiken zu reduzieren. Knapp die Hälfte dieser Vorhaben (elf Berichte) sind auf mehrere SRR-Bedarfe gleichzeitig ausgerichtet. Damit stehen SRR-Bedarfe im Vergleich zu SRG-Bedarfen deutlich weniger im Fokus von SRGR-Vorhaben. Auch die Vorhaben in den Fallstudienländern sind weniger auf SRR-Bedarfe ausgerichtet. Zwar adressieren Vorhaben in allen sechs Ländern mindestens einen SRR-Bedarf, aber davon integrieren nur drei Vorhaben mehrere Bedarfe gleichzeitig.

Bedarfe hinsichtlich Informationen zu Sexualität und Reproduktion werden im Vergleich zu anderen SRR-Bedarfen am häufigsten thematisiert. Die Evaluierungssynthese identifiziert 16 von 46 Vorhaben (35 Prozent), in denen Kenntnisse zu Sexualität und Reproduktion sowie Informationen zu Prävention und Aufklärung adressiert wurden (Indikator 2.1; siehe Abbildung 7). Häufig sind dies Sensibilisierungsmaßnahmen mit lokalen politischen und religiösen Autoritäten sowie *Social-Marketing*-Kampagnen. Die Ergebnisse der Fallstudien sind im Vergleich dazu eindeutiger: Vorhaben in allen Fallstudienländern enthalten eine Ausrichtung auf Informationsbedarfe. Über Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten werden Frauen und Jugendliche (sechs Fallstudienländer), Männer (vier Fallstudienländer) und Gemeinde- und religiöse Autoritäten (fünf Fallstudienländer) erreicht. Die Aktivitäten finden in Schulen (drei Fallstudienländer) und Gemeinden (sechs Fallstudienländer) statt. Sie werden von geschultem Gesundheitspersonal, *Community Health Workers* oder sogenannten *Peers* (sechs Fallstudienländer) ausgeführt oder erreichen Rechteinhabende über Informationshotlines (zwei Fallstudienländer) oder digitale Medien (zwei Fallstudienländer) und Chatgruppen (zwei Fallstudienländer). Dennoch bestehen laut den interviewten Personen weiterhin Wissenslücken im Hinblick auf Sexualität und Reproduktion, insbesondere unter Jugendlichen (vier Fallstudienländer), innerhalb der ländlich und abgelegen lebenden Bevölkerung (drei Fallstudienländer) und in sehr religiös geprägten Bevölkerungsgruppen (vier Fallstudienländer). Mangelnde finanzielle Ressourcen und Personalressourcen (fünf Fallstudienländer), die lokale Sicherheitssituation (zwei Fallstudienländer), die mangelnde Verfügbarkeit der Informationen in lokalen Sprachen (zwei Fallstudienländer) sowie religiöse und soziale Normen und Werte (fünf Fallstudienländer) wurden als Gründe hierfür genannt.

Abbildung 7 Ausrichtung der Vorhaben auf SRR-Bedarfe von Rechteinhabenden (BK 2)



Quelle: DEval, eigene Berechnungen auf Basis der Evaluierungssynthese. Die Abbildungen geben den jeweiligen Anteil der Vorhaben an, in denen eine Ausrichtung anhand der verschiedenen SRR-Bedarfe benannt wurde; n = 46.

Ein Fünftel der untersuchten SRGR-Vorhaben beinhaltet Maßnahmen, die explizit die soziale Stellung von Frauen thematisieren und damit zur Geschlechtergerechtigkeit beitragen. Laut Evaluierungssynthese sind zehn von 46 Vorhaben (22 Prozent) explizit auf Gleichberechtigungsbedarfe ausgerichtet (Indikator 2.2; siehe Abbildung 7).[64] In den Fallstudien gilt dies für die Hälfte der Vorhaben. Dort verweisen die interviewten Personen auf Verbindungen der untersuchten Vorhaben zu Geschlechtergleichstellung und Nichtdiskriminierung. Beispiele sind spezifische Angebote für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen, etwa Schulungen für junge Mütter, die anschließend Sensibilisierungs- und Kommunikationsarbeit mit Mädchen durchführen, um frühe und unbeabsichtigte Schwangerschaften zu vermeiden; Angebote von Männern an Männer, in denen sie über die Bedeutung von Gleichberechtigung aufklären; und Sensibilisierungsveranstaltungen zur Nichtdiskriminierung von marginalisierten Gruppen innerhalb der Gesundheitsdienstleistungen und anderer Institutionen (drei Fallstudienländer). Auch mobile Angebote und der Einsatz von *Community Health Workers* für Menschen, die in ländlichen und besonders entlegenen Regionen leben, werden in den Interviews als gute Möglichkeiten hervorgehoben, Gleichberechtigung zu stärken (fünf Fallstudienländer). Große Lücken werden allerdings für sehr religiös geprägte Regionen, in denen strukturelle Ungleichheit vorherrscht, benannt. Hier fehlt laut Interviews oft ein Verständnis für die Bedeutung pränataler Gesundheitsdienstleistungen für Schwangere (zwei Fallstudienländer) sowie für die Bedeutung eines gleichberechtigten Zugangs zu Kontrazeptiva, um damit unbeabsichtigte Schwangerschaften zu verhindern (zwei Fallstudienländer).

Jedes zehnte Vorhaben ist auf Bedarfe im Hinblick auf körperliche Unversehrtheit ausgerichtet. In der Evaluierungssynthese wurden fünf von 46 Vorhaben (11 Prozent) identifiziert, die Bedarfe bezüglich der Reduzierung von Gewalt gegen Frauen sowie von GBV und schädlichen Praktiken thematisieren (Indikator 2.3; siehe Abbildung 7). Maßnahmen beinhalten beispielsweise die Aufnahme von FGM-Inhalten in Curricula zur Sensibilisierung der Bevölkerung und die Finanzierung von sicheren Schwangerschaftsabbrüchen. Die Ergebnisse der Fallstudien zeigen, dass Bedarfe im Hinblick auf körperliche Unversehrtheit durch Maßnahmen der untersuchten Vorhaben bis auf wenige Ausnahmen eher indirekt adressiert werden. Die wenigen direkt auf GBV ausgerichteten Maßnahmen bieten psychosoziale Unterstützung für Opfer von Gewalt und Vergewaltigung an (ein Fallstudienland) und sensibilisieren für GBV, FGM und andere schädlichen Praktiken (fünf Fallstudienländer). Allerdings geben Interviewteilnehmende an, dass sie GBV und schädliche Praktiken bei Sensibilisierungs- und Informationskampagnen zu Sexualität und Reproduktion in besonders religiös geprägten Kontexten nicht thematisieren können, da solche Maßnahmen sonst von Gemeinde- und religiösen Autoritäten abgelehnt werden (zwei Fallstudienländer). Teilweise wird dies durch *Community Health Workers* aufgefangen, die solche Aspekte in privaten Gesprächen mit Frauen in entlegenen ländlichen Gebieten ansprechen und sie über ihre Rechte aufklären (zwei Fallstudienländer). In einem Land wird darauf hingewiesen, dass durch EZ-Maßnahmen angestoßene Veränderungen, etwa die Vorgabe, für Geburten Krankenhäuser aufzusuchen, die freie Entscheidung von Mädchen und Frauen einschränken und zu einer Verletzung ihres Rechts auf körperliche Unversehrtheit führen können (ein Fallstudienland; siehe auch Kasten 4).

64 Weitere zwölf Vorhaben, die die Verbesserung der Gleichberechtigung von Frauen anstreben, zielen vor allem darauf ab, die HIV-Infektionsrate und die damit verbundene Pflegelast für weibliche Angehörige zu senken. Durch den Fokus auf HIV/Aids sind diese Vorhaben nicht Teil der Bewertung.

Kasten 4 Stimmen der Rechteinhabenden: respektvolle und kulturell angepasste Geburtshilfe

Das Recht auf SRGR beinhaltet unter anderem den diskriminierungsfreien Zugang zu Dienstleistungen im Bereich SRG und den respektvollen und kulturell angepassten Umgang mit den Menschen, die solche Leistungen nutzen. Zu diesen Dienstleistungen zählen auch sichere Geburten. Laut den interviewten Personen finden in Malawi und in Togo weiterhin Hausgeburten statt. Die Geburtshilfe im häuslichen Umfeld wird meist von traditionellen Hebammen oder Familienmitgliedern ohne medizinische Ausbildung durchgeführt. Häusliche Geburten stehen daher im Zusammenhang mit einer hohen Müttersterblichkeit. In beiden Ländern gibt es Bemühungen, die Zahl der durch qualifiziertes Gesundheitspersonal begleiteten Geburten zu erhöhen. Der Weg ist jedoch nicht immer menschenrechtskonform:

- „*In unserem Dorf gibt es Regeln, die Frauen daran hindern, zu Hause zu gebären. Bei Verstößen gegen diese Regeln wird eine Gebühr erhoben.*“ (ID 53)

Interviewte Frauen berichteten, dass sie es häufig vorziehen, zu Hause zu entbinden, weil das Personal in Gesundheitseinrichtungen sie herablassend behandelt, ihr Bedürfnis nach Intimität nicht respektiert oder ihnen eine Geburtsposition aufzwingt, die ihnen fremd ist:

- „*Wenn du ins Krankenhaus zur Entbindung kommst, sagen sie dir, dass du warten sollst. Und dann entbindest du allein, ohne Hilfe des Gesundheitspersonals.*“ (ID 51)
- „*Im Krankenhaus entbinden wir manchmal draußen, während die Studierenden zuschauen.*“ (ID 51)
- „*Mein Kind lag in den Wehen, und eine andere Frau lag ebenfalls in den Wehen. Man warf ihr vor, sich nicht im Intimbereich rasiert zu haben. Sie hatte Schmerzen und entband schließlich dort, wo sie saß, auf dem Boden. Sie kümmerten sich nicht um sie, weil sie so aussah. Menschen, die schmutzig aussehen und kein Geld haben, werden nicht berücksichtigt.*“ (ID 45)

In Togo wird das Gesundheitspersonal über das Vorhaben in respektvoller und kulturell angepasster Geburtshilfe fortgebildet. Zudem werden die Bevölkerung, traditionelle Geburtshelferinnen und Frauen in den lokalen Gemeinschaften über die Art und Weise informiert, wie fachlich betreute Geburten in Gesundheitseinrichtungen stattfinden:

- „*Du kannst jetzt in der Position entbinden, in der du dich wohlfühlst.*“ (ID 91)
- „*Früher kamen nicht alle Frauen zur Entbindung ins Krankenhaus, aber jetzt, nach der Aufklärung, haben sie es verstanden und kommen.*“ (ID 99)

Sehr wenige betrachtete Vorhaben sind auf Bedarfe im Hinblick auf körperliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung ausgerichtet. Diese wenigen Vorhaben konzentrieren sich auf die selbstbestimmte Nutzung von Kontrazeptiva und die Reduzierung von FGM. Allerdings stehen der Umsetzung häufig diskriminierende Gesetze und soziale, kulturelle und religiöse Normen im Weg. Die Evaluierungssynthese hat sieben Vorhaben (15 Prozent) mit einer solchen Bedarfsausrichtung identifiziert (Indikator 2.4; siehe Abbildung 7). Sie zielen darauf ab, einen Beitrag zur Reduzierung von FGM zu leisten, entweder durch die Bereitstellung moderner Kontrazeptiva zur selbstbestimmten Nutzung oder durch Aufklärungs- und Bildungsarbeit.[65] Die Ergebnisse der Fallstudienländer sind in dieser Hinsicht heterogen: In zwei Ländern werden explizite Maßnahmen zur Erhöhung der körperlichen, sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung durchgeführt. In einem weiteren Land ist dies eher indirekt Teil der Vorhaben, während in zwei anderen Ländern eine solche Ausrichtung fehlt. Gute Beispiele umfassten Maßnahmen, die Mädchen und Frauen über ihr Recht auf eine selbstbestimmt gelebte Sexualität und Reproduktion aufklären und Männer für die Akzeptanz dieser Rechte sensibilisieren (vier Fallstudienländer). In den Interviews wurden ebenfalls Barrieren für die Selbstbestimmung benannt. Dabei wurde häufig auf diskriminierende Gesetze und soziale, kulturelle und religiöse Normen verwiesen, die einer höheren Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen im Wege stehen

65 Moderne Kontrazeptiva können indirekt zur Reduzierung von FGM beitragen, indem sie Frauen die Kontrolle über ihre Fruchtbarkeit und Sexualität ermöglichen, ohne auf schädliche traditionelle Praktiken zurückgreifen zu müssen, die oft mit der Absicht durchgeführt werden, die weibliche Sexualität zu kontrollieren und vermeintlich „unerlaubte“ sexuelle Handlungen zu verhindern (siehe hierzu: *https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112328/WHO_RHR_14.12_eng.pdf?sequence=12&isAllowed=y*, abgerufen am 21.02.2025).

und eine entsprechende Ausrichtung der Vorhaben erschweren oder unmöglich machen (sechs Fallstudienländer). Hier werden teilweise Gemeinde- und religiöse Autoritäten sensibilisiert und Frauen direkt über *Community Health Workers* oder *Peers* angesprochen (fünf Fallstudienländer), wobei die Durchführung dieser Maßnahmen in sehr religiös geprägten Regionen nur schwer oder gar nicht möglich war (zwei Fallstudienländer).

Die Evaluierung zeigt, dass fast keines der Vorhaben eine Ausrichtung auf Bedarfe im Hinblick auf legale Persönlichkeit beziehungsweise Geburtenregistrierung aufweist. Nur ein Vorhaben mit einer solchen Ausrichtung wurde durch die Evaluierungssynthese identifiziert (Indikator 2.5; siehe Abbildung 7). Hierin werden zwei unterschiedliche Aspekte betont: erstens der Bedarf, Frauenrechte in die Personenstandregistrierung zu integrieren, und zweitens der Bedarf, den Zugang zu Personenstandsurkunden zu verbessern (insbesondere in ländlichen Gebieten). In den Fallstudien wurden keine Vorhaben identifiziert, die auf entsprechende Bedarfe ausgerichtet sind. Laut der Interviews bestehen diese Bedarfe nicht bei direkt adressierten Rechteinhabenden, sondern bei anderen Bevölkerungsgruppen, etwa bei (Binnen-) Flüchtlingen, die durch Maßnahmen anderer Geber – wie das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen (United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR) – versorgt werden (zwei Fallstudienländer).

Berücksichtigung von Bedarfen benachteiligter Gruppen

Formell stehen mit Frauen sowie mit Kindern, Jugendlichen und vulnerablen Personen benachteiligte Gruppen sehr häufig im Fokus von SRGR-Vorhaben. Laut Ergebnissen der Evaluierungssynthese werden in den allermeisten untersuchten Vorhaben Frauen (55 von 70 Berichten, 79 Prozent) als direkte Zielgruppe genannt.[66] Diese sind in den meisten SRGR-Partnerländern der EZ aufgrund patriarchaler Strukturen strukturell benachteiligt. Im Aktionsfeld SRGR machen sie die Hauptgruppe der adressierten Rechteinhabenden aus, da fast ausschließlich Frauen und Mädchen als schwangere und gebärende Personen Zielgruppe entsprechender Maßnahmen sind. Allerdings sollten Vorhaben Mehrfachdiskriminierungen durch einen intersektionalen Ansatz berücksichtigen. Mit diesem geht das Verständnis einher, dass nicht alle Frauen eines Partnerlandes den gleichen Diskriminierungsformen und den gleichen Zugangsbarrieren zu Dienstleistungen und Produkten der SRG ausgesetzt sind. Entsprechend ist auch nicht die gleiche Förderung durch SRGR-Vorhaben notwendig. Neben Frauen benennen Projektevaluierungen häufig auch Jugendliche (28 Berichte, 40 Prozent) sowie generisch vulnerable Gruppen (36 Berichte, 51 Prozent) als adressierte Rechteinhabende der Vorhaben. Allerdings gibt es nur in Einzelfällen detaillierte Information dazu, um welche spezifischen vulnerablen Gruppen es sich handelt.[67] So ist über die Evaluierungssynthese eine Auskunft zur Inklusion von mehrfachdiskriminierten Gruppen nur eingeschränkt möglich.

In der Umsetzung der Vorhaben zeigen sich Barrieren für die Förderung besonders benachteiligter Gruppen. Wie in den Projektevaluierungen wird auch in vielen Fallstudien von einem starken Fokus auf benachteiligte Gruppen berichtet. Insbesondere aus Interviews mit Rechteinhabenden und ihren Vertretungsstrukturen geht jedoch hervor, dass der Zugang zu SRGR-Leistungen für besonders benachteiligte Gruppen häufig erschwert bleibt. Dies gilt beispielsweise für bestimmte Gruppen von Frauen.[68] So können laut der Interviews Frauen mit Behinderungen sowie Jungen oder LSBTIQ+-Personen in manchen Fällen nicht oder nur eingeschränkt über SRGR-Leistungen informiert werden beziehungsweise erfahren Diskriminierung beim Zugang zu Behandlungen (vier Fallstudienländer; siehe auch Kasten 5). Jugendliche berichten, dass trotz des formellen Schwerpunkts der Vorhaben oft eine spezifische Ausrichtung auf ihre Bedarfe an jugendfreundlichen Dienstleistungen fehlt (zwei Fallstudienländer; siehe auch

66 Darüber hinaus werden in vielen Vorhaben als Hauptzielgruppe auch Männer (46 Vorhaben, 66 Prozent) sowie Gesundheitspersonal (sechs Vorhaben, neun Prozent) und Institutionen (vier Vorhaben, sechs Prozent) berücksichtigt.

67 In konkreten Einzelfällen werden Opfer geschlechtsspezifischer Gewalt (zwei Vorhaben), Menschen mit Behinderungen, sexuelle Minderheiten, mobile Bevölkerungsgruppen, ethnische Minderheiten sowie Migrant*innen (jeweils ein Vorhaben) genannt. Zudem werden – insbesondere im Kontext von HIV/Aids-Vorhaben – HIV/Aids-Hochrisikogruppen in einer größeren Anzahl Vorhaben erwähnt (16 Vorhaben). Dazu gehören Sexarbeitende (sechs Vorhaben) sowie Menschen mit HIV/Aids (vier Vorhaben).

68 Insbesondere sind dies junge unverheiratete Frauen, arme Mädchen und Frauen mit Behinderung, arme Mädchen und Frauen, die in sehr entlegenen Gebieten leben, sowie Mädchen und Frauen, die in sehr religiös geprägten Regionen leben.

Kasten 7) oder dass Angebote trotz einer solchen spezifischen Ausrichtung nicht passend sind.[69] Zudem führen unzureichende finanzielle Mittel dazu, dass Frauen bei Dienstleistungen der SRG zulasten anderer Bevölkerungsgruppen priorisiert werden können (ein Fallstudienland). Auch werden in den wenigsten Ländern Personen, die Mehrfachdiskriminierung ausgesetzt sind, spezifisch gefördert. Bis auf mobile Dienste und *Community Health Workers*, die versuchen, Menschen in besonders entlegenen Gebieten zu erreichen, gibt es kaum Ansätze, die besonders benachteiligte Gruppen spezifisch integrieren oder auf sie ausgerichtet sind. In einem Land werden beispielsweise in Zusammenarbeit mit Selbstvertretungsorganisationen Sensibilisierungsmaßnahmen mit Gesundheitspersonal und anderen staatlichen Angestellten durchgeführt, um die SRGR von LSBTIQ+-Menschen zu fördern. In den meisten anderen Ländern werden SRGR-Bedarfe dieser Gruppe nicht (drei Fallstudienländer) oder nur indirekt (ein Fallstudienland) berücksichtigt.

Kasten 5 Stimmen der Rechteinhabenden: Menschen mit Behinderung

Während benachteiligte Gruppen im Fokus von SRGR-Vorhaben stehen, werden die Belange von mehrfachbenachteiligten Gruppen wie beispielsweise Menschen mit Behinderungen kaum berücksichtigt. In Malawi und Togo sind Menschen mit Behinderungen, insbesondere Kinder und Frauen aus armen Haushalten, besonders marginalisiert, wie die interviewten Personen mitteilten. Kinder mit Behinderung werden oft als Last, als Quelle des Unglücks oder als Schande für die Familie wahrgenommen:

- „*Hier sieht man Behinderung so, als wäre sie ein Fluch. Wenn ein Kind mit einer Behinderung geboren wird, sagt man, es sei von bösen Geistern besessen.*“ (ID 96)
- „*Die Familien weigern sich oft, ihr behindertes Kind zu registrieren, um eine Geburtsurkunde zu bekommen.*“ (ID 96)

Frauen mit Behinderung berichteten, dass sie häufig soziale Ausgrenzung erleben:

- „*Oft werden wir vergessen, oder wir werden von unseren Ehepartnern und unseren Schwiegereltern ausgegrenzt.*“ (ID 96)

Laut den interviewten Rechteinhabenden ist das Gesundheitspersonal nicht immer ausreichend geschult, um Menschen mit Behinderungen adäquat zu informieren oder zu behandeln, oder Gesundheitseinrichtungen sind nicht barrierefrei ausgestattet:

- „*Manchmal können diejenigen, die im Krankenhaus arbeiten, nicht mit Menschen mit Behinderungen kommunizieren. Sie finden es schwierig, mit dieser Person, die eine Behinderung hat, zu kommunizieren, vor allem, wenn keine Verwandten da sind, die ihre Sprache oder Gestik verstehen. Deshalb ignorieren sie diese Person.*“ (ID 41)
- „*Es gibt Rampen, die in den Gesundheitseinrichtungen für uns gebaut wurden. Es gibt Rollstühle. Es ist jetzt etwas besser, weil das Gesundheitspersonal aufgeklärt worden ist. Aber manchmal nimmt man uns nicht wahr.*“ (ID 96)

Aus den Interviews geht hervor, dass das Vorhaben in Togo Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit Behinderungen dabei unterstützt, Aufklärungsarbeit zu SRGR zu leisten:

- „*Wir haben in den Dörfern zusammen mit den Verantwortlichen der Gesundheitszentren Menschen mit Behinderungen über Familienplanungsmethoden, Schwangerschaftsuntersuchungen und Geburtshilfe aufgeklärt. Durch diese Aktionen wecken wir bei den Menschen mit Behinderungen das Bewusstsein, dass sie das Recht haben, im Krankenhaus aufgenommen und behandelt zu werden.*“ (ID 96)
- „*Wir haben Sensibilisierungskampagnen durchgeführt, um zu zeigen, dass Kinder mit Behinderung zur Schule gehen können. In der Stadt ist es einfacher, aber in abgelegenen Orten brauchte es viel Arbeit, bis alle es verstanden haben.*“ (ID 96)

69 So wurde beispielsweise in einem Fallstudienland eine App für Jugendliche mit Informationen zu SRGR entwickelt. Allerdings wurde diese App von den Jugendlichen nicht genutzt, da die Inhalte nicht zielgruppengerecht aufbereitet waren und nicht in lokalen Sprachen zur Verfügung standen.

4.1.2 Ausrichtung an Politiken und Prioritäten der Partner und der deutschen EZ

Ergebnisübersicht und Bewertung

Evaluierungsfrage: Inwieweit sind die Aktivitäten und Ziele bilateraler Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR an den Politiken und Prioritäten entwicklungspolitischer Partner und des BMZ ausgerichtet? (EF 1.2)

Methode: Evaluierungssynthese.[70]

Die Ausrichtung von Vorhaben an Politiken und Prioritäten der deutschen EZ ist erfüllt (BK 1):

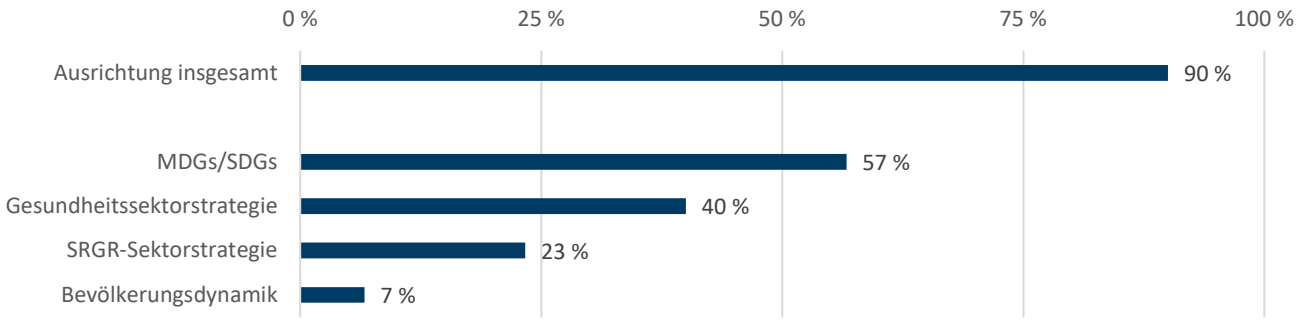
- Die Evaluierungsberichte zeigen eine starke Ausrichtung der Vorhaben an internationalen Standards, beispielsweise den MDGs oder den SDGs, sowie an Sektorstrategien der deutschen EZ (Indikator 1.1; erfüllt).

Die Ausrichtung von Vorhaben an Politiken und Prioritäten von Partnern ist erfüllt (BK2):

- Die Vorhaben zeigen eine starke Ausrichtung an nationalen Strategien der Partnerländer, beispielsweise an Gesundheitsstrategien oder Strategien zur Förderung der reproduktiven Gesundheit und Familienplanung (Indikator 2.1; erfüllt).

Die Evaluierungssynthese zeigt, dass die meisten untersuchten Vorhaben an den Politiken und Prioritäten der deutschen EZ ausgerichtet sind. Dies gilt für 90 Prozent (54 von 60 Berichten) der Vorhaben (Indikator 1.1; siehe Abbildung 8). Die deutsche EZ orientiert sich unter anderem an internationalen Vereinbarungen. Die Ergebnisse der Evaluierung zeigen, dass – je nach Alter der Vorhaben – die Millenniumsentwicklungsziele (*Millennium Development Goals*, MDGs) und die Ziele für nachhaltige Entwicklung der Agenda 2030 (*Sustainable Development Goals*, SDGs) besonders häufig benannt werden (57 Prozent, n = 34). Des Weiteren finden sich Bezüge zu den Sektorstrategien des BMZ zu Gesundheit (24 Berichte, 40 Prozent) und SRGR (14 Berichte, 23 Prozent) oder zu beiden (acht Berichte, 13 Prozent). Diese werden häufig als Referenzrahmen für Vorhaben der deutschen EZ benannt. Strategien zur Bevölkerungsdynamik werden kaum erwähnt (vier Berichte, 7 Prozent).

Abbildung 8 Ausrichtung der Ziele von Vorhaben an Politiken und Prioritäten der deutschen EZ (BK 1)

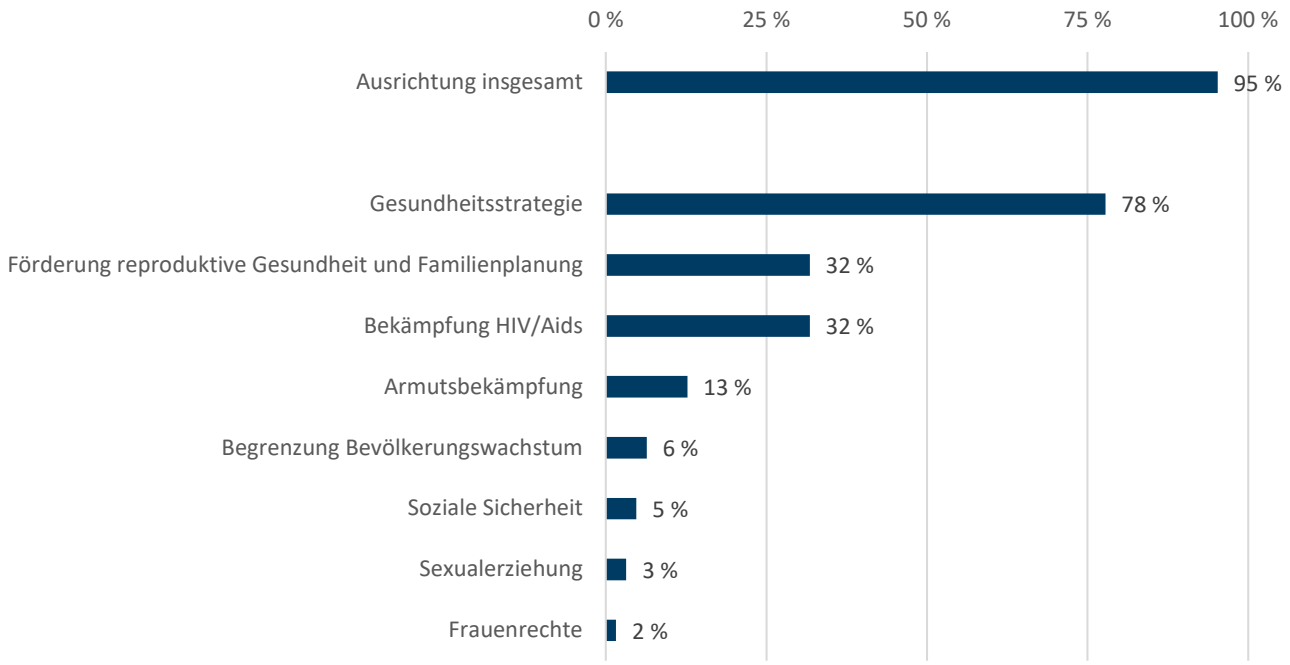


Quelle: DEval, eigene Berechnungen auf Basis der Evaluierungssynthese. Die Abbildungen geben den jeweiligen Anteil der Evaluierungsberichte an, in denen Bezug auf die Ausrichtung der Ziele der deutschen EZ genommen wurde. Mehrfachnennungen waren möglich; n = 60.

70 Die Indikatoren und Bewertungskriterien werden auf Basis dieser einen Methode entsprechend der in Anhang 8.1 dargestellten Skala bewertet.

Die untersuchten Vorhaben sind an den Politiken und Prioritäten der Partnerländer ausgerichtet. 95 Prozent (60 von 63 Berichten) der Vorhaben orientieren sich an Strategien und Prioritäten der Partnerländer (siehe Online-Anhang). Hierbei werden in über drei Vierteln der Vorhaben (49 Berichte, 78 Prozent) nationale Gesundheitsstrategien des Partnerlandes als Referenzrahmen für deutsche SRGR-Vorhaben benannt. In knapp einem Drittel (20 Berichte, 32 Prozent) der Vorhaben werden Strategien zur Förderung der reproduktiven Gesundheit und Familienplanung sowie zur Bekämpfung von HIV/Aids aufgeführt. Andere Strategien der Partnerländer, die in nur sehr wenigen Vorhaben vorkommen (2 bis 13 Prozent), schließen Strategien zur Armutsbekämpfung (acht Berichte), zur Begrenzung des Bevölkerungswachstums (vier Berichte), zur Erweiterung der sozialen Sicherung (drei Berichte), zur Sexualerziehung (zwei Berichte) und zu Frauenrechten (ein Bericht) ein.

Abbildung 9 Ausrichtung der Ziele von Vorhaben an Politiken und Prioritäten der Partnerländer (BK 2)



Quelle: DEval, eigene Berechnungen auf Basis der Evaluierungssynthese. Die Abbildungen geben den jeweiligen Anteil der Evaluierungsberichte an, in denen Bezug auf die Ausrichtung der Ziele an Politiken und Prioritäten der Partnerländer genommen wurde. Mehrfachnennungen waren möglich; n = 63.

4.2 Kohärenz

4.2.1 Externe und interne Kohärenz

Ergebnisübersicht und Bewertung

Evaluierungsfrage: Inwieweit greifen bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR untereinander sowie mit Aktivitäten anderer bi- und multilateraler Geber ineinander? (EF 2.1)

Methode: Fallstudien.[71]

Die externe Kohärenz ist größtenteils erfüllt (BK 1):

- Kenntnisse von Mitarbeitenden der deutschen EZ über andere Entwicklungspartner liegen vor (Indikator 1.1; erfüllt).
- Untersuchte Vorhaben der deutschen EZ nutzen bestehende Koordinationsmechanismen in der Planungsphase größtenteils (Indikator 1.2; größtenteils erfüllt) und in der Implementierungsphase teilweise (Indikator 1.3; teilweise erfüllt). Geografische Doppelungen und inhaltliche Überlappungen von EZ-Vorhaben werden durch bestehende Koordinationsmechanismen größtenteils vermieden. Eine inhaltliche Zusammenarbeit findet nur in Einzelfällen statt.

Die interne Kohärenz ist teilweise erfüllt (BK 2):

- Kenntnisse über vom BMZ (ko-)finanzierte Vorhaben anderer Implementierungsorganisationen liegen teilweise vor und sind meist auf bilaterale Vorhaben beschränkt (Indikator 2.1; teilweise erfüllt).
- Während der Planungs- und Implementierungsphase nutzen untersuchte Vorhaben teilweise formelle Koordinationsmechanismen (Indikatoren 2.2 und 2.3; teilweise erfüllt). Während der Planung überwiegen formelle und während der Implementierung informelle Mechanismen. Dadurch greifen Wirkungen von Vorhaben nur in einzelnen Fällen ineinander, um gemeinsam übergeordnete Wirkungen zu erreichen.

Externe Kohärenz

In allen untersuchten Fallstudienländern verfügen Mitarbeitende der deutschen EZ über Kenntnisse zu den wichtigsten Vorhaben anderer Entwicklungspartner (Indikator 1.1). Neben multilateralen Organisationen – insbesondere Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization*, WHO), Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), UN-Kinderhilfsorganisation (UNICEF) und *The Global Fund* – und internationalen Finanzorganisationen (vorwiegend Weltbank) wurden in Interviews häufig auch die EU sowie Großbritannien mit dem seinem Außenministerium (*Foreign, Commonwealth and Development Office*, FCDO) als wichtige Akteure des jeweiligen Fallstudienlandes genannt. Oft liegen auch Kenntnisse zu den Vorhaben internationaler NGOs vor.

In den meisten Fallstudienländern werden Koordinationsmechanismen mit diesen Entwicklungspartnern in der Planungsphase genutzt; in Interviews werden sie als teilweise funktional beschrieben (Indikator 1.2). Etablierte Koordinationsmechanismen auf nationaler Ebene, die während der Planung von deutschen Vorhaben auch häufig genutzt werden, existieren in allen untersuchten Fallstudienländern.[72] In diesem Zusammenhang verwiesen interviewte Personen vor allem auf thematische Arbeitsgruppen als Koordinationsmechanismus (fünf Fallstudienländer). In einem Land, in dem die bilaterale EZ explizit einen regierungsfernen Ansatz verfolgt, entfällt der Staat als koordinierende Instanz. In entsprechenden Interviews wurde stattdessen auf alternative Mechanismen verwiesen, bei denen andere Entwicklungsakteure

71 Die Bewertung von Indikatoren und Bewertungskriterien erfolgt auf Basis dieser einen Methode entsprechend der in Anhang 8.1 dargestellten Skala.

72 Die bilaterale Abstimmung mit Partnerregierungen ist Teil der formellen Abstimmungsprozesse der bilateralen EZ und manifestiert sich in Regierungsverhandlungen oder Planungsmissionen bilateraler Vorhaben der TZ und FZ (Dok xvi). Die Beschreibung der Geberlandschaft ist Teil der EZ-Programm- und EZ-Modulvorschläge und muss folglich bei der Planung von Vorhaben berücksichtigt werden. Darüber hinaus wird im Rahmen der Berichterstattung über Veränderungen informiert (Dok xvii).

Koordinationstreffen organisieren (zwei Fallstudienländer). In zwei Ländern wurden diese Koordinationsmechanismen als nur eingeschränkt funktional beschrieben. Laut der Interviews gewährleisten sie nicht immer die geografische und inhaltliche Komplementarität der Vorhaben. In einzelnen Interviews wird dabei auf vermeidbare inhaltliche und geografische Doppelungen verwiesen (drei Fallstudienländer). Dabei wird die Zusammenarbeit und Nutzung von Synergien zwischen Projekten insgesamt nur selten benannt. Dies ist lediglich dann der Fall, wenn Entwicklungspartner gemeinsame Vorhaben durchführen, etwa in Konsortien oder durch gemeinsame Korbfinanzierungen (zwei Fallstudienländer).

Koordinationsmechanismen während der Implementierungsphase werden in Fallstudienländern teilweise genutzt (Indikator 1.3). In Interviews wird auf dieselben nationalen Koordinationsmechanismen hingewiesen, die auch während der Planung von Vorhaben relevant sind: den formalisierten bilateralen Austausch mit Partnerregierungen sowie den Austausch im Rahmen thematischer Arbeitsgruppen (fünf Fallstudienländer). In einzelnen Ländern geben interviewte Personen an, dass diese Koordinationsmechanismen nur unregelmäßig zum Einsatz kommen (zwei Fallstudienländer) oder ihre Nutzung nicht zur Koordination von Aktivitäten führt (zwei Fallstudienländer). So wird beispielsweise darauf hingewiesen, dass einige Entwicklungspartner ihre Maßnahmen weitgehend unabhängig von den Aktivitäten anderer Akteure umsetzen (ein Fallstudienland) oder dass dieselben Leistungen durch mehrere Entwicklungspartner umgesetzt werden (zwei Fallstudienländer). Während in der Planungsphase von Vorhaben vor allem Koordinationsmechanismen auf nationaler Ebene hervorgehoben werden, betonen die interviewten Personen, dass während der Implementierung auch entsprechende Mechanismen auf regionaler und lokaler Ebene von großer Bedeutung sind. In drei Ländern werden solche Koordinationsmechanismen genannt. Laut den interviewten Personen unterscheidet sich die regionale und lokale Koordination jedoch stark nach Region, da Interessen und Kapazitäten lokaler Akteure variieren.

Interne Kohärenz

In den Fallstudienländern verfügen Mitarbeitende der deutschen EZ teilweise über Kenntnisse aller anderen durch das BMZ (ko-)finanzierten Vorhaben (Indikator 2.1). In den Interviews verweisen die befragten Personen vorrangig auf die wichtigsten anderen bilateralen Vorhaben im Aktionsfeld (fünf Fallstudienländer). In einigen dieser Länder wird jedoch auch berichtet, dass Kenntnisse zu anderen bilateralen Vorhaben eher oberflächlich sind und detaillierte Informationen über einzelne Aktivitäten fehlen (zwei Fallstudienländer). Vereinzelt benennen interviewte Personen durch das BMZ (ko-)finanzierte zivilgesellschaftliche Vorhaben (zwei Fallstudienländer). Vollständige Kenntnisse über zivilgesellschaftlich implementierte Vorhaben sind aber in keinem der Länder vorhanden.

Mechanismen zur Koordination bilateraler Vorhaben existieren in der Planungsphase und werden teilweise für die Abstimmung zwischen Vorhaben genutzt (Indikator 2.2). In allen untersuchten Fallstudienländern verweisen interviewte Personen darauf, dass formelle Austauschmechanismen innerhalb der bilateralen EZ entsprechend der Vorgaben des BMZ für die Planung von Vorhaben[73] genutzt werden. In vier Ländern wird dabei angegeben, dass diese Mechanismen teilweise nicht erfolgreich sind, insbesondere aufgrund der Unterschiedlichkeit von TZ und FZ. So werden beispielsweise die unterschiedlichen Laufzeiten der Vorhaben von TZ und FZ (vier Fallstudienländer) sowie unterschiedliche Ziele und Strategien (ein Fallstudienland) genannt. Zudem erschweren unvorhergesehene Verzögerungen von Vorhaben die kontinuierliche Zusammenarbeit, da aufeinander aufbauende Maßnahmen nicht mehr möglich sind (ein Fallstudienland). Diese Herausforderungen wurden auch in Interviews in einem der beiden Länder geäußert, in denen EZ-Programme den strategischen Rahmen für die einzelnen Vorhaben bilden. Diese Aussagen stehen im Zusammenhang mit dem Befund, dass Programmdokumente zum Zeitpunkt der Analyse teilweise veraltet sind und aktuelle Vorhaben daher nicht mehr mit dem programmatischen Rahmen übereinstimmen.

73 Beispielsweise sehen Vorgaben des BMZ vor, dass Fragen des Verhältnisses unterschiedlicher Module im Rahmen des EZ-Programmvorschlags zu klären sind (also wie die einzelnen Module inhaltlich zusammenhängen, sich ergänzen oder voneinander abgrenzen; Dok xviii). Darüber hinaus ist auch die Einordnung einzelner Module in den strategischen Rahmen der EZ explizit zu thematisieren (Dok xix).

Während der Implementierung von Vorhaben werden überwiegend informelle Austauschmechanismen zwischen Vorhaben der bilateralen EZ genutzt (Indikator 2.3). In zwei Fällen gaben interviewte Personen an, dass Aktivitäten einzelner TZ- und FZ-Vorhaben abgestimmt implementiert werden. In allen anderen Ländern gab es jedoch nur vereinzelt Hinweise auf Koordinationsmechanismen zwischen TZ und FZ, da diese meist informell sind. Darüber hinaus wurden regelmäßige Treffen genannt, die zur gegenseitigen Information und Abstimmung dienen sollen (zwei Fallstudienländer). In drei Ländern wurde auf die Koordination durch anlassbezogene Austausche verwiesen, in einem Land auf die koordinierende Funktion von EZ-Referent*innen.[74]

4.2.2 Rolle von TZ und FZ

Ergebnisübersicht

Evaluierungsfrage: Welche Rollen nehmen Vorhaben der TZ und FZ im Aktionsfeld SRGR ein, und welche komparativen Vor- und Nachteile lassen sich für diese jeweils feststellen? (EF 2.2)

Methode: Evaluierungssynthese.

Rolle von TZ und FZ:

- Auf Ebene übergeordneter Wirkungen legen die TZ und die FZ gleichermaßen häufig einen Schwerpunkt auf die Stärkung von SRG. Übergeordnete Wirkungen auf SRR werden in Vorhaben der TZ und FZ kaum erzielt.
- Die TZ und die FZ verfolgen meist unterschiedliche direkte Ziele: Im Vergleich zu TZ-Vorhaben sind FZ-Vorhaben häufiger darauf ausgerichtet, die Verfügbarkeit von Produkten der SRG zu verbessern. Das Portfolio der TZ-Vorhaben legt dagegen einen Schwerpunkt auf die Verbesserung von Dienstleistungen der SRG und den Abbau von Zugangsbarrieren zu diesen.
- Überschneidungen existieren im Hinblick auf die Verbesserung des Zugangs zu Sensibilisierung- und Aufklärungsmaßnahmen, die von der TZ und der FZ ähnlich oft eingesetzt werden.
- Mit Blick auf die Ansätze sind die Rollen oft getrennt: FZ-Vorhaben verwenden häufiger die Ansätze der Lieferkettenstärkung, der Durchführung von Sensibilisierungsmaßnahmen sowie Trainings- oder Aufklärungsmaßnahmen. TZ-Vorhaben setzen eher auf Kapazitätsaufbau-, Infrastruktur- beziehungsweise Ausstattungsmaßnahmen oder die Stärkung von Netzwerken.

Vorhaben der TZ und FZ tragen auf Ebene übergeordneter entwicklungspolitischer Wirkungen hauptsächlich zur Stärkung von SRG bei. So sehen alle in der Evaluierungssynthese untersuchten FZ-Vorhaben und 97 Prozent der TZ-Vorhaben Wirkungen im Bereich der Stärkung von SRG vor (siehe Online-Anhang).[75] Übergeordnete Wirkungen im Bereich SRR werden von 30 Prozent alle FZ-Vorhaben und 28 Prozent aller TZ-Vorhaben angestrebt.[76] Sehr wenige Vorhaben verfolgen auf übergeordneter Ebene andere Ziele – etwa die Voraussetzung für die demografische Dividende zu verbessern (3 Prozent der TZ- und 22 Prozent der FZ-Vorhaben) oder die Gleichberechtigung der Geschlechter zu stärken (14 Prozent

74 EZ-Referent*innen sind Mitarbeitende des BMZ, die an deutsche Botschaften und Generalkonsulate in Partnerländern entsandt werden (siehe hierzu *https://www.bmz.de/de/ministerium/aufbau-und-struktur*, abgerufen am 04.04.2025). Die Geberkoordination ist laut Vorgaben des BMZ Teil der Aufgaben von EZ-Referent*innen (Dok xx).

75 Entsprechende Vorhaben verfolgen auf übergeordneter Ebene mindestens eine der folgenden Wirkungen: Verbesserung des Zugangs zu Produkten der SRGR, Senken der Müttersterblichkeit, Reduktion der Säuglingssterblichkeit, Verbesserung der reproduktiven und sexuellen Gesundheit der Bevölkerung allgemein, Verbesserung des gerechten Zugangs zu Dienstleistungen der SRG, Reduktion der Ausbreitung von STI inklusive HIV/Aids sowie Verbesserung des Zugangs zu Krankenversicherungen.

76 Entsprechende Vorhaben verfolgen auf übergeordneter Ebene mindestens eine der folgenden Wirkungen: Reduktion unbeabsichtigter Schwangerschaften, Zunahme der Nutzung von Kontrazeptiva, Rückgang der Stigmatisierung von Menschen mit STI inklusive HIV/Aids, Stärkung individueller Entscheidungsfreiheit.

der TZ- und keines der FZ-Vorhaben).[77] Dabei ist die Mehrheit der Vorhaben nur auf einen einzelnen Bereich übergeordneter Wirkungen ausgerichtet. So verfolgen 59 Prozent aller Vorhaben ausschließlich übergeordnete auf SRG bezogene Wirkungen. Übergeordnete Ziele, die sich eher auf SRR beziehen, werden dagegen nur in Vorhaben verfolgt, die zugleich auch übergeordnete Ziele aus anderen Wirkungssträngen verfolgen (insgesamt 29 Prozent aller Vorhaben).

TZ und FZ haben unterschiedliche direkte Ziele. Vorhaben der FZ weisen im Vergleich zu Vorhaben der TZ wesentlich häufiger das direkte Ziel auf, zur verbesserten Verfügbarkeit von Produkten der SRG beizutragen (siehe Online-Anhang): 56 Prozent der FZ-Vorhaben verfolgen dieses Ziel, hingegen nur 10 Prozent der TZ-Vorhaben. Analog dazu zeigt sich auch ein deutlicher Schwerpunkt der FZ auf der Stärkung von SRR (49 Prozent im Vergleich zu 24 Prozent bei der TZ). Vorhaben der TZ sind dagegen insgesamt darauf ausgerichtet, zur Verbesserung der Qualität von Dienstleistungen der SRG beizutragen (52 Prozent im Vergleich zu 20 Prozent bei FZ-Vorhaben). Ähnlich verhält es sich mit dem Ziel, Zugangsbarrieren zu SRG abzubauen. Dieses Ziel wird von 31 Prozent der TZ-Vorhaben und von 10 Prozent der FZ-Vorhaben verfolgt. Sowohl Vorhaben der TZ als auch Vorhaben der FZ verfolgen auf Ebene der direkten Wirkungen kaum Ziele, die sich sowohl auf SRR als auch auf SRG beziehen (19 Prozent der TZ- und 34 Prozent der FZ-Vorhaben). Jeweils am häufigsten sind Vorhaben, die sich ausschließlich auf SRG beziehen (52 Prozent der TZ- und 46 Prozent der FZ-Vorhaben).

Kapazitätsaufbau, Sensibilisierung und Aufklärung sowie die Stärkung von Lieferketten zählen zu den häufigsten Ansätzen in den Vorhaben der bilateralen EZ. Dabei nutzen die meisten untersuchten Vorhaben mehrere Ansätze: Während in rund 13 Prozent aller Vorhaben nur ein Ansatz genutzt wird, setzen etwas mehr als die Hälfte aller Vorhaben (53 Prozent) zwei Ansätze ein und gut ein Drittel (34 Prozent) mehr als zwei Ansätze. Dabei nutzen insgesamt 60 Prozent aller untersuchten Vorhaben den Ansatz des Kapazitätsaufbaus, und in gut der Hälfte aller Vorhaben werden Sensibilisierungs- und Aufklärungsmaßnahmen eingesetzt (siehe Abbildung 10).[78] Die Stärkung von Lieferketten wird in Vorhaben häufig (44 Prozent der Vorhaben) verfolgt.[79] Infrastruktur- und Ausstattungsmaßnahmen werden dagegen nur in gut einem Drittel der Vorhaben (33 Prozent) und Beratungsmaßnahmen nur in etwas mehr als einem Fünftel aller Vorhaben eingesetzt (23 Prozent).[80] Selten eingesetzt werden die Ansätze der Netzwerkarbeit (10 Prozent) und der Finanzierung von Leistungen (7 Prozent).[81]

Vorhaben der TZ und FZ unterscheiden sich teilweise im Hinblick auf die von ihnen genutzten Ansätze. Jeweils 69 Prozent der FZ-Vorhaben verfolgen ihre Ziele unter anderem, indem sie Lieferketten stärken oder Sensibilisierungsmaßnahmen, Trainings oder Aufklärungsmaßnahmen durchführen. Im Vergleich dazu werden diese Ansätze in Vorhaben der TZ mit 10 Prozent beziehungsweise 24 Prozent deutlich weniger häufig eingesetzt. Vorhaben der TZ setzten dagegen besonders oft auf Kapazitätsaufbau (86 Prozent), Infrastrukturbeziehungsweise Ausstattungsmaßnahmen (52 Prozent) oder Beratung (41 Prozent). Während in FZ-Vorhaben im Vergleich dazu deutlich seltener Infrastrukturmaßnahmen umgesetzt werden (20 Prozent), wird der Ansatz des Kapazitätsaufbaus in FZ-Vorhaben ebenfalls häufig genutzt (42 Prozent). Die Stärkung von Netzwerken ist ein Ansatz, der häufiger in TZ-Vorhaben (21 Prozent) als in FZ-Vorhaben (2 Prozent) eingesetzt wird. Keine Unterschiede lassen sich in der Finanzierung von Leistungen (jeweils 7 Prozent) finden.

77 Vorhaben, die auf verbesserte Voraussetzungen für eine demografische Dividende ausgerichtet sind, verfolgen auf übergeordneter Ebene mindestens eine der folgenden Wirkungen: Eindämmung des Bevölkerungswachstums, Reduzierung der Geburtenrate, Reduzierung der Fertilitätsrate. Vorhaben, die auf die Stärkung der Gleichberechtigung der Geschlechter ausgerichtet sind, verfolgen auf übergeordneter Ebene mindestens eine der folgenden Wirkungen: Reduktion geschlechtsspezifischer Benachteiligungen, Stärkung der Geschlechtergerechtigkeit.

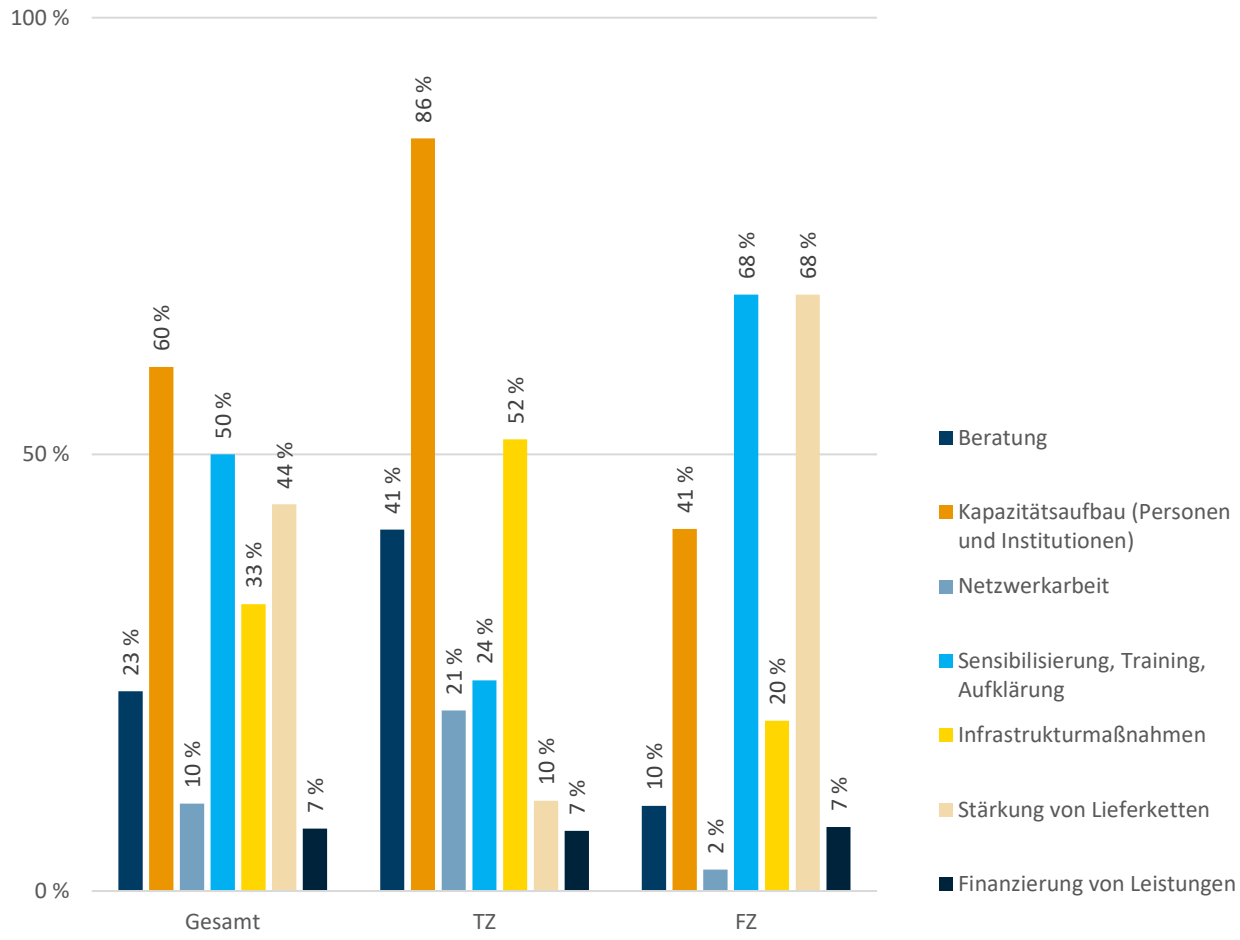
78 Vorhaben, die den Ansatz des Kapazitätsaufbaus verfolgen, tragen durch Trainings sowie *Train-the-trainer*-Maßnahmen dazu bei, Strukturen, Prozesse und Techniken in Gesundheitseinrichtungen zu verbessern, das Wissen über Bedarfe von Rechteinhabenden zu erhöhen, den Zugang zu beziehungsweise die Qualität von HIV-bezogenen Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern und die allgemeine Kompetenz des Personals in Gesundheitseinrichtungen zu steigern. Vorhaben, die den Ansatz der Sensibilisierung verfolgen, führen Aufklärungsmaßnahmen und Beratung zu Familienplanung, zu Rechten von benachteiligten Gruppen sowie zu STI inklusive HIV/Aids durch.

79 Vorhaben, die den Ansatz der Lieferkettenstärkung verfolgen, sind darauf ausgerichtet, das Angebot an Kontrazeptiva auszuweiten.

80 Vorhaben, die den Ansatz des Infrastruktur- und Ausstattungsaufbaus verfolgen, sind auf den Aus- und Aufbau von Gesundheitsinfrastruktur insgesamt oder die Verbesserung der Ausstattung innerhalb von Gesundheitseinrichtungen ausgerichtet. Vorhaben, die den Ansatz der Beratung verfolgen, sind auf die Beratung politischer Entscheidungstragenden ausgerichtet, um politische Vorhaben für SRGR zu stärken und die Verfügbarkeit von Bevölkerungsdaten zu verbessern.

81 Vorhaben, die den Ansatz der Netzwerkarbeit verfolgen, wollen den Dialog zwischen Gesundheitsakteuren stärken. Vorhaben, die den Ansatz der Finanzierung von Dienstleistungen verfolgen, zielen auf die Integration von Dienstleistungen zu SRGR in nationale Finanzierungssysteme ab oder leisten direkte Finanzierungsbeiträge an Rechteinhabende.

Abbildung 10 Von SRGR-Vorhaben genutzte Ansätze



Quelle: DEval, eigene Berechnungen auf Basis der Evaluierungssynthese. Die Abbildung gibt den jeweiligen Anteil der Evaluierungsberichte an, in denen der entsprechende Ansatz genannt wurde. Da in einem einzelnen Vorhaben mehrere Ansätze eingesetzt werden können, kann die Summe der einzelnen Prozentwerte 100 Prozent übersteigen (Mehrfachnennungen waren möglich). $n_{Gesamt} = 70$, $n_{FZ} = 41$, $n_{TZ} = 29$.

4.3 Effektivität

4.3.1 Erreichen direkter Ziele

Ergebnisübersicht und Bewertung

Evaluierungsfragen:

- Inwieweit erreichen bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR ihre Ziele? (EF 3.1)
- Inwieweit tragen bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR zur Zielerreichung hinsichtlich des Angebots von Dienstleistungen der SRG, ihrer Rahmenbedingungen sowie finanziellen Zugangsbarrieren bei? (EF 3.2)
- Inwieweit tragen bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR zur Zielerreichung hinsichtlich des Wissens und der Einstellungen von Rechteinhabenden und ihrem Umfeld bei? (EF 3.3)

Methoden: Evaluierungssynthese und Fallstudien.[82]

Bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR erreichen ihre Ziele größtenteils (Evaluierungsfrage 3.1, BK 1):

- SRGR-Vorhaben erhalten in Projektevaluierungen im Durchschnitt eine Effektivitätsnote von 2,3. Die Mehrheit der Vorhaben (63 Prozent) wird mit der Note 1 oder 2 bewertet (Indikator 1.1; größtenteils erfüllt).

Bilaterale Vorhaben erreichen ihre Ziele hinsichtlich des Angebots von Dienstleistungen der SRG, ihrer Rahmenbedingungen sowie finanziellen Zugangsbarrieren größtenteils (Evaluierungsfrage EF 3.2, BK 1):

- SRGR-Vorhaben leisten einen Beitrag zur Verbesserung der Qualität, Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Dienstleistungen und Produkten der SRG sowie der politischen Rahmenbedingungen für SRGR (Indikatoren 1.1, 1.2 und 1.4; größtenteils erfüllt).
- SRGR-Vorhaben legen selten einen Fokus auf den Abbau von finanziellen und rechtlichen Zugangsbarrieren zu Dienstleistungen der SRG. Die Bewertungsgrundlage ist zu gering, um den Beitrag der deutschen EZ zu bewerten (Indikator 1.3; keine Bewertung).

Bilaterale Vorhaben erreichen ihre Ziele hinsichtlich des Wissens und der Einstellungen von Rechteinhabenden und ihrem Umfeld größtenteils (Evaluierungsfrage EF 3.3, BK 1, 2 und 3):

- SRGR-Vorhaben verbessern die Qualität und Zugänglichkeit von SRGR-Beratungen und -Sensibilisierungsmaßnahmen (Indikator 1.1; größtenteils erfüllt).
- Wissen und Einstellungen zu SRR werden durch Beiträge der Vorhaben verbessert. Sowohl Mädchen und Frauen als auch Menschen in ihrem Umfeld kennen und akzeptieren SRR eher (Indikatoren 2.1 und 2.2; größtenteils erfüllt).
- Der Abbau geschlechterdiskriminierender Einstellungen wird über SRGR-Vorhaben selten abgedeckt. Die Bewertungsgrundlage ist zu gering, um den Beitrag der deutschen EZ zu bewerten (Indikatoren 3.1 und 3.2; keine Bewertung).

82 Die Bewertung von Indikatoren und Bewertungskriterien erfolgt auf Basis beider Methoden entsprechend der in Anhang 8.1 dargestellten Skala. Grundlage für die Bewertung von Indikatoren bilden die Ergebnisse der Evaluierungssynthese, da diese für alle SRGR-Vorhaben, die im Untersuchungszeitraum durchgeführt wurden, repräsentativ sind. Die Bewertung auf Basis der Evaluierungssynthese wird anschließend mit der Bewertung auf Basis der Fallstudienergebnisse trianguliert. Im Falle starker Abweichungen (mehr als eine Kategorie Unterschied zwischen Evaluierungssynthese und Fallstudien) wird die Bewertung entsprechend der Fallstudienergebnisse korrigiert. So kann gewährleistet werden, dass die Bewertungen auch aktuellen Vorhaben entsprechen. Bewertungskriterien beziehungsweise Evaluierungsfragen werden auf Basis der durchschnittlichen Bewertung aller Indikatoren beziehungsweise Bewertungskriterien beantwortet.

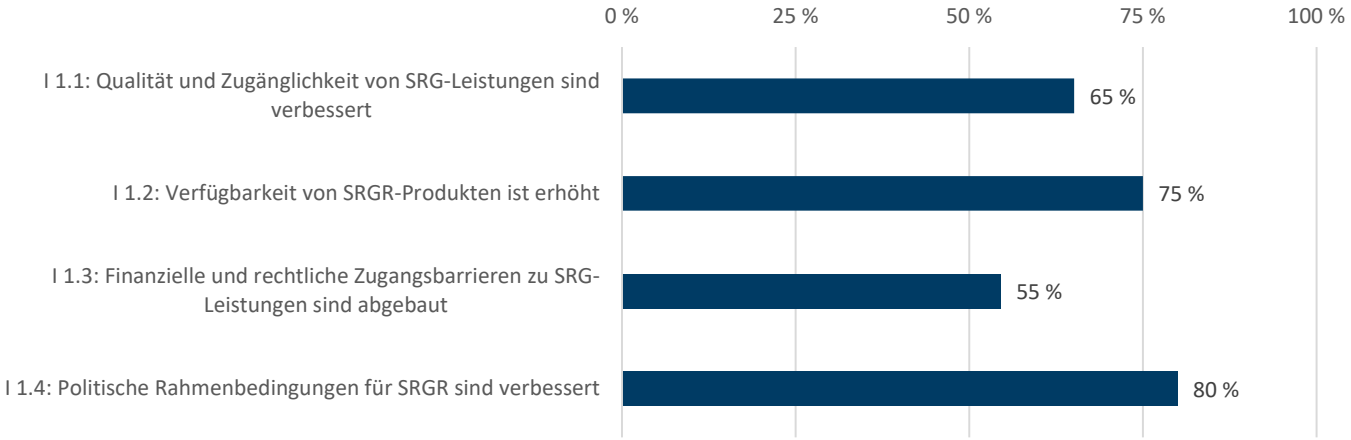
Effektivitätsbewertung von Vorhaben

In Projektevaluierungen werden SRGR-Vorhaben größtenteils als wirksam bewertet. Rund die Hälfte aller evaluierten SRGR-Vorhaben wird bezüglich der Effektivität mit der Note 2 bewertet (35 von 69 Berichten). Die Note 3 erhalten 30 Prozent aller Vorhaben (21 Berichte). In nur sehr wenigen Berichten erhalten Vorhaben die Note 1 (acht Berichte) oder 4 (fünf Berichte). Die durchschnittliche Note aller SRGR-Vorhaben im Hinblick auf ihre Effektivität liegt bei 2,3 (Evaluierungsfrage 3.1, Indikator 1.1).

Erreichen direkter Ziele hinsichtlich SRG

SRGR-Vorhaben tragen dazu bei, die Qualität und Zugänglichkeit von sexuellen und reproduktiven Gesundheitsleistungen in Partnerländern zu verbessern. 65 Prozent der Vorhaben (28 von 43 Berichten), die die Stärkung von SRG-Leistungen beabsichtigten, erreichen laut ihren Projektevaluierungen dieses Ziel (Evaluierungsfrage 3.2, Indikator 1.1; siehe Abbildung 11). Besonders häufig stehen hierbei Ziele im Vordergrund, die sich auf die Gesundheit von Müttern sowie die pränatale Betreuung (17 Berichte), die dafür notwendige Weiterbildung von Gesundheitspersonal (zwölf Berichte) und die Stärkung allgemeiner reproduktiver Gesundheitsdienstleistungen für Frauen (elf Berichte) beziehen. Die Ergebnisse der Fallstudien bestätigen diesen Befund: In allen Ländern, in denen Vorhaben solche Ziele verfolgen, verweisen die interviewten Personen darauf, dass diese Ziele entweder vollständig oder größtenteils erreicht werden. Im Mittelpunkt dieser Vorhaben stehen häufig die Stärkung der Gesundheitsversorgung von Müttern und Neugeborenen sowie eine bessere allgemeine und präventive Nutzung von SRGR-Leistungen (zwei Fallstudienländer).

Abbildung 11 Erreichen direkter Ziele mit Bezug zu SRG (EF 3.2, BK 1)



Quelle: DEval, eigene Darstellung auf Basis von Ergebnissen der Evaluierungssynthese (n_{I1} = 43, n_{I2} = 28, n_{I3} = 11, n_{I4} = 15). Ausgefüllte Balken fließen in die Bewertung ein; Balken mit nur einer blauen Umrandung fließen nicht in die Bewertung des BK ein, da ihre Fallzahl unter 20 Prozent aller ausgewerteten Projektevaluierungen liegt. Die Bewertungsgrundlage ist folglich zu gering, um der deutschen EZ einen Beitrag zu diesem Ziel zuzusprechen.

Laut den Projektevaluierungen tragen SRGR-Vorhaben dazu bei, die Verfügbarkeit von Produkten der SRG zu erhöhen. So wird in 75 Prozent der Projektevaluierungen eine verbesserte Verfügbarkeit von Produkten der SRG genannt (21 von 28 Berichten; Evaluierungsfrage 3.2, Indikator 1.2; siehe Abbildung 11). Dabei handelt es sich hauptsächlich um Kontrazeptiva, insbesondere Kondome. Ein positiver Beitrag lässt sich auf Basis der Interviews auch in drei von sechs Fallstudienländern identifizieren. Laut diesen ermöglichen Finanzierungsbeiträge beispielsweise den Kauf von Verhütungsmitteln, während die Verteilung von Kondomen durch *Community Health Workers* deren Verfügbarkeit erhöht (drei Fallstudienländer). Gleichzeitig wird aber auch berichtet, dass Kontrazeptiva weiterhin nur eingeschränkt oder gar nicht verfügbar sind (drei Fallstudienländer).

Wenige SRGR-Vorhaben zielen darauf ab, finanzielle und rechtliche Zugangsbarrieren zu Dienstleistungen der

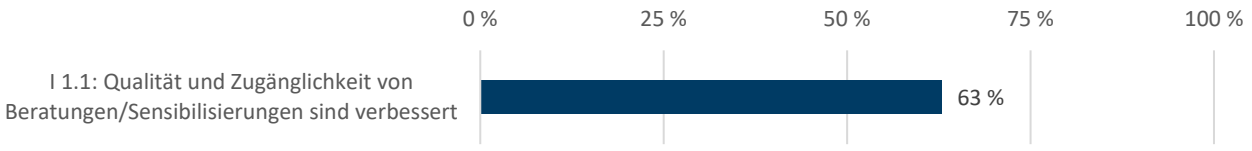
SRG abzubauen. Elf der in der Evaluierungssynthese untersuchten Vorhaben verfolgen dieses Ziel. In sechs Berichten (55 Prozent) wird den Vorhaben hierbei Wirksamkeit attestiert (Evaluierungsfrage 3.2, Indikator 1.3; siehe Abbildung 11).[83] Die Auswertung der Interviews aus Fallstudienländern bestätigt dies teilweise: Danach wird der Abbau rechtlicher Barrieren in keinem der untersuchten Vorhaben direkt verfolgt. Der Abbau finanzieller Barrieren hingegen wird in vier der sechs Länder direkt und in den beiden verbleibenden Ländern indirekt angestrebt. Entsprechende Maßnahmen umfassen zum Beispiel die Unterstützung von Rechteinhabenden bei der Einforderung von preisgünstigen oder kostenfreien Gesundheitsleistungen (wie Medikamente, Produkte oder Behandlungen; ein Fallstudienland), die teils gegen Bezahlung angeboten werden, obwohl sie eigentlich kostenlos sein sollten (zwei Fallstudienländer). Weitere Maßnahmen umfassen die Verteilung von Gutscheinen oder die Unterstützung durch Solidaritätskassen über Müttervereine, die eine medizinische Behandlung finanzieren (fünf Fallstudienländer).

Auf die Verbesserung der politischen Rahmenbedingungen in den Partnerländern zielen wenige Vorhaben ab. Laut den Projektevaluierungen wird dieses Ziel in 15 von 70 Vorhaben verfolgt. Hiervon werden 80 Prozent (zwölf Berichte) als wirksam bewertet (Evaluierungsfrage 3.2, Indikator 1.4; siehe Kapitel 4.3.1). Als effektiv erwiesen sich dabei vor allem der Beitrag der deutschen EZ zu den Länderstrategien der Partnerländer (zehn Berichte) sowie die Stärkung der Zivilgesellschaft (fünf Berichte). Die Interviews in fünf der sechs Fallstudienländer bestätigen, dass SRGR-Vorhaben einen positiven Beitrag zur Formulierung von nationalen Strategien und zur Stärkung dezentraler Verwaltungseinheiten (unter anderem Distrikte, Gemeinden und Dörfer) leisten (fünf Fallstudienländer).

Erreichen direkter Ziele hinsichtlich des Wissens und der Einstellungen von Rechteinhabenden und ihrem Umfeld

SRGR-Vorhaben tragen dazu bei, dass sich die Qualität und Zugänglichkeit von SRGR-Beratungen und -Sensibilisierungsmaßnahmen verbessern. Laut den untersuchten Projektevaluierungen leisten 63 Prozent der Vorhaben (22 von 35 Berichten) einen Beitrag zur besseren Qualität und Zugänglichkeit von SRGR-Beratungen und -Sensibilisierungen (Evaluierungsfrage 3.3, Indikator 1.1; siehe Abbildung 12). Die Erkenntnisse aus den Fallstudienländern bestätigen diesen Befund. In allen untersuchten Ländern legen die Interviews nahe, dass Vorhaben zur Verbesserung der Qualität und Zugänglichkeit von Beratung und Sensibilisierung beitragen. Beispiele hierfür sind Schulungen von Gesundheitspersonal (fünf Fallstudienländer), die Zusammenarbeit mit freiwilligen Gesundheitshelfer*innen bzw. Vereinen wie etwa Jugendclubs (sechs Fallstudienländer) sowie die Bereitstellung von Informationen über verschiedene Medienformate und in mehreren Sprachen (fünf Fallstudienländer). Dadurch können einzelne marginalisierte Gruppen erreicht werden (unter anderem sozioökonomisch benachteiligte Frauen und Männer, Jugendliche und Menschen mit Behinderungen sowie Hochrisikogruppen, beispielsweise Sexarbeitende).

Abbildung 12 Erreichen direkter Ziele mit Bezug zu Beratung (EF 3.3, BK 1)

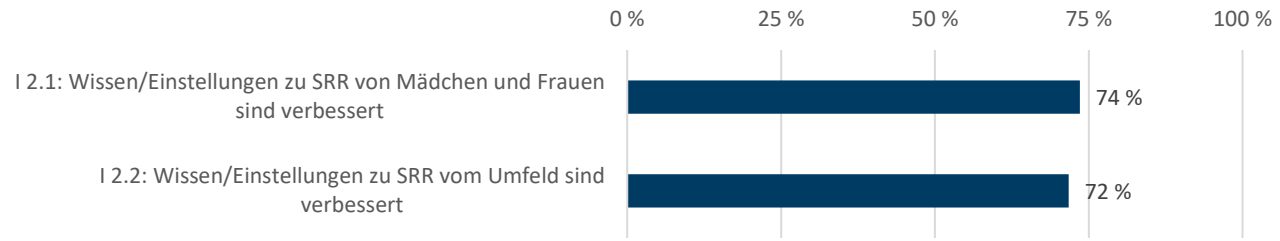


Quelle: DEval, eigene Darstellung auf Basis von Ergebnissen der Evaluierungssynthese (n_{II} = 35)

83 Aufgrund der geringen Zahl der Vorhaben, in denen entsprechende Ziele verfolgt werden, ist eine Aussage über die Wirksamkeit nicht möglich. Von einer Bewertung wird daher abgesehen.

Untersuchte SRGR-Vorhaben tragen größtenteils dazu bei, das Wissen und die Einstellungen von Mädchen und Frauen zu SRR zu verändern. Die Evaluierungssynthese kommt zu dem Ergebnis, dass durchschnittlich 74 Prozent der Vorhaben das Ziel verfolgen, Wissen und Einstellungen von Mädchen und Frauen zu verändern (Evaluierungsfrage 3.3, Indikator 2.1; siehe Abbildung 13). Es zeigt sich, dass Vorhaben in der Tendenz eher zur Wissensvermittlung beitragen als zur Veränderung von Einstellungen: Während eine Veränderung des Wissens zu SRR bei Mädchen und Frauen in 74 Prozent der Evaluierungen (25 von 34 Berichten) genannt wird, wird die Veränderung von Einstellungen zu SRR mit 62 Prozent (21 von 34 Berichten) etwas seltener erwähnt. Dieser Befund lässt sich anhand der Fallstudienergebnisse bestätigen: In fünf der sechs untersuchten Länder verfolgen die Vorhaben das Ziel, Wissen und Einstellungen von Mädchen und Frauen zu SRR zu verändern und erzielen entsprechende Wirkungen. Interviewte Personen in fünf Ländern berichten, dass sich beispielsweise das Wissen zu Familienplanung, Schwangerschaftsvorsorge, fachlich assistierter Geburtshilfe, Risiken einer frühen Schwangerschaft und unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen sowie zu GBV und schädlichen Praktiken verbessert hat. Darüber hinaus berichten interviewte Personen, dass Mädchen und junge Frauen gegenüber dem Risiko einer frühen Schwangerschaft (zwei Fallstudienländer) sensibilisiert sind. Inwiefern sich jedoch auch ihre Einstellung oder ihr Verhalten zu diesen Themen verändert hat, lässt sich auf Basis der Interviews nicht abschließend beurteilen.

Abbildung 13 Erreichen direkter Ziele mit Bezug zu SRR (EF 3.3, BK 2)



Quelle: DEval, eigene Darstellung auf Basis von Ergebnissen der Evaluierungssynthese (n_{I1} = 34, n_{I2} = 46)

SRGR-Vorhaben leisten einen Beitrag dazu, dass Menschen im Umfeld von Mädchen und Frauen SRR kennen und akzeptieren. Laut Evaluierungssynthese sind 72 Prozent der Vorhaben (33 von 46 Berichten), die zur Veränderung von Wissen und Einstellungen zu SRR im Umfeld von Mädchen und Frauen beitragen wollen, erfolgreich (Evaluierungsfrage 3.3, Indikator 2.2; siehe Abbildung 13). Auch hier sind Vorhaben weniger erfolgreich darin, Einstellungen zu verändern als Wissen zu stärken: Während 72 Prozent der Vorhaben (33 von 46 Berichten) laut Projektevaluierungen erfolgreich dazu beigetragen haben, das Wissen von Menschen im direkten Umfeld von Mädchen und Frauen in Bezug auf SRR zu stärken, wird nur bei 50 Prozent (23 von 46 Berichten) eine erfolgreiche Veränderung der Einstellungen zu SRR festgestellt. Über die Interviews konnten diese Ergebnisse auch für vier der sechs Fallstudienländer bestätigt werden. In vier Ländern gaben interviewte Personen eine Zunahme von Wissen zu SRR im Umfeld von Mädchen und Frauen an. Hinweise auf veränderte Einstellungen wurden in zwei Ländern gefunden. Illustrieren lässt sich dieser Befund anhand von Vorhaben, die laut Interviews bei Männern und Jungen das Wissen zu verantwortungsvollem Sexualverhalten oder zur Nutzung von Kontrazeptiva erhöhen (zwei Fallstudienländer). Ebenso zeigen sich Vorhaben effektiv, wenn es um den Wissenszuwachs zu FGM oder GBV bei traditionellen oder religiösen Autoritäten geht (zwei Fallstudienländer). Die interviewten Personen berichten, dass beispielsweise die Berücksichtigung dieser Autoritäten in den Vorhaben dabei hilft, die Bevölkerung und speziell auch Jugendliche für SRGR und die Wahrnehmung entsprechender Leistungen zu sensibilisieren.

Sehr wenige SRGR-Vorhaben beabsichtigen, bei Mädchen und Frauen und in deren Umfeld das Wissen zu Geschlechterdiskriminierung zu erhöhen. Die Evaluierungssynthese identifiziert nur ein Vorhaben, das auf die Veränderung diskriminierender Einstellungen von Mädchen und Frauen ausgerichtet ist (Evaluierungsfrage 3.3, Indikator 3.1) und vier

Vorhaben, die sich hierbei auf Menschen in deren Umfeld fokussieren (Evaluierungsfrage 3.3, Indikator 3.2). Vier dieser fünf Evaluierungen legen nahe, dass sich das Wissen zu Geschlechterdiskriminierung bei Mädchen, Frauen und in deren Umfeld verbessert hat. Erfolgreiche Ansätze beinhalten die Einbeziehung von Männern (zwei Berichte), eine kulturell sensible Ausrichtung der Vorhaben (ein Bericht) sowie die Verbreitung über Massenmedien (ein Bericht). Auch in den Fallstudienländern setzen die interviewten Personen keinen expliziten Fokus auf das Wissen zu Geschlechterdiskriminierung. Nur in zwei Ländern wird von einem verbesserten Wissen von Mädchen und Frauen berichtet, während in vier weiteren Ländern keine Veränderung erwähnt wird. Für das Umfeld sind die Angaben zu Veränderungen noch weniger eindeutig: So wird durch die Interviews in zwei Ländern deutlich, dass SRGR-Vorhaben dazu beitragen, das Wissen von Männern und sogenannten Gatekeepern wie Eltern oder traditionellen und religiösen Autoritäten zu Geschlechterdiskriminierung zu erhöhen, aber immer noch ein traditionelles Rollenverständnis der Geschlechter vorherrscht, welches Veränderungen im Verhalten erschwert (siehe Kasten 6). Angesichts der wenigen Berichte zu diesen beiden Indikatoren und der ungenauen Informationen aus den Interviews zur Effektivität der Vorhaben wird von einer Bewertung dieses Indikators abgesehen.

Kasten 6 Stimmen der Rechteinhabenden: Gendertransformation und Rolle von Männern

SRGR bedarf eines einheitlichen Ansatzes, der Frauen und Männer einbezieht. Aus den Interviews mit Rechteinhabenden in Malawi und Togo geht hervor, dass Geschlechternormen und -rollen sowie deren Wahrnehmungen für die noch geringe Akzeptanz von Männern für SRGR-Leistungen, insbesondere Familienplanung, sorgen:

- *„Die meisten Männer sind dagegen, dass Frauen Familienplanungsdienste in Anspruch nehmen."* (ID 51)
- *„Wir Jungen denken, dass unsere Männlichkeit geschwächt wird, wenn eine Frau diese Familienplanungsmethoden anwendet."* (ID 36)
- *„Einige Männer sind mit der Geburtenkontrolle nicht einverstanden. Wir sind über die unterschiedlichen Familienplanungsmethoden aufgeklärt worden. Einige Frauen haben sich geweigert, an den Sensibilisierungssitzungen teilzunehmen, andere sind von ihren Ehemännern daran gehindert worden."* (ID 102)
- *„In den Dörfern haben wir Freiwillige, die über Familienplanung aufklären, aber das Problem sind die Ehemänner. In den Dörfern verweigern viele Männer ihren Frauen den Zugang zu diesen Dienstleistungen."* (ID 45)

Laut den interviewten Personen reicht die Aufklärung von Frauen nicht aus, um tradierte Normen und Praktiken, die einen negativen Einfluss auf die SRGR von Frauen, Männern und Jugendlichen haben, zu verändern. In Togo bezieht das Gesundheitsprogramm Männer ein, die als Vorbilder (Modellväter – *Papa Champions*) in ihren Gemeinschaften agieren und ein anderes Bild der Rolle und Verantwortung des Mannes in der Familie vermitteln:

- *„Du siehst den Papa Champion, der in seinem Haushalt keine Gewalt ausübt, der seine Frau oft ins Krankenhaus begleitet, wenn ein Kind krank ist, und der sich bemüht, es im Krankenhaus behandeln zu lassen. Dann sieht man Unterschiede zwischen seinem Haushalt und den Nachbarhaushalten. Die Leute fangen an zu verstehen, aber wegen des Gewichts der Traditionen und Bräuche geht es nicht schnell voran."* (ID 85)
- *„Früher gab es viele Männer, die sich gegen die Familienplanung wehrten, aber jetzt gibt es Männer, die ihre Frauen dafür ins Krankenhaus begleiten."* (ID 92)
- *„Mit unseren Frauen haben wir früher nicht geredet. Jetzt reden wir miteinander, und auf der Grundlage dieser Gespräche haben wir es auch geschafft, unsere Kinder dazu zu bringen, sich anders zu verhalten."* (ID 107)
- *„Früher, wenn du Kinder hattest, hast du gesagt, dass das Mädchen nicht die Arbeit des Jungen und der Junge nicht die Arbeit des Mädchens machen soll. Früher hat ein Junge gesagt, das ist Mädchenarbeit und man soll ihn in Ruhe lassen. Jetzt haben die Männer verstanden, dass egal, ob du ein Junge oder Mädchen bist, du mithelfen und die Arbeit machen sollst."* (ID 107)

Effektivität von Vorhaben für benachteiligte Gruppen

Einschränkungen in der Effektivität von SRGR-Vorhaben bestehen vor allem für Jugendliche und unverheiratete Personen. Laut den Interviews in den Fallstudienländern gibt es insbesondere für diese beiden Gruppen Hürden im Zugang zu SRGR-Leistungen (vier Fallstudienländer). Genannt werden dabei die Scham, Gesundheitseinrichtungen aufzusuchen, und die Angst, dort vom Gesundheitspersonal zurechtgewiesen zu werden, wenn sie sich beispielsweise zu Kontrazeptiva informieren möchten (zwei Fallstudienländer). Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund von sozialen Normen entstehen sowohl durch das Gesundheitspersonal als auch durch das Umfeld von Jugendlichen (unter anderem auch Eltern), das ihnen der Zugang zu Dienstleistungen der SRG verweigert oder untersagt (vier Fallstudienländer). Diese Einschränkungen können trotz Ausrichtung von SRGR-Vorhaben auf Jugendliche oft nur teilweise abgebaut werden. Entsprechend benennen diese Rechteinhabenden ein mangelndes jugendspezifisches Angebot (zwei Fallstudienländer; siehe auch Kasten 7). Gleichzeitig wird auch auf die Bedeutung von Menschen im Umfeld verwiesen, die als Gatekeeper fungieren. So können Eltern oder traditionelle und religiöse Autoritäten junge Menschen motivieren, SRGR-Leistungen nachzufragen (ein Fallstudienland).

Kasten 7 Stimmen der Rechteinhabenden: jugendfreundliche Dienste

Jugendliche, insbesondere Mädchen, stellen in den meisten Gesellschaften von Partnerländern der deutschen EZ benachteiligte Gruppen dar. Auch in Malawi und Togo sind sie beim Zugang zu Dienstleistungen der SRG benachteiligt, wie sie in den Interviews selbst berichteten. Viele Jugendliche schämen sich, in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen Kontrazeptiva anzufordern, beispielweise aus Angst, dort Verwandte zu treffen. Niederschwellige jugendfreundliche Dienste, die auf ihre Bedürfnisse nach vertraulicher Information und vorurteilsfreier Beratung eingehen, sind rar. Jugendliche aus beiden Ländern berichten, dass sie sich vom Gesundheitspersonal in ihren Bedürfnissen nicht ernst genommen fühlen:

- *„Wenn ein Verwandter im Gesundheitszentrum arbeitet, wird es schwierig, Verhütungsmittel zu erhalten. Wir haben Angst, dass er uns beschimpft. Außerdem sind diese Gesundheitshelfer*innen älter als wir, so dass wir schüchtern werden.“* (ID 43)
- *„Wenn Jugendliche wie wir ins Krankenhaus gehen, um Verhütungsmittel zu bekommen, weigern sich die Ärzt*innen manchmal, uns zu helfen. Sie sagen, wir seien zu jung.“* (ID 37)
- *„Wir werden gefragt, ob wir einen Mann haben, also lügen wir einfach und sagen, dass wir verheiratet sind.“* (ID 41)
- *„Wir Mädchen werden mit der Begründung abgewiesen, dass wir noch nie ein Kind bekommen haben und deshalb erst gebären sollten, bevor wir die Verhütungsmittel bekommen.“* (ID 37)
- *„Sie glauben, dass wir die Verhütungsmittel haben wollen, um uns zu prostituieren.“* (ID 37)

Die interviewten Jugendlichen in beiden Ländern teilen mit, dass unbeabsichtigte und frühe Schwangerschaften noch häufig vorkommen, da sie nicht wissen, wie sie sich schützen können. Mit ihren Eltern können sie nur selten über Sexualität sprechen:

- *„Viele unserer Freundinnen geben sich schon sehr früh den Jungen hin und werden schwanger, da sie nicht viel über Prävention wissen. Sie versuchen dann abzutreiben.“* (ID 98)
- *„Unsere Mütter und Väter wollen nicht mit uns über Sexualität sprechen.“* (ID 106)
- *„Wenn wir nach Hause gehen, wird uns gesagt, dass wir den Dingen, die wir im Club gelernt haben, nicht folgen sollen. Und es gibt Konflikte zwischen Eltern und Jugendlichen.“* (ID 49)

Jugendliche suchen bei ihren *Peers* und in sozialen Netzwerken Antworten auf ihre Fragen:

- *„Die Tochter meines Bruders weiß, wie man sich um sich selbst kümmert […]. Ich habe es auf ihrem Handy gesehen. Sie hat Freundinnen, die Informationen über Verhütung schicken und ihr zeigen, wie sie es machen.“* (ID 106)

In beiden Ländern unterstützen die Gesundheitsvorhaben *Peer-to-Peer*-Ansätze, um Jugendliche aufzuklären. In Togo klären junge Mütter, die unbeabsichtigt schwanger geworden sind, andere Mädchen und junge Frauen auf. In den Interviews wird darauf hingewiesen, dass Vorhaben in Togo und Malawi Schüler- bzw. Jugendclubs fördern:

- *„Wir sensibilisieren andere Mädchen für Familienplanung, riskante Geburten und die Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen, geschlechtsspezifische körperliche und psychische Gewalt, Verhütungsmittel und Kondome und für das Stillen und die Betreuung eines Kindes. Wir machen sehr viel Aufklärungsarbeit zu Familienplanung, weil Mütter mit ihren Töchtern nicht über Sexualität sprechen."* (ID 108)
- *„Wir haben Jugendclubs, in denen wir uns, anders als mit unseren Eltern, über diese Themen austauschen."* (ID 43)

Sie ergänzen, dass eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg der Jugendclubs die Akzeptanz der Eltern und der Gemeinschaft ist:

- *„In der Vergangenheit haben unsere Eltern uns verboten, die Jugendgruppen zu besuchen, weil sie glaubten, wir würden uns gegenseitig Prostitution beibringen. Aber im Laufe der Jahre haben sie gelernt, wie wichtig Jugendclubs sind, und sie ermutigen uns, daran teilzunehmen, weil wir lernen, wie wir uns vor Dingen schützen können,* über die sie sich nicht trauen zu sprechen." (ID 48)
- *„Unsere Mütter haben nie mit uns über Sexualität gesprochen, aber heute können einige Eltern dank der Aufklärung mit ihren Kindern darüber sprechen."* (ID 108)

Marginalisierte Bevölkerungsgruppen, wie arme Menschen in entlegenen ländlichen Regionen, können vor allem durch *Outreach*-Aktivitäten und Sensibilisierungsmaßnahmen erreicht werden. In den Interviews wird auf Herausforderungen für diese Personengruppen hingewiesen, etwa lange Wege zur nächsten Gesundheitseinrichtung (sechs Fallstudienländer). *Outreach*-Aktivitäten beinhalten klassische Gesundheitsinformationsveranstaltungen wie *Roadshows*, Aufklärungsbroschüren in den Landessprachen und weitere interpersonelle Kommunikationsansätze, die dazu beitragen, bestehende geschlechterspezifische Benachteiligungen und Falschinformationen einzugrenzen und damit den Zugang zu SRGR-Informationen zu verbessern. Ebenso können Sensibilisierungsmaßnahmen dabei unterstützen, marginalisierte Gruppen über ihre Rechte und über Gleichstellung allgemein zu informieren. Laut den Interviewteilnehmenden führen beispielsweise *Community Health Workers* und freiwillige Gesundheitshelfer*innen Hausbesuche durch, um Frauen über ihre Rechte aufzuklären, oder sie erstellen WhatsApp-Gruppen zwischen *Peers*, um Informationen zur Selbstbestimmung, aber auch zur Schwangerenvorsorge von Frauen zu vermitteln (zwei Fallstudienländer). Laut den Projektevaluierungen scheiterten Vorhaben jedoch oft daran, dass die verbreiteten Informationen nicht ausreichend waren oder Frauen auch mit neuem Wissen ihr Verhalten nicht änderten bzw. ändern konnten, da die damit verbundenen Kosten oder auch religiöse Gründe oder Ängste sie davon abhielten.[84]

Nicht-intendierte negative Wirkungen

Nicht-intendierte negative Wirkungen werden in den untersuchten Projektevaluierungen punktuell erwähnt. 30 Prozent der Projektevaluierungen haben sich mit möglichen nicht-intendierten negativen Wirkungen befasst (21 von 70 Berichten); lediglich drei Berichte haben solche Effekte identifiziert. So führte beispielsweise ein Vorhaben, in dem neue Gesundheitseinrichtungen für geflüchtete schwangere Frauen eröffnet werden, zu einem erhöhten Bedarf an Bluttransfusionen. Dieser Bedarf wird jedoch nicht ausreichend gedeckt, da es im gesamten Land keine sicheren Vorräte an Blutkonserven gibt. Dies wirkt sich negativ auf die Versorgung anderer Patient*innen aus (Dok xxi).

84 Zu anderen benachteiligten Gruppen liegen in Evaluierungsberichten keine Informationen vor (siehe hierzu Kapitel 4.1).

Auch in den Fallstudien finden sich keine Anzeichen für systematische nicht-intendierte negative Wirkungen durch bilaterale Vorhaben. Die Interviews enthalten nur vereinzelt Hinweise auf mögliche nicht-intendierte Wirkungen der Vorhaben. In zwei der sechs Länder verweisen interviewte Personen auf mögliche normative Konflikte durch Maßnahmen. So wird beispielsweise die gesteigerte Nachfrage von Jugendlichen oder Frauen nach modernen Kontrazeptiva mit der Zunahme von innerfamiliären Konflikten in Verbindung gebracht, da Eltern oder Ehemänner befürchten, dass ihre Kinder oder Ehefrauen so zu erhöhtem Sexualverhalten animiert werden. Ebenso wirken sich SRGR-Vorhaben in Einzelfällen negativ auf die Struktur der Gesundheitsversorgung aus. In einigen Interviews wird davon berichtet, dass Vorhaben, in denen Gesundheitspersonal ausgebildet oder dessen Kapazitäten erweitert werden, dazu beitragen, dass das ausgebildete Personal die oft weniger attraktiven Arbeitsorte verlässt oder sogar ins Ausland abwandert. Dabei wird das ausgebildete Personal gerade in den abgelegenen ländlichen Regionen benötigt (zwei Fallstudienländer).

4.3.2 Einflussfaktoren für das Erreichen direkter Ziele

Ergebnisübersicht

Evaluierungsfrage: Welche Faktoren sind förderlich oder hinderlich dafür, dass Vorhaben ihre direkten Ziele erreichen? (EF 3.4)

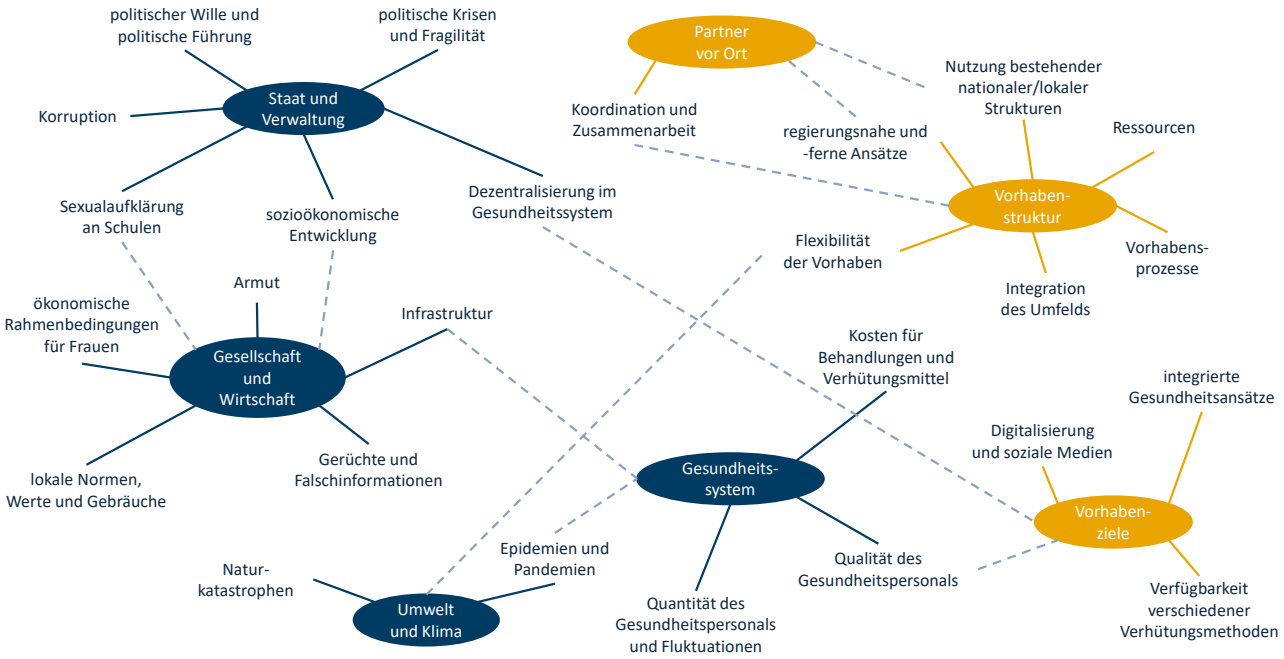
Methoden: Evaluierungssynthese und Fallstudien.

Die Wirksamkeit von Vorhaben wird von Faktoren auf Ebene des Länderkontextes und auf Ebene der Vorhaben beeinflusst:

- Die Effektivität von Vorhaben ist abhängig von der sozioökonomischen Entwicklung und politischen Fragilität eines Partnerlandes. Allerdings erweisen sich Sensibilisierungsmaßnahmen und eine Stärkung der Lieferketten auch unabhängig vom Länderkontext als effektiv.
- Auf Ebene nationaler und lokaler Rahmenbedingungen beeinflussen vor allem staatliche und gesellschaftliche Strukturen den Zugang der Bevölkerung zu SRGR und ihre diesbezügliche Nachfrage. Um Veränderungen zu bewirken, bedarf es eines politischen und gesamtgesellschaftlichen Willens. Gleichzeitig können Missstände im Gesundheitssystem oder Umwelteinflüsse die Zielerreichung von SRGR-Vorhaben behindern.
- Auf Ebene der Vorhaben bestehen vor allem Chancen, die Struktur und Zielsetzung an den Bedarfen der Länder auszurichten. Die Zusammenarbeit mit Entwicklungspartnern sowie mit lokalen Strukturen kann die Effektivität von SRGR-Vorhaben positiv beeinflussen.

Einflussfaktoren für das Erreichen direkter Ziele können zwei Ebenen zugeordnet werden: nationalen und lokalen Rahmenbedingungen und Faktoren auf Ebene von Vorhaben. Faktoren auf Ebene der nationalen und lokalen Rahmenbedingungen beeinflussen die gesellschaftliche Struktur und das Leben von Rechteinhabenden. Sie liegen außerhalb des Einflusses der EZ, können aber über deren Vorhaben angegangen werden. Bei den Einflussfaktoren auf Ebene der Vorhaben handelt es sich um strukturelle Ansätze und Ziele der deutschen EZ, die sich im Laufe der Umsetzung als förderlich oder hinderlich erweisen (siehe Abbildung 14).

Abbildung 14 Förderliche und hinderliche Einflussfaktoren für das Erreichen direkter Ziele



Quelle: DEval, eigene Darstellung auf Basis von Ergebnissen der Evaluierungssynthese und der Fallstudienländer. Einflussfaktoren zu nationalen und lokalen Rahmenbedingungen sind in Blau und Einflussfaktoren auf Vorhabenebene in Gelb abgebildet. Die durchgezogenen Linien deuten auf einen direkten Bezug der Einflussfaktoren zum Themengebiet hin, während die gestrichelten Linien auf einen indirekten Zusammenhang mit weiteren Themengebieten verweisen.

Einflussfaktoren zu nationalen und lokalen Rahmenbedingungen

Der Länderkontext[85] beeinflusst die Wirksamkeit der unterschiedlichen Ansätze meist deutlich. Laut der Auswertung der Projektevaluierungen sind SRGR-Vorhaben in Ländern mit höherem *Human Development Index* (HDI) effektiver als in Ländern mit niedrigerem HDI. Vor allem Vorhaben, die unter anderem auf Kapazitätsaufbau sowie auf Lieferketten- und Infrastrukturstärkung setzen, werden in Ländern mit höherem HDI durchschnittlich besser bewertet als in anderen Ländern. Dagegen variiert die Effektivität bei Vorhaben, die unter anderem auf Sensibilisierungsmaßnahmen ausgerichtet sind, in unterschiedlichen Kontexten weniger deutlich (siehe Online-Anhang).[86] Zudem wirkt eine geringere Fragilität in den Partnerländern positiv auf die Effektivität der verschiedenen Ansätze.

Diese Einflussfaktoren werden durch die Fallstudienergebnisse bestätigt. So wurden auf Basis der Interviews folgende Faktoren identifiziert, die den Erfolg von Vorhaben beeinflussen:

- **Der Staat und die Verwaltung als Partner für Veränderungen**: In den Fallstudien wird der Staat als zentraler Faktor für die Zielerreichung genannt. Vor allem die Bereitschaft von staatlichen Partnern auf nationaler und lokaler Ebene, eine Führungsrolle in der Umsetzung von SRGR einzunehmen, wird in Interviews als bedeutender

85 Der Länderkontext wird im Hinblick auf den Human Development Index (HDI) eines Landes und dessen Fragilität definiert. Der HDI umfasst die Lebenserwartung, die Alphabetisierungs- beziehungsweise Bildungsrate sowie das Bruttonationaleinkommen pro Kopf. Die Skala reicht dabei von 0 (geringer HDI) bis 1 (sehr hoher HDI). Der Schwellenwert für die Evaluierung wurde auf 0,50 gesetzt, da nur wenige Partnerländer eine mittlere bis sehr hohe menschliche Entwicklung haben. Die Fragilität eines Landes wurde für die Evaluierungssynthese über den *Fragile States Index* bewertet. Der Index umfasst Indikatoren, die soziale Kohäsion sowie wirtschaftliche, politische und soziale Fragilität abdecken. Er reicht von 0 (niedrige Fragilität) bis 120 (hohe Fragilität) und wurde für die Analyse der Evaluierungssynthese dichotomisiert. Der Schwellenwert wurde entsprechend dem Median bei 82,3 gesetzt.

86 Der Mittelwertunterschied für Infrastrukturmaßnahmen liegt bei 0,62, für Kapazitätsaufbau bei 0,37, für Stärkung der Lieferketten bei 0,37 und für Sensibilisierungsmaßnahmen bei 0,19. Es wurden hier nur jene Ansätze aufgenommen, bei denen die Zahl der Vorhaben für Gruppenvergleiche groß genug war.

Einflussfaktor dargestellt (fünf Fallstudienländer). So wird beispielsweise die nationale Gesetzgebung als wichtige förderliche Rahmenbedingung genannt (drei Fallstudienländer). Umgekehrt wirkt sich die fehlende Bereitschaft staatlicher Akteure negativ auf die Effektivität von SRGR-Vorhaben aus. Beispielsweise zeigten sich in den Interviews Einschränkungen bei der Sexualaufklärung in Schulen als erschwerende Rahmenbedingung für den Erfolg von SRGR-Vorhaben, etwa wenn Sexualaufklärung nicht verpflichtend in den Schulen unterrichtet wird oder gewisse Themen nicht angesprochen werden, weil das Schulpersonal nicht ausreichend dafür qualifiziert ist (ein Fallstudienland). Als weitere hinderliche Einflussfaktoren wurden politische Korruption sowie politische Krisen und Fragilität angegeben (vier Fallstudienländer). In einem Land wurde die Dezentralisierung der staatlichen Administration als förderlicher Faktor genannt. Demnach ermöglicht es eine dezentrale Struktur beispielsweise den Gesundheitseinrichtungen, ihr Personal selbst auszuwählen und einzustellen.

- **Die Gesellschaft und Wirtschaft als Basis für Nachfrage nach Dienstleistungen und Produkten der SRGR**: In allen sechs Fallstudienländern wurden lokale Normen, Werte und Gebräuche als größte Herausforderung für die Zielerreichung und Effektivität der Vorhaben genannt. Darunter fallen auch sehr religiöse Ansichten (vier Fallstudienländer). Diese Faktoren beeinflussen unter anderem, welche Gruppen Zugang zu SRGR-Leistungen haben oder welche Aktivitäten im Rahmen von Vorhaben umgesetzt werden können. Eine wichtige Rolle spielen hierbei auch soziale Medien, über die Gerüchte und Falschinformationen verbreitet werden können (zwei Fallstudienländer);[87] laut den interviewten Personen sind Einstellungen zu SRGR häufig durch falsche Informationen geprägt (zwei Fallstudienländer). Auch verbesserte ökonomische Rahmenbedingungen für Frauen werden als positiver Einflussfaktor genannt (ein Fallstudienland). Armut, insbesondere unter Frauen, wirkt sich hingegen negativ auf die Zielerreichung aus, da die betroffenen Frauen trotz Zugang zu SRGR-Leistungen weiterhin Diskriminierung erfahren. Sehr arme Bevölkerungsgruppen haben einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsleistungen oder werden nachrangig behandelt (drei Fallstudienländer). Darüber hinaus beziehen sich die interviewten Personen auf fehlende Transportinfrastruktur (wie Straßen oder Krankentransporte; fünf Fallstudienländer); diese hat zur Folge, dass die Kosten für Gesundheitsbesuche steigen und der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen besonders für sehr arme Bevölkerungsgruppen erschwert ist (vier Fallstudienländer).

- **Die Umwelt als Konkurrentin um Ressourcen**: Laut den interviewten Personen führen epidemische und pandemische Ausbrüche dazu, dass SRGR-Vorhaben teilweise eingestellt oder umgeplant werden müssen (ein Fallstudienland); die deutsche EZ zeigt in solchen Situationen eine hohe Flexibilität und passt ihre Vorhaben den veränderten Bedarfen an (drei Fallstudienländer).[88] Allerdings wird nicht erwähnt, ob aufgrund der Umverteilung von Mitteln andere Aktivitäten entfallen. Auch bei Naturkatastrophen passen sich die Vorhaben teilweise an (ein Fallstudienland). In zwei Fällen berichten die Interviewten, dass Naturkatastrophen die Wirksamkeit der Vorhaben beeinflussen. Längere Dürreperioden, extreme Regenfälle oder starke Hitze haben einen negativen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und führen zu einer Überlastung der Gesundheitseinrichtungen (ein Fallstudienland). Zudem nimmt die Armut zu, sodass auch armutsbedingte Herausforderungen im Bereich SRGR zunehmen (ein Fallstudienland). Beispielsweise wird in Interviews auf *transactional sexual relationships* verwiesen, etwa indem Mädchen und junge Frauen aufgrund prekärer Lebenssituationen sexuelle Dienstleistungen für Gegenleistungen anbieten (zwei Fallstudienländer).

- **Der Gesundheitssektor als Implementierungspartner**: Das Gesundheitssystem in den Fallstudienländern wird nicht nur als Adressat, sondern auch als Einflussfaktor für die Zielerreichung von SRGR-Vorhaben beschrieben. Demnach erschwert schlecht ausgebildetes Gesundheitspersonal die Verbesserung von SRGR (ein Fallstudienland). Auch diskriminierendes Verhalten

87 Dabei ist die Kommunikation über soziale Medien ein wichtiges förderliches Werkzeug für Vorhaben, um auch Personen erreichen zu können, die über andere Medien nicht oder nur eingeschränkt erreicht werden können (siehe hierzu die Einflussfaktoren auf Ebene der Vorhaben).

88 In den Interviews wird diese Flexibilität der Vorhaben von den interviewten Personen positiv bewertet. Allerdings geht damit das Risiko einher, dass personelle oder finanzielle Ressourcen innerhalb von Vorhaben umgewidmet werden und somit nicht mehr für das Erreichen der ursprünglichen Ziele zur Verfügung stehen.

durch Gesundheitspersonal, der sogenannte *provider bias,* verhindert die Nutzung von SRGR-Leistungen, insbesondere durch Jugendliche, aber auch durch andere marginalisierte Gruppen wie LSBTIQ+-Personen (vier Fallstudienländer). So wird beispielsweise berichtet, dass Jugendlichen oft mit Unverständnis begegnet wird, wenn sie sich über Kontrazeptiva informieren möchten (zwei Fallstudienländer). In diesen Interviews wird darauf hingewiesen, dass Gesundheitseinrichtungen nicht auf die spezifischen Bedarfe von bestimmten Gruppen wie Jugendlichen ausgerichtet sind. Diese fühlen sich beispielsweise nicht altersgerecht beraten oder befürchteten soziale Stigmatisierung, etwa wenn sie von Verwandten oder Nachbarn beim Besuch von Gesundheitseinrichtungen oder Beratungsstellen erkannt werden (drei Fallstudienländer). Darüber hinaus wird der Erfolg von Vorhaben auch durch fehlendes Gesundheitspersonal erschwert. So wird in Interviews darauf hingewiesen, dass schwierige Arbeitsbedingungen zu einer höheren Fluktuation bei gut ausgebildetem Gesundheitspersonal führen und dieses nach der Teilnahme an Bildungsmaßnahmen oft in Städte oder ins Ausland abwandert (vier Fallstudienländer).

Einflussfaktoren auf Ebene der Vorhaben

Darüber hinaus lassen sich Einflussfaktoren auf Ebene der Vorhaben identifizieren:

- **Ausrichtung an bestehenden Strukturen und verfügbaren Ressourcen**: Nicht nur äußere Umstände, sondern auch die vorhabenspezifischen Strukturen wirken auf die Effektivität von SRGR-Vorhaben. So berichten interviewte Personen von fehlenden personellen und finanziellen Ressourcen, um Vorhaben entsprechend ihren geplanten Zielen umsetzen zu können (zwei Fallstudienländer). Zugang zu ausreichenden finanziellen Ressourcen wird dementsprechend als positiver Faktor genannt. Zusätzlich senken lange und aufwendige Prozesse die Effektivität von Vorhaben, weil sie viele Personalressourcen benötigen und Vorhaben regelmäßig unterbrochen werden müssen (ein Fallstudienland). In Interviews wird zudem darauf hingewiesen, dass regierungsferne Ansätze, die etwa in fragilen Kontexten eingesetzt werden, Veränderungen auf politischer Ebene erschweren können, da der entwicklungspolitische Dialog mit der Regierung des Partnerlandes möglicherweise entfällt (ein Fallstudienland). Während die Zusammenarbeit mit staatlichen Strukturen als wichtig für die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Vorhaben beschrieben wird, verweisen Interviewteilnehmende auch auf die Bedeutung der Zusammenarbeit mit lokalen Strukturen. So sei es wichtig, Vorhaben in bereits existierende gesellschaftliche Strukturen und Strukturen der lokalen Verwaltung zu integrieren. Dazu gehöre auch die Einbindung von *Community Health Workers* (zwei Fallstudienländer), was zudem förderlich für die Nachhaltigkeit der EZ-Vorhaben sein könne (siehe auch Kapitel 4.6).

- **Verfolgen zielgruppenspezifischer Vorhabenziele**: Die Fallstudienergebnisse zeigen, dass integrierte Ansätze einen positiven Einfluss auf die Wirksamkeit von SRGR-Vorhaben haben können. Beispielsweise wird in einigen Fallstudienländern die Kombination von Impfkampagnen mit Informationskampagnen zur Verhütung und die Kombination von Gesundheitsleistungen mit SRGR-spezifischer Beratung für Jugendliche hervorgehoben (vier Fallstudienländer). Dadurch ist es möglich geworden, Personengruppen zu erreichen, die andernfalls möglicherweise nicht an SRGR-Kampagnen teilgenommen hätten. Die Nutzung verschiedener Medien schafft ebenfalls einen niedrigschwelligen Ansatz, mit dem diverse Personengruppen erreicht werden können. In Interviews wird beispielsweise auf die Bedeutung der Digitalisierung und des steigenden Zugangs zu sozialen Medien hingewiesen, wodurch mehr junge Menschen über EZ-Vorhaben mit Informationen zu SRGR erreicht werden (zwei Fallstudienländer). Gleichzeitig ist hier jedoch Sensibilisierung vonnöten, um zwischen Gerüchten oder Falschinformationen einerseits und wertvollen Erfahrungen und Informationen andererseits unterscheiden zu können. Über verschiedene Kanäle wird beispielsweise Wissen zu Gesundheitsrisiken bei der Nutzung verschiedener Kontrazeptiva vermittelt. In den Interviews wird jedoch berichtet, dass eine entsprechende mangelnde zielgruppensensible Auswahl an Kontrazeptiva die Wirksamkeit von Vorhaben einschränken kann (zwei Fallstudienländer). Dieser Einflussfaktor gewinnt

angesichts der oben genannten Falschinformationen zusätzlich an Bedeutung: Viele der in den Interviews thematisierten Falschinformationen beziehen sich auf Auswirkungen von Kontrazeptiva (zwei Fallstudienländer), insbesondere – aber nicht ausschließlich – auf Langzeitkontrazeptiva (zwei Fallstudienländer).

- **Übergreifende Zusammenarbeit mit Partnern vor Ort:** Sowohl eine gemeinsame Absprache als auch die Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern vor Ort wird in den Fallstudien als positiver Faktor für die Zielerreichung dargestellt. Beispiele hierfür sind Kooperationen mit nationalen Regierungen (beispielsweise Gesundheitsministerien), multilateralen und nationalen Organisationen, Kommunen und einzelnen Personen. Laut den interviewten Personen hat diese Zusammenarbeit die Umsetzung von Vorhaben vereinfacht (zwei Fallstudienländer).

4.4 Übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit

Ergebnisübersicht und Bewertung

Evaluierungsfrage: Inwieweit tragen Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR zur Stärkung von Rechteinhabenden und strukturell benachteiligten Gruppen im Hinblick auf ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte bei? (EF 4.1)

Methoden: Evaluierungssynthese, Fallstudien und Sekundärdatenanalyse.[89]

Bilaterale Vorhaben der deutschen EZ werden als größtenteils wirksam bewertet (BK 1):

- SRGR-Vorhaben erhalten in Projektevaluierungen im Durchschnitt eine Note von 2,5. Die Mehrheit der Vorhaben (49 Prozent) wird mit der Note 3 bewertet (Indikator 1.1; größtenteils erfüllt).

Die Stärkung der Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen in Bezug auf SRGR wird größtenteils erreicht (BK 2):

- SRGR-Vorhaben tragen größtenteils dazu bei, dass sich Mädchen und Frauen gestärkt fühlen, selbstbestimmte Entscheidungen über ihren Körper, ihre Sexualität und ihre Reproduktion zu treffen (Indikator 2.1; größtenteils erfüllt).
- Nur sehr wenige Vorhaben verfolgen das Ziel, GBV und schädliche Praktiken zu verringern. Die Bewertungsgrundlage ist zu gering, um den Beitrag der deutschen EZ zu bewerten (Indikator 2.2; keine Bewertung).
- Die deutsche EZ leistet einen Beitrag zur Verbesserung der Gleichstellung der Geschlechter. Allerdings sind die Erfolge stark kontextabhängig und tragen nur teilweise zu Verhaltensänderungen bei (Indikator 2.3; teilweise erfüllt).

Die Stärkung des Rechts auf SRG wird größtenteils erreicht (BK 3):

- Die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit hat in den Partnerländern in den letzten zehn Jahren abgenommen, wobei sich starke Unterschiede je nach Land und Jahr zeigen. SRGR-Vorhaben leisten dazu einen Beitrag (Indikator 3.1; größtenteils erfüllt).
- Unbeabsichtigte und frühe Schwangerschaften unter Mädchen und jungen Frauen stellen in den Partnerländern der deutschen EZ eine Herausforderung dar. SRGR-Vorhaben tragen teilweise dazu bei, dass diese zurückgehen (Indikator 3.2; teilweise erfüllt).

89 Die Bewertung von Indikatoren und Bewertungskriterien erfolgt auf Basis beider Methoden entsprechend der in Anhang 8.1 dargestellten Skala. Grundlage für die Bewertung von Indikatoren bilden die Ergebnisse der Evaluierungssynthese, da diese für alle SRGR-Vorhaben, die im Untersuchungszeitraum durchgeführt wurden, repräsentativ sind. Die Bewertung auf Basis der Evaluierungssynthese wird anschließend mit der Bewertung auf Basis der Fallstudienergebnisse trianguliert. Dazu wird die Bewertung im Falle starker Abweichungen (mehr als eine Kategorie Unterschied zwischen Evaluierungssynthese und Fallstudien) entsprechend der Fallstudienergebnisse korrigiert. So kann gewährleistet werden, dass die Bewertungen auch aktuellen Vorhaben entsprechen. Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse werden bei der Bewertung nicht berücksichtigt, da hierbei keine kausale Zuordnung von Veränderungen zu EZ-Beiträgen möglich ist. Bewertungskriterien beziehungsweise Evaluierungsfragen werden auf Basis der durchschnittlichen Bewertung aller Indikatoren beziehungsweise Bewertungskriterien beantwortet.

Wirksamkeit von Vorhaben

SRGR-Vorhaben leisten größtenteils einen Beitrag zur Stärkung von Rechteinhabenden und strukturell benachteiligten Gruppen. Basierend auf Ergebnissen der Evaluierungssynthese erhält fast die Hälfte aller SRGR-Vorhaben in der *Impact*-Bewertung die Note 3 (34 von 69 Berichten). Weitere 39 Prozent aller Vorhaben (27 Berichte) werden mit der Note 2 bewertet. Nur fünf Berichte vergeben die Note 1, zwei Berichte die Note 4 und ein Bericht die Note 5. Damit erhalten SRGR-Vorhaben im Hinblick auf ihre übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit durchschnittlich eine Note von 2,5 (Indikator 1.1).

Die Faktoren mit Einfluss auf die übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit von Vorhaben decken sich laut den Interviews mit den Faktoren, die einen Einfluss auf deren Effektivität haben (siehe Kapitel 4.3.2). Sie können in Einflussfaktoren zu nationalen und lokalen Rahmenbedingungen (Staat und Verwaltung, Gesellschaft und Wirtschaft, Umwelt, Gesundheitssystem) und zu solchen auf Ebene der Vorhaben (Vorhabenstruktur, Vorhabenziele, Partner vor Ort) unterschieden werden.

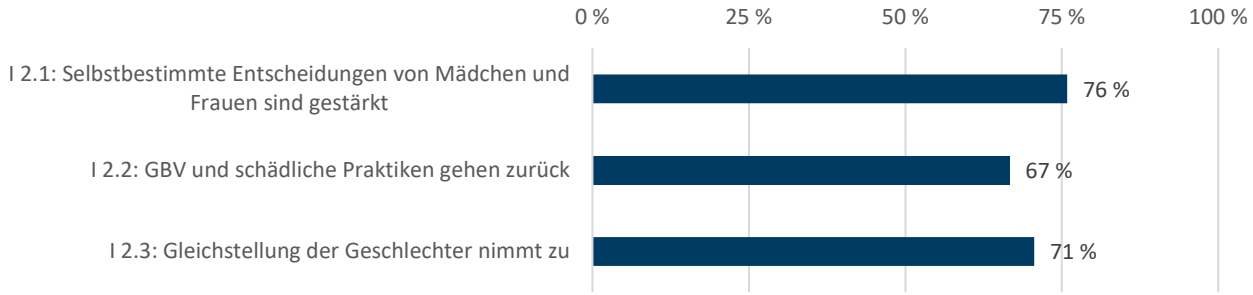
Laut den Projektevaluierungen werden Wirkungen am häufigsten in SRGR-Vorhaben erreicht, die kombinierte Ansätze verfolgen. Am besten werden jene Vorhaben bewertet, die Aktivitäten zum Zugang zu SRGR-Leistungen, zum Aufbau von Kapazitäten des Gesundheitspersonals und zur Verbesserung der Rechtslage im Partnerland kombinieren. Auch Vorhaben, die Maßnahmen zur Infrastruktur mit Maßnahmen zum Kapazitätsaufbau von Institutionen, Personen und Organisationen kombinieren, werden als wirksamer bewertet als Vorhaben, die andere Kombinationen nutzen.

Stärkung der Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen

SRGR-Vorhaben tragen größtenteils dazu bei, dass sich Mädchen und Frauen gestärkt fühlen, selbstbestimmte Entscheidungen über ihren Körper, ihre Sexualität und ihre Reproduktion zu treffen. Dies gilt für 76 Prozent der Vorhaben in den Projektevaluierungen (Indikator 2.1; siehe Abbildung 15). Deutlich wird dies dadurch, dass sich Mädchen und Frauen vor allem bewusster für die Nutzung von Kontrazeptiva entscheiden (14 Berichte). Andere übergeordnete Wirkungen werden weniger häufig erreicht. Dazu zählen unter anderem der Rückgang von hohen Fertilitätsraten – über fünf Kinder pro Frau[90] – (vier Berichte), die Stärkung von selbstbestimmter Familienplanung (drei Berichte) oder die Verringerung der Schwangerschaften von Jugendlichen (drei Berichte). Der positive Beitrag der deutschen EZ kann über die Interviews in den Fallstudienländern nicht bestätigt werden. So legen Interviews in zwei der sechs Länder zwar nahe, dass mehr Mädchen und Frauen selbstbestimmte Entscheidungen treffen als vor fünf bis zehn Jahren. Diese sind jedoch immer noch eingeschränkt, wenn es um den eigenen Körper geht (siehe Kasten 8). Zum Beispiel erwähnen interviewte Personen, dass Kontrazeptiva vermehrt angeboten werden (ein Fallstudienland), diese jedoch nicht von allen Rechteinhabenden gleichermaßen angefragt und genutzt werden können (zwei Fallstudienländer; siehe dazu auch die Abschnitte zu marginalisierten Gruppen in Kapitel 4.1 und Kapitel 4.3.1). Auch laut der DHS-Daten hat die Nutzung moderner Kontrazeptiva in den Partnerländern der deutschen EZ zwischen 2011 und 2022 zwar insgesamt zugenommen, allerdings nur langsam (und in einigen Ländern gar nicht). Auch variiert sie von Partnerland zu Partnerland. So nutzen 9 Prozent der Frauen im reproduktiven Alter (15 bis 49 Jahre) in der Demokratischen Republik Kongo mindestens ein modernes Verhütungsmittel (DHS-Daten von 2013), während es 64 Prozent in Kolumbien sind (DHS-Daten von 2015; siehe Online-Anhang). Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse zeigen, dass kein statistischer Zusammenhang zwischen der Nutzung moderner Verhütungsmittel und deutschen ODA-Auszahlungen für SRGR besteht (siehe Abbildung 16). Dies gilt sowohl für die logarithmierten Werte der ODA-Auszahlungen als auch für die ODA-Auszahlungen relativ zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) des Partnerlandes.

90 Die Fertilitätsrate pro Frau wird ab fünf Kindern als hoch eingestuft. Eine hohe Fertilität geht mit einem erhöhten Müttersterblichkeitsrisiko, einer hohen Anzahl unbeabsichtigter und früher Schwangerschaften, Kinderehen und einem schnellen Bevölkerungswachstum einher (siehe *https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2021_wpp-fertility_policies.pdf*, abgerufen am 27.01.2025).

Abbildung 15 Erreichen übergeordneter Ziele mit Blick auf die Stärkung der Selbstbestimmung (BK 1)



Quelle: DEval, eigene Darstellung auf Basis von Ergebnissen der Evaluierungssynthese (n_{I1} = 29, n_{I2} = 6, n_{I3} = 17). Ausgefüllte Balken fließen in die Bewertung ein; Balken mit nur einer blauen Umrandung fließen nicht in die Bewertung ein, da ihre Fallzahl unter 20 Prozent aller ausgewerteten Projektevaluierungen liegt.

Kasten 8 Stimmen der Rechteinhabenden: Stärkung der Selbstbestimmung von Mädchen

In Malawi und Togo schränken Armut, patriarchale Normen und schädliche Praktiken das Selbstbestimmungsrecht und den Handlungsspielraum von Mädchen und Frauen ein. Mädchen und junge Frauen sind aufgrund ihres Geschlechts und ihres Alters besonders und teilweise auch mehrfach benachteiligt, etwa durch Schwangerschaft und damit einhergehende Zwangsehe:

- *„Wenn ein Mädchen schwanger wird, arrangieren die Eltern die Ehe, um in der Gemeinschaft Schande über die Familie zu vermeiden. Die Mädchen, die ihre Ausbildung oder ihr Studium fortsetzen wollen, versuchen mit traditionellen Methoden, heimlich abzutreiben."* (ID 108)

Ebenso berichten Rechteinhabende, dass Eltern ihrer Fürsorgepflicht nicht nachkommen und sich Mädchen ab einem bestimmten Alter selbst versorgen müssen. Dies drängt sie in Risikobeziehungen:

- *„Im Alter von zwölf sagen dir deine Eltern, dass du alt genug bist, um dich selbst zu versorgen. Wenn du kein Geld hast, gibst du dich einem Mann hin, damit er dir Geld gibt."* (ID 104)
- *„Unsere Eltern sagen uns, wir seien erwachsen und wir sollten anfangen, uns um uns selbst zu kümmern, also sind wir gezwungen, alte Männer zu finden, die uns finanziell helfen. Im Gegenzug bieten wir ihnen Sex an."* (ID 43)
- *„Du wirst auch gezwungen zu heiraten, damit die Eltern den Brautpreis bekommen."* (ID 43)

Allerdings kennen Mädchen und Frauen auch mehr und mehr ihre Rechte:

- *„Wenn jetzt ein Mädchen ein Kind zur Welt bringt, kämpft sie darum, vom Mann nicht abhängig zu werden."* (ID 103)
- *„Früher schämten sich Mädchen, schwanger in die Schule zu kommen, aber dank der Sensibilisierung gehen schwangere Mädchen weiterhin zur Schule."* (ID 103)
- *„Ich habe ein Recht auf meinen Körper, niemand hat ein Mitspracherecht."* (ID 51)

Nur sehr wenige SRGR-Vorhaben leisten auf übergeordneter entwicklungspolitischer Ebene einen Beitrag zum Rückgang von GBV und schädlichen Praktiken in den Partnerländern. In der Evaluierungssynthese wurden nur sechs von 70 Vorhaben identifiziert, deren Ziel es ist, einen entsprechenden Beitrag zu leisten. Die Bewertungsgrundlage ist folglich zu gering, um der deutschen EZ einen Beitrag zu diesem Ziel zuzusprechen (Indikator 2.2; siehe Abbildung 15). Allerdings beinhalten Interviews in drei von sechs Fallstudienländern Aussagen mit Blick auf einen aktiven Beitrag der deutschen EZ zur Bekämpfung von GBV und schädlichen Praktiken (siehe zur Illustration Kasten 9). Laut diesen trägt die deutsche EZ dazu bei, dass die Bevölkerung über öffentliche Kampagnen und die Hilfe von *Community Health Workers* oder *Peers* zu diesem Thema wirksam sensibilisiert wird (drei Fallstudienländer) und Frauen psychosoziale Unterstützung erhalten,

wenn sie Opfer von Gewalt werden (drei Fallstudienländer). Über Sensibilisierungsmaßnahmen können laut interviewten Personen das Bewusstsein für GBV und die Offenheit, darüber zu sprechen, erhöht werden. Ebenso wird berichtet, dass sich betroffene Personen gestärkt fühlen, GBV zu melden, da die Verantwortlichen vermehrt verurteilt werden (ein Fallstudienland). Auf nationaler Ebene spiegeln sich diese vereinzelten Beispiele deutscher übergeordneter Wirkungen jedoch nicht wider. Die DHS-Daten zeigen zwar, dass der Anteil der Frauen in den untersuchten Partnerländern, die Gewalt als tolerierbare Reaktion auf ihre Ablehnung ungewollter sexueller Handlungen betrachten, zwischen 2011 und 2022 abnahm; allerdings variieren die Zahlen stark zwischen den Ländern: Zwischen 1 Prozent aller Frauen im reproduktiven Alter (15 bis 49 Jahre) in Kolumbien (DHS-Daten von 2015) und 52 Prozent all dieser Frauen im Niger (DHS-Daten von 2012) tolerieren Gewalt als Reaktion auf ihre Ablehnung ungewollter sexueller Handlungen (siehe Online-Anhang). Für minderjährige Befragte (unter 18 Jahren) zeigt sich ein statistisch signifikanter, positiver Zusammenhang zwischen dem Indikator zur Ablehnung von Gewalt bei ungewollten sexuellen Handlungen und deutschen ODA-Auszahlungen für SRGR (siehe Online-Anhang). Dies gilt sowohl für die logarithmierten ODA-Auszahlungen als auch für ODA-Auszahlungen relativ zum BIP des Partnerlandes. Für die Gesamtheit der Befragten besteht ein solcher Zusammenhang nicht (siehe Abbildung 16).

Kasten 9 Stimmen der Rechteinhabenden: geschlechtsspezifische Gewalt

Mehr Mädchen und Frauen kennen ihre Rechte als vor fünf bis zehn Jahren; allerdings erschweren es ihnen soziale Normen und Werte, diese Rechte auch umzusetzen. Laut den interviewten Personen in Malawi und Togo ist geschlechtsspezifische Gewalt in beiden Ländern weit verbreitet. Physische und psychische Gewalt gegen Mädchen und Frauen, sexuelle Belästigung, und Vergewaltigungen finden meist im familiären und nachbarschaftlichen Umfeld, in der Schule oder in Ausbildungsinstitutionen statt. Die tieferliegenden strukturellen Ursachen sind soziale Normen, traditionelle Rollenbilder und Machtstrukturen oder ein erhöhter Alkoholkonsum. Diese führen dazu, dass häufig Gewalt gegen Kinder und Frauen ausgeübt wird:

- „*Wenn Frauen zu einer Beerdigung gehen, kommen sie spät nach Hause. Ihre Ehem*änner sind *zu Hause und warten auf sie. Wenn die Frauen noch nichts zu essen vorbereitet haben, beginnen die Streitigkeiten.*“ (ID 92)
- „*Manchmal denken Männer, dass Frauen ihr Eigentum sind, also machen sie mit ihnen, was sie wollen. Wenn die Frau reden will, sagt der Mann, dass er der Herr des Hauses ist, deshalb gibt es Gewalt.*“ (ID 91)
- „*Manchmal werden wir als Frauen in unseren Ehen sexuell belästigt, sodass wir nicht sagen können, dass wir zu 100 Prozent ein Mitspracherecht haben, wenn es um unseren Körper geht.*“ (ID 51)

In Togo hat das Gesundheitsprogramm geschlechtsspezifische Gewalt in seine Aufklärungs- und Fortbildungsaktivitäten integriert. Die Rechteinhabenden berichten, dass seitdem mehr Fälle von sexueller Gewalt zur Anzeige gebracht werden. Jedoch verhindern innerfamiliäre Machtstrukturen häufig eine psychosoziale Versorgung und Unterstützung der Opfer:

- „*Manchmal zögert das Opfer selbst den Vergewaltiger anzuzeigen. Das Mädchen wird von den Eltern stigmatisiert, wenn es ein Familienmitglied ist, welches sie vergewaltigt hat. Das ist es, was sie entmutigt.*“ (ID 91)
- „*Wenn Kinder vergewaltigt werden, verheimlichen es manche Mütter, andere wollen es nicht erzählen, manche gehen doch zur Polizei.*“ (ID 102)

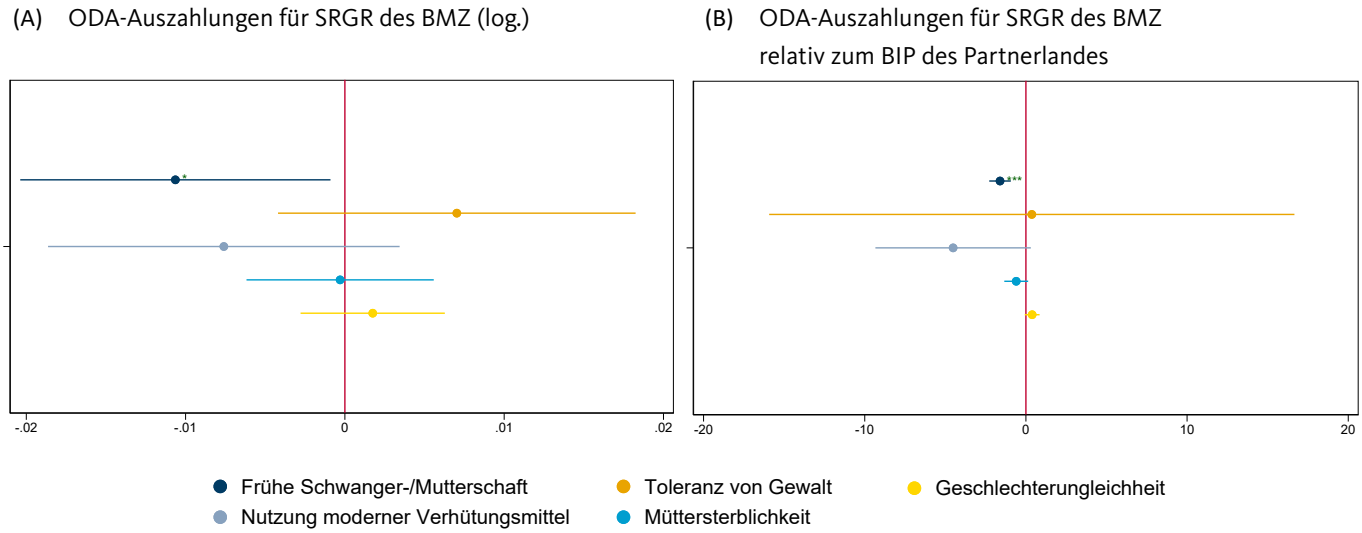
Die deutsche EZ setzt sich in Partnerländern dafür ein, Mädchen und Frauen und auch Personen in ihrem Umfeld hinsichtlich schädlicher Praktiken zu sensibilisieren, etwa indem in den lokalen Gemeinschaften das Bewusstsein dafür wächst, dass physische und sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen eine Verletzung ihrer Rechte ist. Dazu zählt auch die Unterbindung von menschenrechtsverletzenden Normen und traditionellen Riten, wenn Mädchen und Jungen in die Pubertät kommen. Solche Praktiken werden mehr und mehr unterbunden, wie die interviewten Rechteinhabenden mitteilen:

- *„Wenn du in der Ehe geschlagen wirst und dich bei der Polizei meldest, bekommst du jetzt Unterstützung, während sie dir in der Vergangenheit einfach sagen konnten, geh und kläre das allein, das sind Familienangelegenheiten, es geht uns nichts an.“* (ID 51)
- *„Wenn bei einem Mädchen die Menstruation einsetzte, kamen traditionell viele Dorfbewohner, um dieses Kind zu beraten. Heutzutage wird ein Mädchen, wenn die Menstruation beginnt, von der Tante beraten, die ihr hilft, damit umzugehen.“* (ID 45)

Laut Projektevaluierungen konnten SRGR-Vorhaben in den Partnerländern größtenteils zur Gleichstellung der Geschlechter beitragen. Dies wird 71 Prozent der Vorhaben bescheinigt (zwölf von 17 Berichten; Indikator 2.3; siehe Abbildung 15). Positive Veränderungen werden vor allem durch den verbesserten Zugang zu Bildung und Informationen (fünf Berichte) und die gestiegene Anerkennung der Gleichstellung durch Männer (fünf Berichte) erreicht. Letzteres bestätigen auch die Interviews aus vier Fallstudienländern. Laut diesen haben Sensibilisierungsmaßnahmen der deutschen EZ unter anderem dazu beigetragen, dass Frauen über mehr Entscheidungsrechte zu SRGR verfügen und dass Männer stärker über ihre eigene Rolle und ihr eigenes Verhalten reflektieren und sich verstärkt bei SRGR-spezifischen Themen einbringen (zwei Fallstudienländer). Allerdings sind solche Beiträge stark kontextabhängig. So berichten interviewte Personen in zwei anderen Fallstudienländern von Rückschritten bei der Gleichstellung der Geschlechter und in drei Länder von fortbestehenden Einschränkungen bei der Gleichberechtigung. Die Ergebnisse aus der Evaluierungssynthese und den Fallstudien verdeutlichen, dass weiterhin Bedarf an Aktivitäten in diesem Bereich besteht. Dies bestätigt auch die Sekundärdatenanalyse. Die Auswertung des *Gender Inequality Index* (GII)[91] zeigt, dass es in den untersuchten Partnerländern der deutschen EZ zwischen 2011 und 2022 kaum Veränderungen in der Geschlechtergleichstellung gab (siehe Online-Anhang). Es bestehen jedoch auch hier starke Unterschiede. So zeigt sich bei den UNDP-Daten von 2021 eine Spannweite des GII von 0,285 für Tadschikistan (entspricht einer geringen Geschlechterungleichheit) bis 0,820 für Jemen (entspricht einer hohen Geschlechterungleichheit). Die Auswertung der Sekundärdaten für den GII deutet auf keinen statistischen Zusammenhang mit der Höhe deutscher ODA-Auszahlungen für SRGR hin (siehe Abbildung 16).

91 Der GII fasst Informationen aus den Bereichen Gesundheit (Müttersterblichkeit sowie frühe Schwangerschaften), Empowerment (Bevölkerungsanteil der Frauen/Männer mit Sekundärbildung oder höher, Anteil der Frauen/Männer im Parlament) und Arbeitsmarkt (Erwerbsbeteiligung von Frauen/Männern) in einem Index zusammen. Der Index reicht von 0 (niedrige Geschlechterungleichheit) bis 1 (hohe Geschlechterungleichheit) und wird pro Land berechnet. Mehr Informationen zum GII und den anderen SRGR-Indikatoren befinden sich im Online-Anhang.

Abbildung 16 Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalyse zum Zusammenhang von ODA-Auszahlungen des BMZ für SRGR und SRGR-Zielindikatoren für Daten von 2011 bis 2022[92]



Quelle: DEval, eigene Darstellung basierend auf DHS-, Weltbank und UNDP-Daten. Zur einheitlichen Darstellung und besseren Lesbarkeit wurden die Zielindikatoren standardisiert. Die standardisierten Werte finden sich auf der y-Achse. Eine Abweichung vom Null-Wert der standardisierten Werte deutet auf einen statistisch signifikanten Zusammenhang hin, wenn die Konfidenzintervalle den Null-Wert nicht kreuzen. Eine negative Abweichung deutet auf eine Reduktion, eine positive Abweichung auf einen Anstieg in Bezug zum ausgewählten SRGR-Indikator hin. Der Zusammenhang sowohl der ODA-Auszahlungen als auch der Kontrollvariablen mit den SRGR-Zielindikatoren wird um ein Jahr verzögert dargestellt. Die Ergebnisse berücksichtigen alle Kontrollvariablen und je nach Datensatz Land- und/oder Jahr-Fixed-Effects. Sterne zeigen das Signifikanzniveau der Schätzung (= 10 Prozent, ** = 5 Prozent, *** = 1 Prozent), 90-Prozent-Konfidenzintervall.*

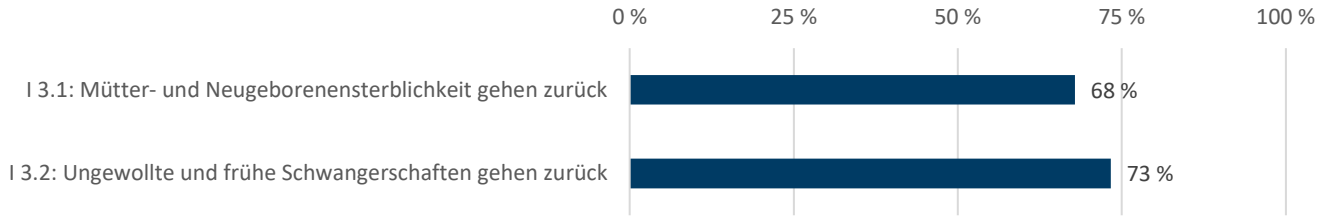
Stärkung des Rechts auf SRG

SRGR-Vorhaben leisten einen Beitrag dazu, dass die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit in den Partnerländern zurückgeht. Laut den Projektevaluierungen erreicht die deutschen EZ in 68 Prozent der Vorhaben (19 von 28 Berichte) das Ziel, die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit zu senken (Indikator 3.1; siehe Abbildung 17). Als ausschlaggebend für die Reduktion werden vor allem Maßnahmen genannt, die auf die Gesundheit von Müttern und eine pränatale Betreuung abzielen. Dazu gehören der Ausbau der Kompetenzen des Gesundheitspersonals (14 Berichte) und der Ausbau institutioneller Kapazitäten (zehn Berichte). Die Fallstudienländer bestätigen diese Ergebnisse. In drei der sechs Länder wird in Interviews ein Rückgang der Mütter- und Neugeborenensterblichkeit thematisiert. Auf übergeordneter Ebene streben die untersuchten Vorhaben an, Anreize für weniger Hausgeburten und mehr Geburten in den Gesundheitseinrichtungen mit ausgebildetem Personal zu schaffen (zwei Fallstudienländer). Ziel ist auch, die Abstände zwischen Geburten zu erhöhen und so den Müttern längere Erholungsphasen zu ermöglichen (zwei Fallstudienländer). Die Auswertung der Sekundärdaten aus den Jahren 2011 bis 2022 bestätigt, dass die Müttersterblichkeitsrate (*Maternal Mortality Ratio*, MMR, gemessen in der Zahl der Todesfälle pro 100.000 Geburten) in allen Partnerländern der deutschen EZ gesunken ist (siehe Online-Anhang). Allerdings variiert der Grad der Reduktion stark zwischen den Ländern

92 Ein statistischer Zusammenhang besteht, wenn zwei Variablen gemeinsam auftreten, das heißt, wenn in diesem Fall die ODA-Auszahlungen des BMZ in einem Land mit einer steigenden Nutzung moderner Verhütungsmittel einhergehen. Es besteht dabei aber nicht automatisch eine Kausalität zwischen diesen beiden Variablen. Ein kausaler Zusammenhang besteht nur, wenn beispielsweise die zeitliche Abfolge nachvollziehbar ist (der ODA-Beitrag wurde vor der erhöhten Nutzung geleistet) und wenn andere Faktoren, die die Ursache und Wirkung beeinflussen könnten, ausgeschlossen werden können (beispielsweise ODA-Auszahlungen anderer Geber oder sozioökonomische Entwicklungen). Im Fall der Sekundärdatenanalyse können beide Faktoren nicht ausgeschlossen werden, weshalb nicht von kausalen, sondern von statistischen Zusammenhängen gesprochen wird. Statistische Zusammenhänge gelten als signifikant, wenn die Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, dass sie zufällig entstanden sind. Dies wird über den p-Wert gemessen. Im Falle der Sekundärdatenanalyse besteht ein signifikanter statistischer Zusammenhang, wenn das Ergebnis zu maximal zehn Prozent zufällig ist ($p<0.10$). Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse bilden Werte von zwei Analysen ab: die logarithmierten Werte der ODA-Auszahlungen des BMZ für SRGR und die ODA-Auszahlungen des BMZ für SRGR relativ zum BIP des Partnerlandes. Die erste Analyse erlaubt es, die nicht-linearen Zusammenhänge zu prüfen, weshalb eine logarithmische Transformation der monetären Größen gewählt wurde. Die zweite Analyse berücksichtigt die starke Variation der ODA-Auszahlungen für SRGR gemessen am BIP des jeweiligen Empfängerlandes und zeigt somit, dass der Einfluss der ODA-Auszahlungen für SRGR je Partnerland unterschiedlich ist.

(von MMR = 50 in Tadschikistan bis MMR = 1.047 in Nigeria, Weltbank-Daten von 2020) und über die Jahre hinweg (siehe Online-Anhang). Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen ODA-Auszahlungen des BMZ für SRGR und der Reduktion der Müttersterblichkeit kann weder für die logarithmierten Auszahlungen noch für Auszahlungen relativ zum BIP des Partnerlandes nachgewiesen werden (siehe Abbildung 16).

Abbildung 17 Erreichen übergeordneter Ziele mit Blick auf die Stärkung des Rechts auf SRG (BK 3)

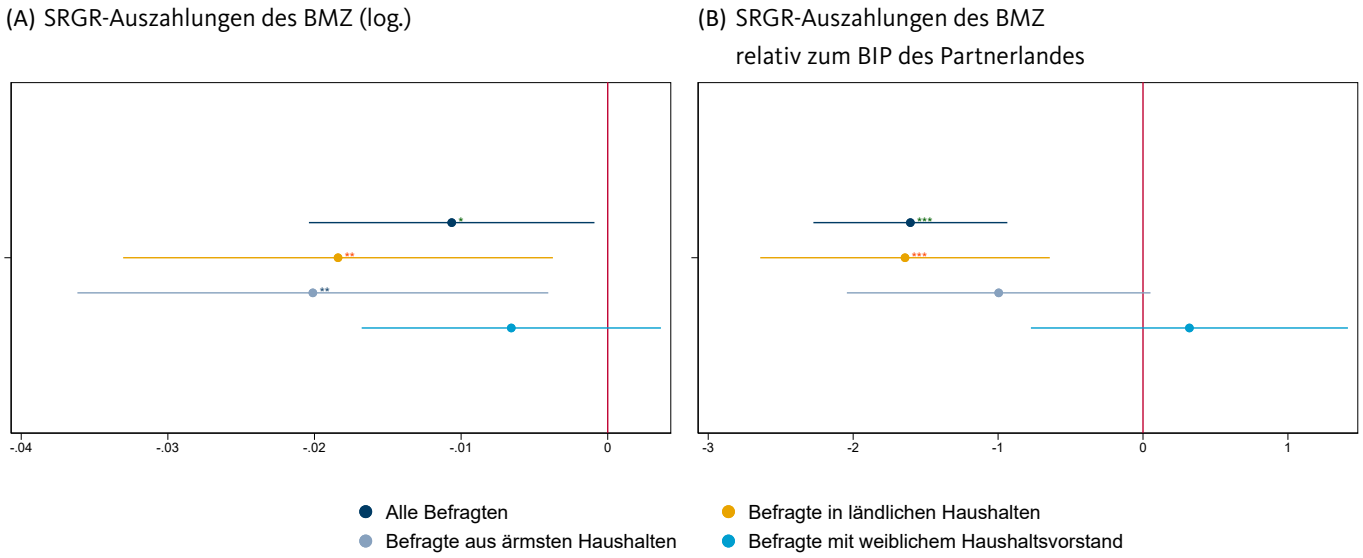


Quelle: DEval, eigene Darstellung auf Basis von Ergebnissen der Evaluierungssynthese (n_{I1} = 28, n_{I2} = 30)

SRGR-Vorhaben leisten einen Beitrag dazu, die Zahl unbeabsichtigter und früher Schwangerschaften von jungen Frauen zu senken. Laut der Projektevaluierungen tragen 73 Prozent der Vorhaben (22 von 30 Berichten) dazu bei, unbeabsichtigte und frühe Schwangerschaften von jungen Frauen zu vermeiden (Indikator 3.2; siehe Abbildung 17). Vorhaben erreichen diese Wirkung vor allem dadurch, dass sie ein größeres Angebot an Kontrazeptiva und einen besseren Zugang zu diesen ermöglichen (18 Berichte) oder die Akzeptanz und Nutzung von Verhütungsmitteln steigern (14 Berichte). Jedoch wird in den Projektevaluierungen auch erwähnt, dass der Bedarf hier immer noch nicht ausreichend gedeckt ist. Dies betrifft vor allem Jugendliche und unverheiratete Personen. Diese Einschränkung bestätigen auch die Interviews in drei Fallstudienländern. So hat der kontinuierliche Bedarf an Kontrazeptiva bei erschwertem Zugang für Jugendliche und Personen in abgelegenen ländlichen Regionen dazu geführt, dass vor allem unter Jugendlichen die Anzahl unbeabsichtigter Schwangerschaften stagniert oder in manchen Regionen sogar ansteigt (zwei Fallstudienländer). Und die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse zeigen, dass sich in sechs von 21 Partnerländern der deutschen EZ, für die mindestens zwei Datenerhebungen zwischen 2011 und 2022 zur Verfügung stehen, eine Zunahme früher Schwangerschaften konstatieren lässt. Dabei variiert die Zunahme stark – von 0,1 Prozent in Tadschikistan (DHS-Daten von 2017) bis 52 Prozent in Afghanistan (DHS-Daten von 2015). Allerdings ist durch die geringe Datenverfügbarkeit und Datenaktualität nur eine Einschätzung der Entwicklung möglich (siehe Online-Anhang).[93] Die Analyse der Sekundärdaten deutet zudem auf einen robusten und statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen den SRGR-Maßnahmen der deutschen EZ und einer Reduktion früher Schwangerschaften hin (siehe Abbildung 16). Zudem besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Beitrag der deutschen EZ und einem Rückgang an früher Schwanger-/Mutterschaft in ländlichen Haushalten der Partnerländer (siehe Abbildung 18). Dies trifft sowohl auf die logarithmierten ODA-Auszahlungen (A) als auch auf die ODA-Auszahlungen im Verhältnis zum BIP des Partnerlandes (B) zu.

93 Zwischen Kinderheirat und frühen und unbeabsichtigten Schwangerschaften sowie der Müttersterblichkeit bestehen enge Zusammenhänge (siehe Online-Anhang).

Abbildung 18 Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalyse zum Zusammenhang von SRGR-Auszahlungen des BMZ und dem SRGR-Zielindikator „frühe Schwanger-/Mutterschaft" für Daten von 2011 bis 2022[94]



Quelle: DEval, eigene Darstellung basierend auf DHS-, Weltbank und UNDP-Daten. Zur einheitlichen Darstellung und besseren Lesbarkeit wurden die Zielindikatoren standardisiert. Die standardisierten Werte finden sich auf der y-Achse. Eine Abweichung vom Null-Wert der standardisierten Werte deutet auf einen statistisch signifikanten Zusammenhang hin, wenn die Konfidenzintervalle den Null-Wert nicht kreuzen. Eine negative Abweichung deutet auf eine Reduktion, eine positive Abweichung auf einen Anstieg in Bezug zum ausgewählten SRGR-Indikator hin. Der Zusammenhang sowohl der ODA-Auszahlungen als auch der Kontrollvariablen mit den SRGR-Zielindikatoren wird um ein Jahr verzögert dargestellt. Die Ergebnisse berücksichtigen alle Kontrollvariablen und je nach Datensatz Land- und/oder Jahr-Fixed-Effects. Sterne zeigen das Signifikanzniveau der Schätzung (= 10 Prozent, ** = 5 Prozent, *** = 1 Prozent), 90-Prozent-Konfidenzintervall.*

4.5 Effizienz

Ergebnisübersicht und Bewertung

Evaluierungsfrage: Inwieweit werden bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR insgesamt effizient durchgeführt und Ziele effizient erreicht? (EF 5)

Methoden: Evaluierungssynthese und Evidenzsynthese.[95]

Die Effizienz der betrachteten Vorhaben wird insgesamt als „teilweise erfüllt" bewertet (BK 1):

- Die Vorhaben erhalten durchschnittlich eine Effizienznote von 2,7 (Indikator 1.1; teilweise erfüllt).
- Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem Startjahr der Vorhaben und der Effizienzbewertung. Vorhaben, die zu einem späteren Zeitpunkt begannen, werden deutlich besser bewertet als Vorhaben, die früher begannen.
- Eine positive Korrelation besteht zwischen der Effizienz von Vorhaben und dem HDI von Partnerländern. Im Fokus stehen insbesondere die Bildungsdimension und die wirtschaftliche Dimension des HDI.

94 Weiterführende Informationen zur Berechnung des statistischen Zusammenhangs sowie Erklärungen zur Abbildung können Fußnote 92 entnommen werden.

95 Die Bewertung von Indikatoren und Bewertungskriterien erfolgt auf Basis der Evaluierungssynthese entsprechend der in Anhang 8.1 dargestellten Skala. Eine Triangulation mit Ergebnissen der Evidenzsynthese ist nicht möglich, da Effizienzaspekte nur in sehr wenigen Studien untersucht wurden.

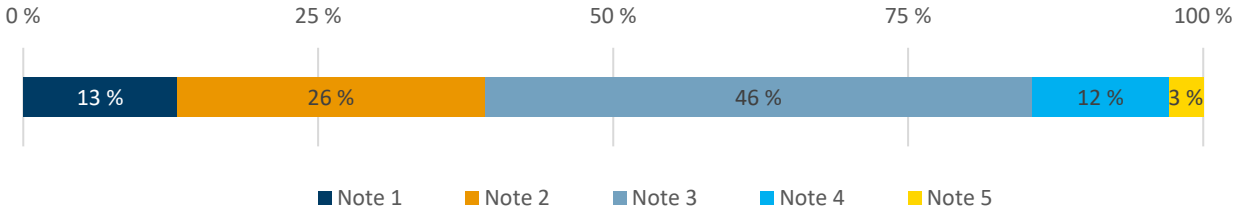
Bilaterale Vorhaben werden in Einzeldimensionen als „teilweise erfüllt" bewertet (BK 2):

- In den Evaluierungsberichten werden Aspekte der Produktionseffizienz häufiger untersucht als Aspekte der Allokationseffizienz.
- Ein Großteil der Vorhaben wird in ihrer Produktionseffizienz als positiv bewertet (Indikator 2.1; größtenteils erfüllt). Etwas mehr als die Hälfte der bewerteten Vorhaben wird in ihrer Allokationseffizienz als positiv bewertet (Indikator 2.2; teilweise erfüllt).

Übergreifende Effizienzbewertung der Vorhaben

Die untersuchten Vorhaben sind teilweise effizient. Im Durchschnitt der untersuchten Evaluierungsberichte werden sie mit 2,7 bewertet (Indikator 1.1, siehe Abbildung 19): 46 Prozent (32 Berichte) erhalten für die Effizienz die Note 3, etwa ein Viertel (18 Berichte) die Note 2, jeweils etwas über 10 Prozent die Note 1 (neun Berichte) oder die Note 4 (acht Berichte); zwei Vorhaben werden mit der Note 5 bewertet.[96]

Abbildung 19 Bewertung der Effizienz der Vorhaben insgesamt (BK 1)



Quelle: DEval, eigene Darstellung auf Basis von Ergebnissen der Evaluierungssynthese (n = 69). Die Noten entsprechen den in den Evaluierungsberichten vergebenen Bewertungen des Evaluierungskriteriums. Für die Vergleichbarkeit wurden die Bewertungen auf Noten von 1 bis 5 umgerechnet.

Die Effizienzbewertung von Vorhaben variiert je nach Partnerlandkontext. Es liegt eine positive Korrelation zwischen dem HDI, insbesondere dem Bildungsindex und der wirtschaftlichen Dimension des HDI, und der Effizienzbewertung der betrachteten Vorhaben vor: Vorhaben, die in Partnerländern mit höherem HDI durchgeführt wurden, werden als effizienter bewertet.[97] Weitere signifikante Unterschiede, etwa in Bezug auf Ansätze oder Regionen, können nicht festgestellt werden.

Bewertung der Produktions- und Allokationseffizienz

Die Mehrzahl der Vorhaben erfüllt die Produktionseffizienz (Indikator 2.1). Sie wird in fast allen Evaluierungsberichten bewertet (66 von 70 Berichten). Dabei wird sie in etwas mehr als der Hälfte der Vorhaben (56 Prozent) als „vollständig erfüllt" und in einem Drittel der Vorhaben (33 Prozent) als „nicht erfüllt" angegeben (siehe Abbildung 20). Der verbleibende Anteil wird als „teilweise effizient" eingestuft, da hier in Evaluierungsberichten sowohl Hinweise für als auch gegen eine produktionseffiziente Durchführung vorhanden sind. Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen TZ- und FZ-Vorhaben: So werden in den meisten Evaluierungen von TZ-Vorhaben (23 Berichte, 86 Prozent) Bezüge zur Erfüllung von Produktionseffizienz gefunden. Bei Berichten von FZ-Vorhaben finden sich hingegen in der Hälfte der Berichte Verweise auf fehlende Produktionseffizienz (19 Berichte, 50 Prozent).

Vorhaben, die ihre Maßnahmen an lokale Partner anbinden und Kooperationen nutzen, werden in ihrer Produktionseffizienz besser bewertet. In den Evaluierungsberichten, in denen die Produktionseffizienz als „vollständig erfüllt" oder „teilweise erfüllt" bewertet wird, wird häufig (20 von

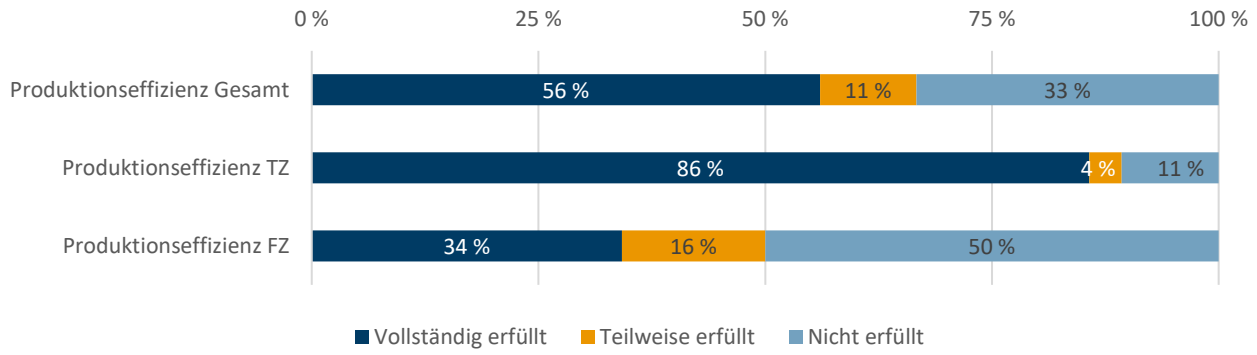
96 Eine Meta-Evaluierung des DEval zur Bewertung der Effizienz von Vorhaben in Projektevaluierungen wird diesen Aspekt vertieft untersuchen (siehe hierzu: *https://www.deval.org/de/evaluierungen/laufende-und-abgeschlossene-evaluierungen/meta-evaluierung-effizienz*, abgerufen am 05.02.2025).

97 Bivariate Korrelationen wurden mittel Pearson's r ermittelt, welcher Werte zwischen 0 und 1 annehmen kann, wobei ein höherer Wert auf eine stärkere Korrelation hinweist. Hier war Pearson's r = 0,33 (p = 0,003).

66 Berichten) davon ausgegangen, dass das ein ausgewogenes Verhältnis von Kosten zu Outputs plausibel ist. Hierbei wird angenommen, dass die Verteilung der finanziellen und personellen Projektressourcen für die Zielerreichung angemessen ist. Weiterhin steht der strategische Einsatz der Projektressourcen in einigen Vorhaben im Einklang mit dem Vorhabenansatz (zwölf Berichte). Einige Vorhaben nutzen ihr begrenztes Budget, um eine große Anzahl Maßnahmen umzusetzen (sieben Berichte). Nur wenige Berichte nennen spezifische förderliche Faktoren für die Produktionseffizienz. Hier wird die Nutzung von Synergien mit anderen Akteuren (zum Beispiel Partnern) genannt, in einzelnen Berichten auch die Anpassungsfähigkeit des Projektmanagements und ein effektives Monitoringsystem.

Ein häufig beschriebenes Hindernis für die Produktionseffizienz von Vorhaben ist, wenn diese nicht auf bereits bestehende Strukturen zurückgreifen oder nicht mit anderen Gebern vor Ort zusammenarbeiten. Dies führt zu erhöhtem Zeitaufwand sowie der unnötigen Verwendung finanzieller Mittel. Anhand der Evidenzsynthese lassen sich nur wenige verallgemeinerbare Aussagen treffen, da auch in den betrachteten *Impact*-Evaluierungen nur selten Angaben zur Produktionseffizienz vorhanden sind. Diese wenigen Studien weisen darauf hin, dass eine verstärkte Nutzung von vorhandenen Ressourcen sowie eine enge Zusammenarbeit mit lokalen Partnern und anderen Gebern die Effizienz von Vorhaben erhöhen kann (Massavon et al., 2017; Watts et al., 2015).

Abbildung 20 Bewertung der Produktionseffizienz der Vorhaben (BK 2, Indikator 2.1)



Quelle: DEval, eigene Darstellung auf Basis von Ergebnissen der Evaluierungssynthese (n_{Gesamt} = 66, n_{TZ} = 28, n_{FZ} = 38)

Nur etwas mehr als ein Viertel der Berichte enthält positive Hinweise zur Allokationseffizienz (Indikator 2.2). Informationen zur Allokationseffizienz sind nur in etwas mehr als der Hälfte der Berichte enthalten, davon finden sich in etwa 62 Prozent Ergebnisse, die auf eine effiziente Umsetzung der Vorhaben hinweisen (25 Berichte). Auch hier enthalten die Evaluierungsberichte von TZ-Vorhaben deutlich bessere Bewertungen als die der FZ-Vorhaben: Über 82 Prozent der TZ-Vorhaben erhalten die Bewertung „vollständig erfüllt" (18 Berichte), während 47 Prozent der FZ-Vorhaben mit „nicht erfüllt" bewertet werden (neun Berichte). Förderliche Gründe werden nur selten genannt, beinhalten jedoch insbesondere die Zusammenarbeit mit anderen Gebern (11 Berichte) und die Wahl eines geeigneten Ansatzes für die Vorhaben (fünf Berichte). Zwei weitere selten genannte Faktoren sind die Beschaffung zusätzlicher finanzieller Ressourcen aus anderen Quellen und die Nutzung vorhandenen Potenzials. Diese decken sich mit den oben genannten Faktoren für die Produktionseffizienz sowie auch mit Angaben aus Fallstudieninterviews (zwei Fallstudienländer). Hindernisse werden in den Projektevaluierungen nur oberflächlich behandelt; erwähnt werden hier die unzureichende Nutzung vorhandenen Potenzials, die ungenügende Zusammenarbeit und Harmonisierung mit anderen Gebern und unzureichendes Wirkungsmonitoring (zwei Fallstudienländer).

4.6 Nachhaltigkeit

Ergebnisübersicht und Bewertung

Evaluierungsfrage: Inwieweit werden bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR insgesamt so durchgeführt, dass ihre Ziele dauerhaft erreicht werden? (EF 6)

Methoden: Evaluierungssynthese, Fallstudien und Evidenzsynthese.[98]

Die Nachhaltigkeit von bilateralen Vorhaben wird insgesamt als „teilweise erfüllt" bewertet (BK 1):

- Die Vorhaben erhalten durchschnittlich eine Nachhaltigkeitsnote von 2,7 (Indikator 1.1; teilweise erfüllt).
- Eine positive Korrelation zeigt sich zwischen der Nachhaltigkeit der Vorhaben und dem Bildungsindex des HDI.

In Einzeldimensionen wird die Nachhaltigkeit von bilateralen Vorhaben als „teilweise erfüllt" bewertet (BK 2):

- Ein signifikanter Unterschied wird zwischen den verschiedenen Kombinationen von Ansätzen festgestellt: Demnach wird die Kombination von Infrastrukturmaßnahmen und dem Kapazitätsaufbau innerhalb von Institutionen, Personen und Organisationen am besten bewertet, wohingegen die Kombination aus der Stärkung von Lieferketten, Sensibilisierungsmaßnahmen und Beratung die schlechteste Bewertung erhält (Indikator 2.1; teilweise erfüllt).
- Ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Nachhaltigkeit ist die Integration der Aktivitäten in die Strukturen des Partnerlandes. In diesem Zusammenhang wird häufig auch eine Kapazitätssteigerung in Bezug auf behandelte Themen und eine diversifizierte Finanzierung genannt.
- Die Evidenzsynthese zeigt insbesondere, dass eine Anpassung der Ansätze, Aktivitäten und Kooperationen an den jeweiligen Kontext essenziell für die Nachhaltigkeit ist.

Nachhaltigkeit der Vorhaben insgesamt

SRGR-Vorhaben erreichen ihre intendierten Wirkungen nur teilweise dauerhaft. Laut den Projektevaluierungen liegt die durchschnittliche Nachhaltigkeitsnote der Vorhaben bei 2,7 (Indikator 1.1). In sechs von 69 Berichten (9 Prozent) werden Vorhaben mit der Note 1 bewertet und leisten dementsprechend in den Partnerländern einen nachhaltigen Beitrag zu SRGR. 82 Prozent (58 Berichte) der Vorhaben erhalten die Noten 2 (16 Berichte) oder 3 (42 Berichte). Fünf Berichte bewerteten Vorhaben mit der Note 4 (sieben Prozent) und damit als nicht nachhaltig. Laut den Ergebnissen der Evaluierungssynthese werden vor allem Vorhaben, die in Ländern mit einem höheren Bildungsniveau der Bevölkerung umgesetzt werden, als nachhaltiger bewertet als Vorhaben in Ländern mit niedrigem Bildungsniveau.[99] Die Fragilität eines Landes beeinflusst die Nachhaltigkeit der Vorhaben laut Evaluierungssynthese nicht.

Bewertung der Nachhaltigkeit nach Ansätzen

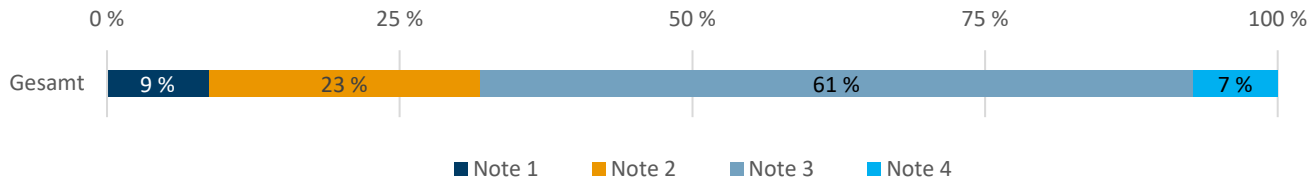
SRGR-Vorhaben, die Infrastruktur oder Kapazitäten aufbauen, erreichen am ehesten eine dauerhafte Wirkung in den Partnerländern. Die Auswertung der Projektevaluierungen zeigt deutlich, dass Infrastrukturmaßnahmen im Vergleich zu den anderen Ansätzen hinsichtlich ihrer Nachhaltigkeit etwas besser abschneiden (durchschnittlich mit Note 2,4 in 23 Berichten). Maßnahmen zum Kapazitätsaufbau erhalten mit einer Durchschnittsnote von 2,6 (42 Berichte) die zweitbeste Bewertung. Vorhaben, die Maßnahmen zur Netzwerkarbeit

98 Die Bewertung von Indikatoren und Bewertungskriterien erfolgt auf Basis der Evaluierungssynthese entsprechend der in Anhang 8.1 dargestellten Skala. Eine Triangulation mit Ergebnissen der Evidenzsynthese ist nicht möglich, da Nachhaltigkeitsaspekte nur in sehr wenigen Studien untersucht wurden. Auch in den Fallstudien wurde das Kriterium nur am Rande berücksichtigt, sodass keine umfassenden Informationen dazu vorliegen.

99 Pearson's r für den Bildungsindikator des HDI beträgt r = 0,32 (p = 0,017). Auch der HDI korreliert mit der Nachhaltigkeit: r = -0,37 (p = 0,001). Zwischen dem BIP, das ebenfalls Teil des HDI ist, und der Nachhaltigkeit besteht kein signifikanter Zusammenhang (p = 0,156).

beinhalten, erzielen die drittbeste Bewertung, allerdings handelt es sich dabei nur um sieben Berichte. Vorhaben, die auf Sensibilisierungsmaßnahmen (35 Berichte), Unterstützung und Aufbau von Lieferketten (31 Berichte), Beratungsmaßnahmen (15 Berichte) oder Finanzierungsmaßnahmen (fünf Berichte) setzen, werden im Hinblick auf ihre dauerhafte Wirkung durchschnittlich schlechter bewertet (im Durchschnitt liegen diese Bewertungen zwischen den Noten 2,8 und 3). Unterschiede zwischen TZ- und FZ-Vorhaben zeigen sich bei der Nachhaltigkeitsbewertung nicht.

Abbildung 21 Bewertung der Nachhaltigkeit der Vorhaben insgesamt (BK 1)

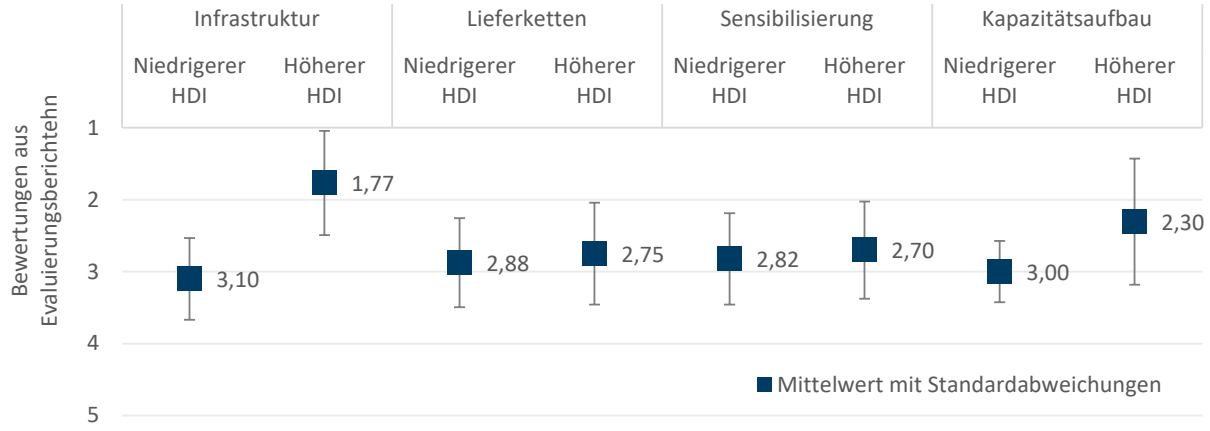


Quelle: DEval, eigene Darstellung auf Basis von Ergebnissen der Evaluierungssynthese (n = 69). Die Noten entsprechen den in den Evaluierungsberichten vergebenen Bewertungen des Evaluierungskriteriums. Für die Vergleichbarkeit wurden die Bewertungen auf Noten von 1 bis 5 umgerechnet.

Infrastrukturmaßnahmen und Vorhaben, die auf den Aufbau von Kapazitäten abzielen, sind insbesondere in Ländern mit einem höheren Entwicklung**sniveau nachhaltig.** Ein Vergleich der vier meistgenutzten Ansätze in der Evaluierungssynthese zeigt, dass Infrastruktur- und Kapazitätsaufbaumaßnahmen in Ländern mit hohem HDI die beste Nachhaltigkeitsbewertung erhalten (siehe Abbildung 22). Vorhaben zur Stärkung der Lieferketten und zur Sensibilisierung der Bevölkerung werden in Ländern mit hohem und niedrigem HDI gleichermaßen bewertet. Die Evidenzsynthese zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, dauerhafte Wirkungen zu erzielen, bei Entwicklungsmaßnahmen, die speziell auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sind, höher ist als bei Maßnahmen, die auf die gesamte Bevölkerung abzielen. Beispielsweise ist die Wirkung von Finanzierungsmaßnahmen in Form einer finanziellen Unterstützung während und nach der Schwangerschaft möglicherweise dauerhafter, wenn sie sich an sozioökonomisch schlechter gestellte oder indigene Bevölkerungsgruppen richten (Baird et al., 2015; Celhay et al., 2017).

SRGR-Vorhaben, die zwei bis drei Ansätze kombinieren, erzielen durchschnittlich die besten Nachhaltigkeitsnoten. Vorhaben, die nur einen Ansatz nutzen (Note 3,1) oder mehr als drei Ansätze (Note 3) kombinieren, werden hinsichtlich ihrer Nachhaltigkeit durchschnittlich schlechter bewertet als solche, die zwei (Note 2,4) oder drei Ansätze (Note 2,7) kombinieren (siehe Online-Anhang). Die Kombination aus Infrastrukturmaßnahmen und Kapazitätsaufbau bei Personen sowie innerhalb von Institutionen und Organisationen wird mit der Note 1,8 (elf Berichte) und damit am besten bewertet. Die Kombination aus Stärkung von Lieferketten, Sensibilisierungsmaßnahmen und Beratungsmaßnahmen erreicht die Note 3 (vier Berichte). Die nachhaltigere Wirkung der Kombination von Ansätzen in Vorhaben kann auch durch die Synthese der wissenschaftlichen Evidenz bestätigt werden. Beispielsweise erreichen Finanzierungsmaßnahmen wie *conditional cash transfers* alleine nur teilweise langfristige Wirkungen, in Kombination mit Kapazitätsstärkung oder Sensibilisierungsmaßnahmen werden jedoch dauerhaftere Wirkungen festgestellt (Baird et al., 2015; Dervisevic et al., 2021; Roy et al., 2019).

Abbildung 22 Bewertung der Nachhaltigkeit nach Ansätzen und HDI der Partnerländer



Quelle: DEval, eigene Darstellung auf Basis von Ergebnissen der Evaluierungssynthese (n = 69). Die Werte repräsentieren Bewertungen auf einer Skala von 1 bis 5. Der HDI umfasst die Spanne von 0 (geringer HDI) bis 1 (hoher HDI) mit einem Schwellenwert von 0,50 (siehe auch Fußnote 48).

Förderliche und hinderliche Faktoren für eine nachhaltige Wirkung

Die Faktoren, die Einfluss auf die nachhaltige Wirkung haben, überschneiden sich mit den Einflussfaktoren zu Effektivität und übergeordneter entwicklungspolitischer Wirksamkeit. Dies gilt sowohl auf Ebene der nationalen und lokalen Rahmenbedingungen als auch auf Ebene der Vorhaben.

Größtenteils hängt die nachhaltige Wirkung mit der Verankerung der Vorhaben innerhalb der Partnerländer sowie mit einer langfristigen finanziellen Absicherung der Maßnahmen zusammen. Die Auswertung der Evaluierungsberichte zeigt, dass eine starke Einbindung der Vorhaben in Partnerstrukturen und die damit verbundene *Ownership* der Partner die nachhaltige Wirkung der Vorhaben bestärkt. Der positive Effekt einer verstärkten Aneignung der Vorhabenziele durch Partner und der Absprache von Strategien für die Überführung von EZ-Maßnahmen in die Verantwortung von Partnerstrukturen wurde auch in Interviews in drei Fallstudienländern betont. Auch der förderliche Einfluss einer fortlaufenden, kontinuierlichen Finanzierung durch diversifizierte Geber wird sowohl in der Evaluierungssynthese als auch in den Fallstudieninterviews hervorgehoben (drei Fallstudienländer). Ein weiterer unterstützender Faktor, der in den Evaluierungsberichten genannt wird, sind förderliche Rahmenbedingungen im politischen System und im Gesundheitssystem (siehe auch Kapitel 4.3.2).

Eingeschränkt wird die Nachhaltigkeit vor allem durch unzureichende Überführung in die Strukturen der Partnerländer. So werden neben einer unzureichenden oder fehlenden finanziellen Förderung (auch) nach dem Abschluss der Vorhaben eine mangelnde Integration der Maßnahmen in das politische und das Gesundheitssystem vor Ort und eine fehlende Aneignung der Vorhaben durch die Partnerländer am häufigsten als hinderliche Faktoren genannt. Diese werden auch in den Fallstudieninterviews hervorgehoben. So zeigte sich in drei Ländern, dass die Vorhaben zwar während ihrer Durchführung wirksam sind, die Maßnahmen jedoch nach dem Abschluss aufgrund einer mangelnden Folgefinanzierung oder Integration in die Partnerlandstrukturen nicht weitergeführt werden. Eine fehlende Strategie für das Überführen der Maßnahmen in die Verantwortung der Partner, eine hohe Personalfluktuation und die Abwesenheit eines expliziten Ziels zur sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Nachhaltigkeit der Vorhaben wurden in den Evaluierungsberichten ebenfalls – wenn auch weniger häufig – als hinderliche Faktoren genannt. Auch in den Interviews wurde insbesondere betont, dass es in den jeweiligen Gesundheitssektoren weiterhin eine sehr hohe Personalfluktuation gibt, welche die Nachhaltigkeit der Maßnahmen in den Vorhabenregionen einschränkt (vier Fallstudienländer; siehe auch Kapitel 4.3.2).

5.

ERGEBNISSE II: SRGR IM JAHR 2035

Ergebnisübersicht

Methode: Szenarioanalyse.

Zukünftige Veränderungen im Bereich der SRGR werden durch eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren beeinflusst:

- Zwei ausgewählte Szenarien illustrieren die große Bandbreite möglicher zukünftiger Entwicklungen im Bereich der SRGR und verdeutlichen die damit verbundene Dynamik und Unsicherheit.
- Das Szenario „Von Herausforderungen zu Errungenschaften" beschreibt eine Zukunft, in der sich die globale Lage in Bezug auf SRGR erheblich verbessert.
- Das Szenario „Wachsende Herausforderungen aufgrund normativer Fragmentierung" zeichnet das Bild einer Welt, die eine zunehmende Polarisierung erfahren hat, wodurch ein uneinheitlicher Ansatz bei SRGR entstanden ist.

Für die zukünftige Stärkung von SRGR durch die EZ existieren eine Reihe von Herausforderungen und Chancen:

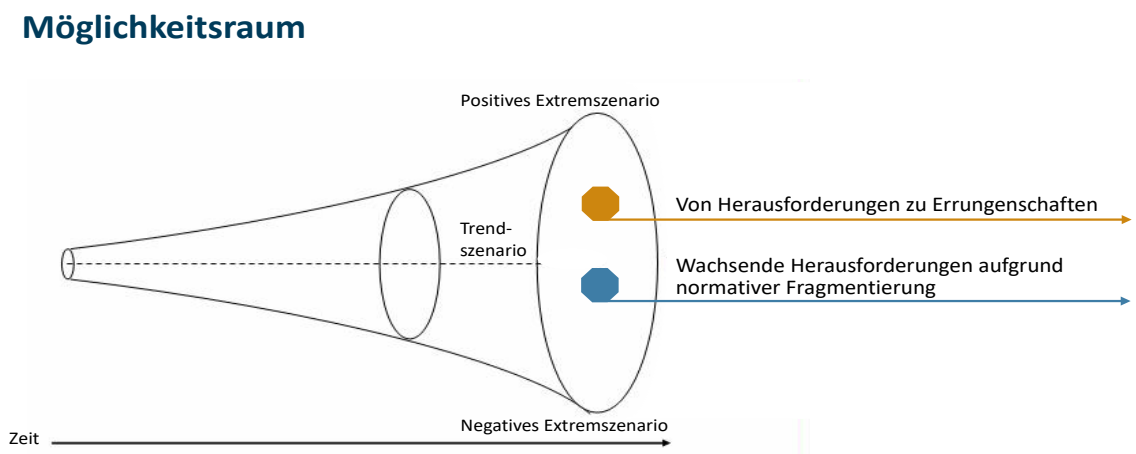
- Eine zentrale Herausforderung für die Stärkung von SRGR liegt in einer möglichen globalen Polarisierung und Fragmentierung entlang unterschiedlicher Normen. Diese Entwicklung könnte mit der Einschränkung grundlegender Rechte in vielen Partnerländern einhergehen. Wirtschaftliche Ungleichheiten und globale Krisen – wie der Klimawandel oder bewaffnete Konflikte – erhöhen den Druck auf ohnehin schwache Gesundheitssysteme.
- Chancen für die zukünftige Stärkung von SRGR ergeben sich durch das Engagement zivilgesellschaftlicher Akteure in Partnerländern sowie durch internationale Allianzen, die sich für SRGR einsetzen. Sie können Bestrebungen, die gegen SRGR gerichtet sind, entgegentreten. Auch technologische Entwicklungen und die Digitalisierung können dazu beitragen, SRGR-Leistungen für alle anzubieten.

Von Ungewissheit zur Planungsgrundlage: Szenarioanalyse für SRGR im Jahr 2035

Die Entwicklung im Bereich SRGR wird von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren beeinflusst. Dadurch sind auch zahlreiche Zukunftsszenarien denkbar. Im Rahmen der Szenarioanalyse wurden insgesamt 699.840 mögliche Kombinationen für die zukünftige Entwicklung von SRGR identifiziert. Davon sind etwa 200 Kombinationen in sich kohärent und plausibel, das heißt, sie sind logisch stimmig und erscheinen als realistische Möglichkeiten für zukünftige Entwicklungen. Diese hohe Anzahl ist auf die Komplexität des SRGR-Bereichs mit seiner Vielzahl an unterschiedlichen Einflussfaktoren zurückzuführen (siehe dazu auch Kapitel 4.3.2). Maßgeblich sind etwa gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen, wirtschaftliche Verhältnisse, der Zugang zu Bildung und zu Gesundheitsversorgung, Konflikte und humanitäre Krisen sowie die Strukturen der internationalen Zusammenarbeit. Auch die soziale Dimension – gesellschaftliche Normen, Werte und Einstellungen zu Geschlechterrollen, Sexualität und reproduktiven Rechten – hat einen starken Einfluss. Sie wirkt sowohl auf individueller Ebene – wie in der persönlichen Einstellung zur Familienplanung oder zu Rechten von Frauen und Minderheiten – als auch auf gesellschaftlicher Ebene, etwa in Form von Gesetzen, kulturellen Traditionen und sozialen Erwartungen (siehe Kapitel 2.1 sowie Starrs et al., 2018; UNFPA, 2021a; UNICEF und UNFPA, 2020). Diese Komplexität von SRGR führt dazu, dass der Spielraum für mögliche zukünftige Entwicklungen besonders groß und damit die tatsächliche Entwicklung entsprechend unwägbar ist.

Die Zukunft von SRGR erstreckt sich über Szenarien, die aus der menschenrechtlichen Perspektive des BMZ-Aktionsfeldes sowohl positive als auch negative Entwicklungen von SRGR umfassen. Die rund 200 ermittelten Szenarien können anhand der betrachteten Merkmale zehn verschiedenen Clustern zugeordnet werden, die sich vor allem in den Ausprägungen und Wechselwirkungen der für SRGR entscheidenden Schlüsselfaktoren – etwa die Existenz und das Ausmaß von Krisen und humanitären Situationen, die Gewährleistung und der Schutz von Menschenrechten, Geschlechtergleichstellung und Gendernormen – unterscheiden. Die Cluster repräsentieren verschiedene Kombinationen dieser Faktoren und projizieren entsprechend den Zielvorstellungen des Aktionsfeldes SRGR positive wie auch negative Zukunftsperspektiven.

Abbildung 23 Zukunftstrichter und der Möglichkeitsraum potenzieller SRGR-Szenarien



Quelle: DEval, eigene Darstellung

Von der Gegenwart in die Zukunft: Szenarien für SRGR im Jahr 2035

Das Szenario „Von Herausforderungen zu Errungenschaften“[100] beschreibt eine Zukunft, in der die globale Lage in Bezug auf SRGR erheblich verbessert wurde. Dabei konnten Geschlechterrechte und der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen international und in vielen Partnerländern der EZ gestärkt werden. Versuchen, Rechte einzuschränken, konnte erfolgreich entgegengewirkt werden. Dies gelang unter anderem durch das Engagement einzelner zivilgesellschaftlicher Bewegungen und internationaler Allianzen für SRGR sowie durch den Einsatz digitaler Technologien, die die Versorgung mit SRGR-Leistungen verbesserten. Globale Krisen haben zu besseren Präventions- und Bewältigungsstrategien geführt, und Menschenrechtsverletzungen wurden zunehmend eingedämmt. In Togo könnte dieses Szenario bedeuten, dass trotz des Widerstands in ländlichen Gebieten durch stärkere Netzwerke und höhere finanzielle Mittel Fortschritte bei SRGR erzielt werden. In Kamerun könnten die Rechte von Frauen und sexuellen Minderheiten sowie die Gesundheitsversorgung verbessert werden, maßgeblich angestoßen durch die Unterstützung der Regierung und die stärkere Verbreitung und Nutzung digitaler Technologien (siehe Szenario S. 66).

Das Szenario „Wachsende Herausforderungen aufgrund normativer Fragmentierung“[101] illustriert hingegen mögliche negative Entwicklungen bezüglich der Verwirklichung und Stärkung von SRGR für alle Menschen. Eine zunehmende Positionierung gegen Verbesserungen bei SRGR von staatlicher und (teilweise) zivilgesellschaftlicher Seite, verstärkt durch Krisen wie Pandemien und Umweltkatastrophen, hat in diesem Szenario die gesellschaftliche Spaltung im Hinblick auf SRGR vertieft. Dadurch sind die Herausforderungen für marginalisierte Gruppen größer geworden, und das Engagement für SRGR wird erschwert. Das Szenario könnte für Togo bedeuten, dass bereits erzielte Fortschritte zur Stärkung von SRGR durch gestiegene gesellschaftliche Ungleichheit und klimatische Herausforderungen gefährdet wären. Hierbei könnten auch regionale Unterschiede innerhalb des Landes verstärkt werden, insbesondere in Regionen, in denen bestimmte Aspekte von SRGR eher kritisch gesehen werden. In Kamerun könnten die Rechte von Frauen und sexuellen Minderheiten zunehmend eingeschränkt werden, vor allem aufgrund weit verbreiteter patriarchaler Normen und anhaltender Konflikte. Dadurch werden Fortschritte behindert und die ohnehin schwierige Lage weiter verschärft (siehe Szenario S. 67).

100 Dieses Szenario ist vom Trendszenario, das die aktuellen Entwicklungen fortschreibt, deutlich entfernt und liegt näher an einem positiven Extremszenario. Diese Positionierung reflektiert die Überzeugung der SRGR-Expert*innen, dass diese Entwicklung zwar wünschenswert ist, jedoch weniger wahrscheinlich (ID 128, 129, 132, 134).

101 Dieses Szenario reflektiert die Einschätzung der befragten Expert*innen, dass eine solche trendnahe zukünftige Entwicklung ähnlich wie die Gegenwart eher negativ zu bewerten ist (ID 127, 129, 132, 134). Sie sehen in der derzeitigen Situation im Bereich SRGR erhebliche Herausforderungen, die möglicherweise nicht nur fortbestehen, sondern sich in Zukunft sogar weiter verschärfen könnten.

Szenario „Von Herausforderungen zu Errungenschaften“

Die globale Landschaft der SRGR hat sich bis 2035 erheblich gewandelt. Trotz staatlicher Einschränkungen und Gegenreaktionen aus Staat und Gesellschaft haben einzelne zivilgesellschaftliche Bewegungen und die internationale Zusammenarbeit in vielen Ländern des Globalen Südens zur Bewältigung gemeinsamer Herausforderungen und zu Fortschritten bei der Geschlechtergleichstellung beigetragen. Internationale Solidarität und der Einsatz digitaler Technologien haben die Fortschritte in der Geschlechtergleichstellung zusätzlich vorangetrieben. Die Bewältigung von Krisen und Katastrophen hat ein Umdenken in der Prävention und Reaktion auf diese Ereignisse angestoßen und zu angepassten Maßnahmen geführt, während Menschenrechtsverletzungen zunehmend eingedämmt wurden. Dies umfasst auch eine erhöhte Akzeptanz sexueller Vielfalt. Zudem hat die fortschreitende Digitalisierung den Medizinsektor weiterentwickelt und lokale Produktionskapazitäten gestärkt, was die Gesundheitsversorgung von Frauen, insbesondere in unterversorgten Regionen, verbessert hat. Dennoch bestehen weiterhin globale und lokale Unterschiede in der Umsetzung und Verfügbarkeit entsprechender Angebote.

TOGO

Im Jahr 2035 zeigt die Bevölkerung Togos insgesamt eine wachsende Akzeptanz für SRGR. Über eine Stärkung des Netzwerks von Partnern vor Ort mit besseren Vernetzungsmechanismen und erhöhten finanziellen Ressourcen wurde größere Wirksamkeit im Bereich SRGR erreicht. Dennoch besteht weiterhin erheblicher gesellschaftlicher Widerstand gegen bestimmte Aspekte von SRGR, insbesondere in den ländlichen Gebieten Togos, wo diese häufig unter Berufung auf traditionelle Werte abgelehnt werden. Dort können auch digitales Networking und Angebote digitaler Medizin ihr Potenzial als wichtige Treiber positiver Veränderung nicht entfalten. Dies gilt insbesondere für den Gesundheits- und den Bildungssektor, da die mangelnde Digitalisierung und unzureichender Internetempfang verhindern, dass die bestehenden Möglichkeiten ausgeschöpft werden.

KAMERUN

Im Jahr 2035 hat Kamerun bedeutende Fortschritte hinsichtlich SRGR erzielt. Diese sind maßgeblich auf einen Regierungswechsel und eine neue pluralistische politische Kultur zurückzuführen. Durch den neuen Regierungskurs wurden erhebliche Fortschritte bei den Rechten sowie der Förderung von Frauen und sexuellen Minderheiten erzielt. Besonders bemerkenswert ist die Integration digitaler Technologien in den Gesundheitssektor, die zu einer spürbaren Verbesserung der medizinischen Versorgung für alle geführt hat. Angebote der digitalen Medizin ermöglichen eine schnellere und effizientere Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere in abgelegenen ländlichen Gebieten. Darüber hinaus hat die Aufklärung über digitale Medien die gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber LSBTIQ+-Menschen positiv beeinflusst. Diese Fortschritte sind das Ergebnis einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen verschiedenen kamerunischen Ministerien und Institutionen, unterstützt durch internationale Akteure. Trotz dieser Fortschritte bei der Umsetzung von SRGR bleibt die Lage durch anhaltende Konflikte und den fortschreitenden Klimawandel herausfordernd. Die anglophone Krise, extremistische Gruppen im Norden des Landes und die Auswirkungen von Dürren und Überschwemmungen behindern eine umfassende Überwindung sozialer und wirtschaftlicher Probleme, insbesondere in Bezug auf den Zugang zu Bildung und Gesundheitsdienstleistungen.

Quelle: DEval, eigene Darstellung

Szenario „Wachsende Herausforderungen aufgrund normativer Fragmentierung“

Im Jahr 2035 hat die Polarisierung der internationalen Gemeinschaft in Bezug auf Einstellungen gegenüber SRGR weiter zugenommen, was zu einer verstärkten Fragmentierung des internationalen Engagements für diese Themen geführt hat. Hierbei stehen sich Regierungen gegenüber, die unterschiedliche Positionen zur Stärkung von SRGR einnehmen, wobei einige für und andere gegen bestimmte Aspekte eintreten. Viele Partnerländer der EZ kämpfen mit Polykrisen sowie mit den langfristigen Auswirkungen von Krisen, die bereits in den 2020er-Jahren ihren Anfang nahmen. Trotz des allgemeinen Wirtschaftswachstums in den Partnerländern bestehen weiterhin Ungleichheiten. Diese erschweren die Stärkung von Frauen und ihren Zugang zu grundlegenden Dienstleistungen. Die internationale Zusammenarbeit wurde durch Kontroversen über Geschlechternormen gestört, was zu einer Reduzierung der Mittel und der Unterstützung für SRGR-Vorhaben in Partnerländern geführt hat. Dieser Rückschritt spiegelt sich im Abbau von Dienstleistungen in von Katastrophen betroffenen Gebieten, in der Verschlechterung der Müttergesundheit und in der Zunahme von sexueller und geschlechtsspezifischer Gewalt wider, insbesondere in Ländern, in denen patriarchale Geschlechterrollen dominieren. Dies führt dazu, dass innerhalb der Länder Unterschiede in Bezug auf SRGR zwischen Regionen zunehmen. Innergesellschaftliche Konflikte zu vermeiden ist zur politischen Priorität der Partnerländer geworden. Dabei sollen vor allem die inkonsistente Umsetzung von SRGR-Politiken in verschiedenen Regionen und die Auswirkungen des Klimawandels auf schwache Gesundheitssysteme angegangen werden.

TOGO

Innerhalb Afrikas gilt Togo als eines der Länder, in denen SRGR eher unterstützt wird. Die Rechte der Frauen werden auf nationaler politischer Ebene gestärkt. Dennoch bestehen weiterhin große Ungleichheiten: Obwohl sich der allgemeine Zugang zu Bildung in den letzten Jahren verbessert hat, erweist es sich als schwierig, die wirtschaftliche Situation der Frauen generell zu stärken. Der Fortschritt bleibt instabil. Zudem bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Regionen des Landes; insbesondere im Norden zeigt die Bevölkerung eine größere Zurückhaltung gegenüber Veränderungen. Insgesamt belasten die klimatischen Herausforderungen die Bevölkerung und vor allem die Frauen stark. Die Folge sind neue Verteilungskonflikte, unter denen ebenfalls besonders Frauen leiden. Um den sozialen Frieden zu bewahren, werden Projekte im Bereich SRGR häufig hinter andere Initiativen zurückgestellt.

KAMERUN

Im Jahr 2035 bleiben in Kamerun die Rechte in Bezug auf sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität und Selbstbestimmung über den eigenen Körper stark eingeschränkt. Schwangerschaftsabbrüche sind weiterhin nur in Ausnahmefällen erlaubt, und die gesellschaftliche Akzeptanz dieses und ähnlicher Rechte bleibt gering. Trotz dieser Einschränkungen wurden in den letzten Jahren Fortschritte bei der Bekämpfung von geschlechtsspezifischen Ungleichheiten und Gewalt erzielt, vor allem durch die Arbeit des Ministeriums für die Förderung von Frauen und Familien. Diese Erfolge lassen sich größtenteils auf den Druck der internationalen Gemeinschaft und einzelner zivilgesellschaftlicher Organisationen zurückführen, die die kamerunischen Regierungen dazu bewegten, Maßnahmen gegen patriarchale Strukturen zu ergreifen. Da diese Fortschritte jedoch unter äußerem Druck entstanden sind, bleiben sie begrenzt, denn tief verwurzelte patriarchale Normen, insbesondere in ländlichen Gebieten, behindern die Umsetzung vieler Gesetze und Maßnahmen. Die anhaltenden Konflikte verschärfen die ohnehin schwierige Lage für Frauen und sexuelle Minderheiten. Die anglophone Krise und extremistische Gruppen in den Nord- und Westregionen haben die Situation weiter belastet, während der Klimawandel die wirtschaftlichen und sozialen Herausforderungen verschärft. Der Zugang zu Bildung und Gesundheitsdienstleistungen wurde weiter eingeschränkt, was unter anderem zu einem Anstieg von unbeabsichtigten und frühen Schwangerschaften geführt hat. Trotz einer starken Zivilgesellschaft und anhaltender Opposition kam es im Land über Jahrzehnte zu keinen Veränderungen in der Regierungsführung. Die etablierten politischen Strukturen und Machtverhältnisse blieben unverändert, was grundlegende Reformen und Fortschritte verhinderte und die Fortführung bestehender Politiken zur Folge hatte. Diese politische Stagnation verhindert Veränderungen zur Förderung der Gleichstellung und zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Frauen und benachteiligten Gruppen.

Quelle: DEval, eigene Darstellung

Chancenreiche SRGR-Zukunft

Insbesondere das Szenario „Von Herausforderungen zu Errungenschaften“ verdeutlicht, dass es in den kommenden zehn Jahren erhebliche Chancen gibt, den SRGR-Bereich zu stärken. Das Szenario zeigt, dass die internationale Zusammenarbeit in vielen Ländern des Globalen Südens zu Fortschritten in der Geschlechtergleichstellung führen könnte. Der Einsatz digitaler Technologien und innovativer Ansätze könnte die Verfügbarkeit von SRGR-Dienstleistungen verbessern – insbesondere in unterversorgten und abgelegenen ländlichen Regionen – und gleichzeitig die medizinische Versorgung sowie die Aufklärung und Unterstützung marginalisierter Gruppen stärken, indem Barrieren im Zugang zu Informationen abgebaut werden. Zudem könnten die durch Krisen und Katastrophen hervorgerufenen Reflexionsprozesse in der Krisenvorsorge und -bewältigung eine Chance sein, um resilientere und anpassungsfähigere Gesundheitssysteme zu schaffen. Das Konzept des *Build Back Better*[102], das sich im Nachgang von Umwelt- und Gesundheitskatastrophen bewährt hat, bietet die Möglichkeit, robustere Infrastrukturen und effizientere Reaktionsmechanismen zu entwickeln, die auch SRGR-Dienstleistungen zugutekommen könnten. Die internationale Zusammenarbeit, verstärkt durch digitale Innovationen, könnte auch dazu beitragen, globale Ungleichheiten abzubauen und gerechtere Verteilungssysteme für SRGR-Ressourcen zu etablieren.

Obwohl das Szenario „Wachsende Herausforderungen aufgrund normativer Fragmentierung” erhebliche Risiken für SRGR beschreibt, lassen sich auch hier Chancen identifizieren. Die zunehmende Spaltung zwischen Ländern, deren Regierungen sich für Gleichberechtigung und soziale Gerechtigkeit einsetzen, und solchen, deren Regierungen patriarchale Normen vertreten, könnte den Anstoß zu intensiveren Diskussionen und Verhandlungen auf internationaler Ebene geben. Diese Polarisierung könnte Länder und internationale Organisationen, die sich für SRGR einsetzen, dazu veranlassen, ihre Bemühungen zu verstärken und Allianzen zu bilden, um SRGR zu schützen und zu fördern. Ähnlich wie bei anderen globalen Herausforderungen, etwa dem Klimawandel, könnte die offensichtliche Dringlichkeit des Problems zu einer verstärkten Mobilisierung von Ressourcen und politischem Willen führen. Dies könnte potenziell den Einfluss globaler Initiativen erhöhen und eine erneute Fokussierung auf die Verbesserung von SRGR bewirken. Der Druck auf internationale Organisationen und zivilgesellschaftliche Akteure könnte zu innovativeren Ansätzen und Strategien führen, die den Zugang zu Dienstleistungen der SRGR in schwierigen Kontexten sicherstellen.

Trotz dieser Chancen deuten die Entwicklungen im Szenario „Wachsende Herausforderungen aufgrund normativer Fragmentierung“ darauf hin, dass der Sektor in den kommenden zehn Jahren mit erheblichen Hürden konfrontiert ist. Die wachsende ideologische Spaltung zwischen Ländern, deren Regierungen sich für oder gegen bestimmte Aspekte von SRGR positionieren, könnte die internationale Zusammenarbeit massiv behindern und zu ungleichmäßigen Fortschritten bei der Umsetzung von SRGR-Politiken führen. Politiken, die sich innerhalb von Partnerländern gegen SRGR richten, könnten den gleichberechtigten Zugang zu reproduktiven und sexuellen Rechten und Dienstleistungen einschränken; betroffen wären insbesondere marginalisierte Gruppen wie LSBTIQ+-Personen, Frauen und arme Menschen. In vielen Ländern könnten grundlegende Rechte unterdrückt werden, was die politische und wirtschaftliche Teilhabe dieser Gruppen erheblich beeinträchtigen würde. Zudem könnten weiter zunehmende wirtschaftliche Ungleichheiten und globale Krisen – wie der Klimawandel und bewaffnete Konflikte – den Druck auf ohnehin schwache Gesundheitssysteme verstärken, wodurch der Zugang zu Dienstleistungen der SRGR in betroffenen Regionen noch weiter erschwert würde. Diese Krisen könnten dazu führen, dass SRGR-Themen in den Hintergrund gedrängt werden und auch zukünftig unterfinanziert bleiben.

102 *Build Back Better* ist ein Konzept, das darauf abzielt, die Erholungs-, Rehabilitations- und Wiederaufbauphasen nach einer Katastrophe zu nutzen, um die Widerstandsfähigkeit von Nationen und Gemeinschaften zu stärken (siehe auch: *https://www.undrr.org/terminology/build-back-better*; abgerufen am 17.09.2024). Dabei werden Maßnahmen zur Verringerung des Katastrophenrisikos in Maßnahmen zum Wiederaufbau der physischen Infrastruktur und der gesellschaftlichen Systeme sowie in solche zur Wiederbelebung von Lebensgrundlagen, Wirtschaft und Umwelt integriert. Ziel des Konzepts ist es, nicht nur den ursprünglichen Zustand wiederherzustellen, sondern die Strukturen und Prozesse so zu verbessern, dass sie zukünftigen Katastrophen besser standhalten können.

Auch im Szenario „Von Herausforderungen zu Errungenschaften", das Fortschritte bei SRGR beschreibt, bleiben Probleme bestehen. Geografische Ungleichheiten, beispielsweise in Bezug auf die Gesundheitsinfrastruktur, könnten fortbestehen, wodurch der Zugang zu grundlegenden Dienstleistungen der SRGR insbesondere in ländlichen und benachteiligten Regionen weiterhin eingeschränkt bleibt. Zudem könnte die zunehmende Abhängigkeit von technologischen Innovationen wie der digitalen Medizin kontraproduktiv wirken, wenn etwa die Voraussetzungen bei Infrastruktur und Zugänglichkeit nicht gegeben sind. Die politische und rechtliche Unsicherheit könnte auch in diesem Szenario ein Problem bleiben, da SRGR-Vorhaben weiterhin von Regierungswechseln und instabilen politischen Verhältnissen beeinflusst werden. Die langfristige Finanzierung solcher Vorhaben stellt ebenfalls eine potenzielle Herausforderung dar, da Gelder in Krisenzeiten häufig umgeleitet werden, was SRGR-Vorhaben gefährdet und deren Wirkung schwächt.

6.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

6.1 Stärkung von SRR und Vorbereitung transformativen Wandels

Schlussfolgerung 1: *Vorhaben der bilateralen EZ tragen häufig dazu bei, die Qualität, Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Dienstleistungen und Produkten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu stärken. Sie leisten aber nur teilweise einen Beitrag zur Veränderung von Werten und Normen, die sich auf sexuelle und reproduktive Rechte beziehen. So zielen Vorhaben kaum auf die Bedarfe von Rechteinhabenden im Hinblick auf körperliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung, Gleichberechtigung sowie körperliche Unversehrtheit ab.*

Dieser Schlussfolgerung liegen die folgenden Ergebnisse zugrunde:

- **Bilaterale SRGR-Vorhaben verfolgen sehr häufig übergeordnete Wirkungen zu SRG:** Der Fokus der untersuchten Vorhaben liegt oft auf gesundheitsbezogenen Bedarfen von Rechteinhabenden (siehe Kapitel 4.1.1). Dementsprechend verfolgen fast alle Vorhaben das übergeordnete Ziel, die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Mädchen und Frauen zu stärken (siehe Kapitel 4.2). Häufig erreichen sie ihre direkten Ziele in diesem Bereich auch. So tragen sie zur Stärkung der Qualität und Zugänglichkeit von Dienstleistungen der SRG oder der Verfügbarkeit von Produkten der SRG in Partnerländern bei (siehe Kapitel 4.3).
- **Bedarfe von Rechteinhabenden hinsichtlich ihrer SRR stehen seltener im Fokus:** Obwohl ein Teil der Vorhaben Maßnahmen zur Sensibilisierung und Aufklärung von Rechteinhabenden durchführt, verfolgen nur wenige Vorhaben das übergeordnete Ziel, zur Stärkung von sexuellen und reproduktiven Rechten beizutragen (siehe Kapitel 4.2). So werden Bedarfe mit Blick auf körperliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung, Gleichberechtigung und körperliche Unversehrtheit nur in sehr wenigen Vorhaben explizit adressiert (siehe Kapitel 4.1.1).[103] Auch zielen die Vorhaben selten drauf ab, bei Mädchen und Frauen sowie bei Menschen in ihrem Umfeld Werte und Normen insbesondere mit Blick auf die Gleichstellung der Geschlechter zu verändern (siehe Kapitel 4.3.1).

Folglich werden strategische Vorgaben des BMZ für das Aktionsfeld SRGR durch die bilaterale EZ nur teilweise umgesetzt. Während Vorhaben das in der Kernthemenstrategie genannte Handlungsfeld SRG erfolgreich umsetzen, lassen sich Lücken mit Blick auf die Umsetzung des Handlungsfeldes SRR identifizieren (BMZ, 2023b).[104] Da dieser Bereich Wirkungen vorsieht, die auf die strukturelle Veränderung von Normen und Werten ausgerichtet sind, werden die Voraussetzungen für transformative Veränderungen, wie sie in der Strategie der feministischen Entwicklungspolitik als übergeordnetes Ziel der EZ genannt werden, nur teilweise geschaffen (BMZ, 2023a).[105]

103 Dass diese transformativen Wirkungen jedoch wichtig sind, zeigt das Ergebnis, dass in der Gesellschaft oder Gemeinschaft existierende Normen und Werte als einer der hauptsächlichen Hinderungsgründe für die Wirksamkeit von SRGR-Vorhaben genannt werden (siehe Kapitel 4.3.2).

104 Dabei betont das BMZ in seiner Kernthemenstrategie die Bedeutung des Handlungsfeldes SRR als eigenständigen Wirkungsbereich. Zugleich wird die Annahme formuliert, dass einzelne Handlungsfelder des Aktionsfeldes ineinandergreifen müssen, um alle übergeordneten Wirkungen zu erreichen (siehe Kapitel 2). So sollen beispielsweise die gestärkte Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen sowie Einstellungs- und Verhaltensänderungen im Umfeld von Mädchen und Frauen – insbesondere bei Jungen und Männern, einschließlich lokaler Autoritäten wie religiösen Persönlichkeiten – die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen oder Kontrazeptiva erhöhen. Dieses ganzheitliche Verständnis hat sich international spätestens mit der Definition von SRGR durch die Guttmacher-Lancet-Kommission durchgesetzt (siehe Kapitel 2.1). Auch aktuelle wissenschaftliche Studien betonen die Bedeutung eines integrierten und ganzheitlichen Vorgehens für die Stärkung von SRGR. So wird beispielsweise hervorgehoben, dass insbesondere Mehrkomponentenvorhaben in der Lage sind, SRGR zu stärken. Dies umfasst auch Maßnahmen, die soziale Rahmenbedingungen, wie in Gemeinschaften vorherrschende Werte und Normen etwa zu GBV, verändern wollen (Starrs et al., 2018; WHO, 2007). Das ganzheitliche Verständnis von SRGR ist mindestens seit 2008 Bestandteil von SRGR-Strategien des BMZ (BMZ, 2008). Dementsprechend sollten auch Vorhaben, die im Untersuchungszeitraum durchgeführt wurden, entsprechende Bezüge enthalten.

105 Neben der Stärkung von SRG ist auch die Stärkung von Rechten, insbesondere in Bezug auf Sexualität und Reproduktion, Kernbestandteil der feministischen Entwicklungspolitik. Die Stärkung von Rechten ist Teil des ersten von vier Handlungsfeldern, die in der Strategie für eine feministische Entwicklungspolitik definiert werden. In diesem Kontext werden SRR von „Mädchen und Frauen sowie LGBTQI+-Personen“ (BMZ, 2023a, S. 23) genannt. Auch andere in der Strategie genannte Rechte – beispielsweise in Bezug auf den Schutz vor GBV und schädlichen Praktiken – sind Bestandteil von SRR, wie sie im Aktionsfeld definiert sind. Darüber hinaus hebt die feministische Entwicklungspolitik auch die Bedeutung von gendertransformativen Wirkungen hervor. So wird in der Strategie etwa das Ziel genannt, geschlechtsspezifische Machthierarchien langfristig abzubauen. Dazu solle EZ unter anderem diskriminierende Gesetze abbauen und ungleichen sozialen Normen und Praktiken sowie diskriminierenden Einstellungen und Geschlechterrollen und -stereotypen entgegenwirken (BMZ, 2023a). Die vorliegende Evaluierung zeigt, dass entsprechende Beiträge zu transformativem Wandel konzeptionell im Aktionsfeld angelegt sind, in der Praxis aber kaum explizit Teil der Vorhaben sind.

Die Lücke kann teilweise durch das abweichende Interesse von Partnern begründet werden. Partnerregierungen können einzelne Aspekte von SRR ablehnen, sodass eine gemeinsame Arbeit daran erschwert wird.[106] Dies kann dazu führen, dass bilaterale Vorhaben Ziele, die sich auf SRR beziehen, nicht oder nur implizit verfolgen (Dok xxiii; Dok xxiv). Alternativ ist es möglich, dass diese sensiblen Themen über multilaterale oder zivilgesellschaftliche Organisationen gefördert werden, da diese nicht immer Teil der bilateralen Regierungsverhandlungen sind. Allerdings haben sich im Rahmen dieser Evaluierung keine eindeutigen Ergebnisse gezeigt, die darauf hinweisen, dass SRR in einzelnen Partnerländern über multilaterale oder zivilgesellschaftliche Organisationen komplementär zu bilateralen Vorhaben gestärkt werden.[107]

Dabei ist der Umgang mit stark normativ begründeten Zielen generell eine Herausforderung für die bilaterale EZ. So hat das DEval in seinen Evaluierungen zum Menschenrechtskonzept des BMZ sowie zur Gleichstellung der Geschlechter in Post-Konflikt-Kontexten ähnliche Herausforderungen identifiziert (Brüntrup-Seidemann et al., 2021; Polak et al., 2021, 2022). Dass mit Blick auf Menschenrechte Prioritäten von Partnerregierungen und Prioritäten des BMZ in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen können, wird auch in einer Meta-Auswertung von Länderportfolioreviews des DEval hervorgehoben (Vorwerk und Köder, 2024).[108] In der Entwicklungsforschung ist diese Herausforderung mit Blick auf SRGR ebenfalls bekannt. So thematisiert beispielsweise Brown (2023) die Herausforderung für die EZ, die Stärkung der Rechte von LSBTIQ+-Personen gegenüber Partnerregierungen zu vertreten, ohne Partner paternalistisch zu bevormunden oder eine *Ad-hoc*-Ablehnung als Gegenreaktion hervorzurufen. Er formuliert die Empfehlung, dass EZ gezielt und langfristig lokale Menschenrechtsverteidiger*innen und ihre Aktivitäten stärken sollte.

Da abweichende Interessen von Partnern zukünftig noch häufiger auftreten können, sollte**n Handlungsoptionen** für die Umsetzung **des Aktionsfeldes je nach Partnerinteresse definiert werden**. Das Ergebnis der Szenarioanalyse verweist darauf, dass die normative Fragmentierung und Polarisierung global sowie innerhalb von Partnerländern künftig zunehmen können (siehe Kapitel 5). Für die EZ ergibt sich dadurch die Herausforderung, SRGR auch in jenen Partnerländern zu stärken, in denen die Partnerregierungen nicht bereit sind, gemeinsam an SRR zu arbeiten. Vor diesem Hintergrund empfiehlt das DEval, SRGR je nach Interesse der Partnerregierungen umzusetzen und dabei zwischen mindestens zwei Typen von Partnerländern zu unterscheiden: Partnerländer mit hoher Bereitschaft, Verantwortung für SRR zu übernehmen (Typ 1), und Partnerländer mit niedriger Bereitschaft, dies zu tun (Typ 2).

106 Die Bereitschaft und das Interesse von Partnerregierungen und anderen staatlichen Akteuren, gemeinsam an den SRGR-Zielen zu arbeiten, ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren für die Wirksamkeit von SRGR-Vorhaben. So wurde in Interviews einzelner Fallstudienländer beispielsweise darauf hingewiesen, dass Partner vor allem ein Interesse an Projekten zur Stärkung des Gesundheitssystems hätten. Vorhaben im Bereich SRR würden dagegen eher kritisch betrachtet (siehe Kapitel 4.4).

107 Wie in Kapitel 2.4 gezeigt, hat der Stellenwert multilateraler und zivilgesellschaftlicher Kanäle für die Umsetzung von SRGR in den jüngsten Jahren deutlich zugenommen. Allerdings wird nur ein sehr geringer Anteil der darüber umgesetzten Mittel themen- und länderspezifisch verausgabt. Darüber hinaus fließen die meisten dieser Mittel nicht in Länder, in denen die bilaterale EZ SRGR als Aktionsfeld umsetzt (siehe Online-Anhang). Folglich gibt es keine Hinweise darauf, dass politisch sensible Themen in jenen Ländern, in denen das BMZ SRGR als Teil eines Kernthemas umsetzt, systematisch über andere Kanäle implementiert werden. Zudem zeigen die Ergebnisse der Fallstudien, dass die Koordination zwischen bilateralen Vorhaben und multilateralen Aktivitäten teilweise verbesserungsfähig ist. Darüber hinaus kann diese Vorgehensweise, bei der bestimmte sensible Themen außerhalb der bilateralen EZ umgesetzt werden, auch nicht-intendierte negative Wirkungen mit sich bringen. Insbesondere das sogenannte *Bypassing*, bei dem Vorhaben regierungsfern umgesetzt werden, kann Anreize für politische und soziale Reformen reduzieren. Dies wird beispielsweise in der DEval-Evaluierung zur EZ in fragilen Kontexten diskutiert (Wencker und Verspohl, 2019).

108 Die DEval-Synthese von Länderportfolioreviews hebt hervor, dass die Eigenverantwortung von Partnerregierungen ein wichtiger Einflussfaktor für die Wirksamkeit von EZ-Vorhaben ist. Danach trägt die grobe Ausrichtung an allgemeinen Entwicklungsprioritäten allein nicht automatisch zu *Ownership* von Partnern für die Projektziele bei. Zudem betont das DEval in diesem Zusammenhang die Heterogenität von Partnern: Es gibt kein singuläres Partnerinteresse, vielmehr muss von einer Pluralität von Partnerinteressen ausgegangen werden (Vorwerk und Köder, 2024).

Empfehlung 1

Das BMZ sollte gemeinsam mit den Durchführungsorganisationen für jedes Partnerland, in dem das Aktionsfeld SRGR durch die bilaterale EZ umgesetzt wird, kontextspezifische Handlungsoptionen zur Stärkung von SRGR entwickeln. Dabei sollte zwischen mindestens zwei Typen von Partnerländern unterschieden werden: In Ländern mit hoher Bereitschaft, neben SRG auch Verantwortung für SRR zu übernehmen, sollte die bilaterale EZ alle auf Partnerländer bezogenen Handlungsfelder des Aktionsfeldes SRGR ganzheitlich abdecken. In Ländern mit entsprechend geringer Bereitschaft sollten zunächst prioritär Rahmenbedingungen für die ganzheitliche Stärkung von SRGR geschaffen werden, indem zivilgesellschaftliche Akteure gestärkt und staatliche Partner beraten werden.

Umsetzungshinweise:

- Die Empfehlung kann sowohl in Ländern angewendet werden, in denen SRGR bereits als Aktionsfeld umgesetzt wird, als auch in Ländern, in denen SRGR als neues Aktionsfeld aufgenommen werden soll. Die Bereitschaft von Partnern, gemeinsam an der Förderung von SRR zu arbeiten, kann im Dialog mit Partnerregierungen sowie auf Basis von unabhängigen Studien und Indizes[109] durch das Sektorreferat gemeinsam mit den Länderreferaten und den EZ-Referent*innen vor Ort bewertet werden.
- Die ganzheitliche Stärkung von SRGR kann trotz der grundsätzlichen Bereitschaft von Partnerregierungen, gemeinsam auch an SRR zu arbeiten, in Teilbereichen im Konflikt zur Partnerorientierung stehen. Die Umsetzung des ganzheitlichen Ansatzes kann daher im Politikdialog berücksichtigt werden, um Interessen der Partnerregierungen und des BMZ in Einklang zu bringen.
- Die kontextspezifische Umsetzung von Handlungsoptionen kann es ermöglichen, die Maßnahmen gezielt auf die jeweils spezifischen Bedarfe von Rechteinhabenden innerhalb eines Landes auszurichten und dafür angemessene Implementierungspartner auszuwählen. So können einzelne Module je nach Partnerlandkontext von staatlichen, zivilgesellschaftlichen oder privatwirtschaftlichen Organisationen umgesetzt werden.
- In Partnerländern, in denen die Bereitschaft, gemeinsam an SRR-bezogenen Themen zu arbeiten, gering ist, kann das BMZ den Schwerpunkt auf die Allokation von ODA-Mitteln über multilaterale oder zivilgesellschaftliche Kanäle legen. Hierbei ist das *Do-no-harm*-Prinzip zu berücksichtigen, sodass zivilgesellschaftliche Akteure in Partnerländern keiner Gefahr ausgesetzt sind.

Die fehlende Ausrichtung auf SRR könnte auch mit dem notwendigen langfristigen und hohen Mitteleinsatz zusammenhängen, der für die Veränderung von Normen und Werten benötigt wird. Unter anderem aus den Interviews in Fallstudienländern geht hervor, dass viel Zeit und kontinuierliche Sensibilisierung erforderlich sind, um Normen und Werte zu verändern (siehe Kapitel 4.3 sowie Kapitel Kapitel 4.6).[110] Mehr als bei anderen EZ-Maßnahmen ist für die Sensibilisierung von Rechteinhabenden zu SRR eine stete Finanzierung vonnöten, da kontinuierlich neue junge Erwachsene in den Blick genommen werden müssen. Daher können EZ-Vorhaben in diesem Bereich nur dann nachhaltig sein, wenn ihnen die Überführung in Strukturen des Partnerlandes gelingt und sie unabhängig von Finanzierungsbeiträgen der EZ umgesetzt werden können.

Vor diesem Hintergrund werden in EZ-Vorhaben möglicherweise Aktivitäten priorisiert, die zeitlich begrenzt sind und verlässlich sichtbarere Wirkungen versprechen. Hierbei kann

109 Minimum für eine produktive Zusammenarbeit kann etwa sein, dass verschiedene marginalisierte Personengruppen sich für ihre (noch nicht umgesetzten) SRR einsetzen können, ohne dafür Angst vor Verfolgung haben zu müssen. Ausgeschlossen werden dadurch beispielsweise Länder, in denen Frauen aufgrund von Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburten inhaftiert oder LSBTIQ+-Personen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder ihres Aktivismus verfolgt oder inhaftiert werden können.

110 So weist etwa auch der UNFPA (2022c) in einer Studie darauf hin, dass Interventionen, die auf die Veränderung von Einstellungen und Werten hinsichtlich der Akzeptanz von Genderdiversität und der Abschaffung von Machtdynamiken abzielen, auch Schutz vor GBV bieten können, gesundheitsfördernd sein können oder unbeabsichtigte Schwangerschaften und STIs reduzieren können. Längerfristige Interventionen, die Teilnehmende kontinuierlich und innerhalb verschiedener Formate adressieren, konnten – insbesondere auch in Bezug auf Jugendliche – höhere Wirksamkeit erreichen als Interventionen mit punktuellen Sensibilisierungsangeboten.

die (explizite oder implizite) Annahme, dass Wirkungen im Hinblick auf die Stärkung des Gesundheitssystems schneller und mit geringerem Mitteleinsatz erreicht werden können, eine Rolle spielen. Dies kann zu einer (beabsichtigten oder unbeabsichtigten) Depriorisierung von Aktivitäten führen, die auf die langfristige Transformation von Normen und Werten ausgerichtet sind. Dass Entscheidungen über die Ausgestaltung von Modulen in der Praxis auch von solcherart Wirkungserwartungen beeinflusst werden, zeigt das DEval in seiner Synthese der Länderportfolioreviews der deutschen bilateralen EZ (Vorwerk und Köder, 2024). Darin wird hervorgehoben, dass die Entscheidung für bestimmte Projektstandorte auch von der erwarteten höheren Wirksamkeit abhängt. Die Bedarfe von Rechteinhabenden können dabei sekundär sein.

Um einer möglichen Depriorisierung von Aktivitäten im Bereich SRR entgegenzuwirken, sollten einheitliche Indikatoren für alle Handlungsfelder des Aktionsfeldes SRGR definiert und als Vorlage bei der Konzeption von Vorhaben berücksichtigt werden. Ein Katalog qualitativ geprüfter, aber nicht verbindlicher Indikatoren kann als Ergebnis dieses Prozesses jenen Personen zur Verfügung gestellt werden, die in den Durchführungsorganisationen neue Vorhaben oder die Fortsetzung existierender Vorhaben verantworten.[111]

Empfehlung 2

Das BMZ sollte gemeinsam mit den Durchführungsorganisationen einheitliche Indikatoren für die intendierten Wirkungen des ganzheitlichen SRGR-Ansatzes definieren. Diese Indikatoren sollten die Inhalte aller Handlungsfelder des Aktionsfeldes SRGR abdecken, die sich unmittelbar auf Wirkungen in Partnerländern beziehen. Dabei sollten insbesondere auch Indikatoren für das SRR-bezogene Handlungsfeld definiert werden. Diese Indikatoren sollten in einem Katalog zusammengefasst und von den Durchführungsorganisationen bei der Erstellung von Wirkungsmatrizen berücksichtigt werden.

Umsetzungshinweise:

- Der ausstehende Review-Prozess zur Strategie für das Kernthema 6 kann dem BMZ Anlass bieten, die intendierten direkten und indirekten Wirkungen sowie mögliche Zielgruppen des Aktionsfeldes zu reflektieren. Dabei können aufbauend auf dieser Evaluierung eine Wirkungstheorie für das Aktionsfeld erstellt und für die Ziele jedes Wirkungsstranges je ein Indikator formuliert werden. Als Beispiel kann der Monitoring- und Evaluierungsprozess für den Bereich „Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft“ herangezogen werden.[112]
- Das BMZ und die Durchführungsorganisationen können bei der Erstellung des Indikatorenkatalogs auf verschiedene bereits existierende Indikatoren für SRGR zurückgreifen. Dies betrifft Indikatoren sowohl für das Handlungsfeld SRG als auch für das Handlungsfeld SRR. Diese finden sich unter anderem in den Indikatoren der Agenda 2030, in den Daten des DHS oder in denen des *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS). Wirkungen im Handlungsfeld SRR können sich beispielsweise auf physische, psychische oder sexuelle Gewalt innerhalb der Partnerschaft, Entscheidungsmacht über sexuelle und reproduktive Handlungen oder soziale und persönliche Einstellungen zu sexuellen und reproduktiven Rechten beziehen.[113]
- Der Indikatorenkatalog kann bei der Erstellung von Wirkungsmatrizen unverbindlich herangezogen werden. Damit die Indikatoren in der Praxis genutzt werden, können Durchführungsorganisationen den Katalog bekannt machen und den Personen, die für die Erstellung von Wirkungsmatrizen verantwortlich sind, zur Verfügung stellen.

111 Die Unverbindlichkeit des Indikatorenkatalogs soll verhindern, dass Vorhaben nicht kontextspezifisch konzipiert werden. Dadurch sollen zudem potenzielle Risiken reduziert werden, die mit einheitlichen Indikatoren einhergehen können, etwa Fehlanreize.

112 In diesem gemeinsamen Prozess des BMZ-Referats 412 „Wirtschaftsnetzwerke“ und des GIZ-Sektorvorhabens „Zusammenarbeit mit der Wirtschaft“ wurden für das gesamte Themenfeld eine Wirkungstheorie entwickelt und darauf basierend Indikatoren definiert (zu Eulenburg et al., 2024).

113 Weiterführende Informationen finden sich etwa bei UNFPA (2024a), Owolabi et al. (2024) und WHO (2023b).

6.2 Stärkung benachteiligter Gruppen

Schlussfolgerung 2: *Formell sind personenstarke benachteiligte Gruppen – beispielsweise Jugendliche – in Vorhaben des Aktionsfeldes größtenteils berücksichtigt. Allerdings werden diese Gruppen nur teilweise hinsichtlich ihrer SRGR gestärkt. So bestehen für sie beispielsweise weiterhin Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdienstleistungen. Zudem werden sie in Vorhaben häufig nicht disaggregiert benannt, und spezifische, weniger personenstarke benachteiligte Gruppen – etwa LSBTIQ+-Personen oder Menschen mit Behinderungen – werden kaum gezielt berücksichtigt.*

Dieser Schlussfolgerung liegen die folgenden Ergebnisse zugrunde:

- **Vorhaben des Aktionsfeldes benennen personenstarke benachteiligte Gruppen größtenteils, gehen aber kaum auf Subgruppen und Personen ein, die von Mehrfachdiskriminierung betroffen sind.** Die meisten SRGR-Vorhaben sind auf die Stärkung von Frauen ausgerichtet und nehmen somit formell eine benachteiligte Gruppe in den Fokus. Auch Kinder und Jugendliche werden oft als Zielgruppe von Vorhaben genannt.[114] Allerdings wird die Heterogenität dieser Gruppen selten berücksichtigt, und einzelne Subgruppen, die stärker von struktureller Benachteiligung betroffen sind als andere, werden nicht erwähnt. Darüber hinaus werden weitere, weniger personenstarke Gruppen wie Menschen mit Behinderungen, geschlechtsdiverse Menschen oder ethnische Minderheiten kaum explizit benannt. Folglich wird Mehrfachdiskriminierung, bei der sich mehrere Benachteiligungsfaktoren gegenseitig verstärken, nicht berücksichtigt (siehe Kapitel 4.1).
- **In der Umsetzung der Vorhaben gelingt es nur teilweise, besonders benachteilige Gruppen zu stärken**. Obwohl zum Teil gezielt Ansätze eingesetzt werden, um diese Gruppen zu erreichen[115], bleiben laut der Fallstudienergebnisse Herausforderungen bestehen. So können eingeschränkte finanzielle Mittel in Vorhaben ohne diesen spezifischen Fokus dazu führen, dass Angehörige benachteiligter Gruppen depriorisiert werden. Dies gilt beispielsweise für jene Gruppen, die besondere Bedarfe mit Blick auf Dienstleistungen der SRGR haben, etwa Jugendliche oder Frauen mit Behinderungen (siehe Kapitel 4.3).

Strategische Anforderungen, die das BMZ an das Aktionsfeld stellt, werden in Vorhaben der bilateralen EZ formell berücksichtigt; bei ihrer Umsetzung zeigen sich teilweise jedoch Herausforderungen. Sowohl in der BMZ-Kernthemenstrategie als auch in darüber hinausgehenden Strategien, etwa zur feministischen Entwicklungspolitik, legt das BMZ einen expliziten Schwerpunkt auf die Förderung benachteiligter Gruppen (BMZ, 2023a, 2023b, 2023d). Diese Vorgaben werden in bilateralen Vorhaben des Aktionsfeldes formell zwar umgesetzt, in der Praxis zeigen sich jedoch teilweise Herausforderungen.

Neben der bilateralen EZ kann das BMZ benachteiligte Gruppen in Partnerländern auch über multilaterale und internationale zivilgesellschaftliche Organisationen fördern. Die Evaluierung untersucht das Aktionsfeld vor allem mit Blick auf die bilaterale EZ, da Beiträge, die über andere Kanäle fließen, meist nicht länderspezifisch verausgabt werden (siehe Kapitel 2.4).[116] Folglich sind die Evaluierungsergebnisse nur für die bilaterale EZ gültig. Das BMZ leistet darüber hinaus auch Finanzierungsbeiträge an multilaterale Organisationen (etwa UNFPA oder GFF) sowie an internationale NGOs (etwa IPPF), die unter anderem auch benachteiligte Gruppen fördern können (BMZ, 2023g). Da diese Mittel meist aber weder

114 Die Betrachtung gesellschaftlicher Benachteiligung aufgrund von Gruppenzugehörigkeit, die entlang soziodemografischer Variablen definiert wird, ist stark vereinfachend und überdeckt insgesamt die Heterogenität dieser Gruppen. Alle Frauen oder Jugendlichen einer Gesellschaft beispielsweise als gleichermaßen benachteiligt zu beschreiben, negiert die Unterschiede, die innerhalb dieser Gruppen existieren können. Zudem impliziert die Perspektive gruppenbezogener Benachteiligung eine passive Rolle jener Personen, die der Gruppe zugeordnet werden. Der Blick auf die Handlungsmacht von Mitgliedern einer Gruppe wird dadurch eingeschränkt. Studien zeigen jedoch, dass auch Personen, die vermeintlich benachteiligten Gruppen zugeordnet werden, etwa Jugendliche, Handlungsmacht haben und sich trotz einschränkender Rahmenbedingungen entwickeln können (Polak, 2012).

115 Dies umfasst beispielsweise die Zusammenarbeit mit Vereinen/Vereinigungen und mit Radiosendern für Jugendliche oder die Förderung von mobilen Gesundheitsteams und *Community Health Workers*.

116 Dies umfasst mit Blick auf multilaterale Organisationen sowohl zweckgebundene Beiträge, die über den Förderbereichsschlüssel ausgewählten Themen zugeordnet und beispielsweise über den OCED-DAC-CRS-Datensatz erhoben werden können (siehe Kapitel 2.4), als auch Kernbeiträge, die von den Organisationen ohne Themenschwerpunkt je nach Bedarf eingesetzt werden können (siehe auch: *https://www.bmz.de/de/ministerium/zahlen-fakten/oda-zahlen/hintergrund/leitfaden-oda-19206*, abgerufen am 14.02.2025).

zweck- noch ländergebunden sind, liegen in der vorliegenden Evaluierung keine Informationen darüber vor, wie groß der Anteil dieser Mittel ist, der für die gezielte Stärkung der SRGR von benachteiligten Gruppen verwendet wird.[117]

Die identifizierten Herausforderungen in der Stärkung der SRGR von benachteiligten Gruppen werden auch in der Fachliteratur seit längerem diskutiert. Die Guttmacher-Lancet-Kommission verweist darauf, dass mehrere Personengruppen im Hinblick auf alle oder einzelne Aspekte von SRGR benachteiligt sind (Starrs et al., 2018)[118] und von den bisherigen Erfolgen bei SRGR häufig nicht profitieren konnten (UNFPA, 2024a; Rose et al., 2024; Hameed, 2018; Melesse et al., 2020). Dass es für das Aktionsfeld wichtig ist, diese benachteiligten Gruppen systematisch zu stärken, lässt sich auch mit Blick auf SRGR-bezogene SDGs illustrieren (siehe hierzu Kasten 10). So konnten zwar insgesamt weltweit deutliche Fortschritte in der Stärkung von SRGR erzielt werden, doch gerade in der Stärkung benachteiligter Gruppen bestehen weiterhin Lücken (UNFPA, 2024a).

Kasten 10 Beiträge zur Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung

SRGR findet sich in verschiedenen SDGs explizit verankert und ist somit fester Bestandteil der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Im Rahmen dieser Evaluierung wurden vor allem Beiträge zu SDG 3 „Gesundheit und Wohlergehen" und SDG 5 „Geschlechtergleichheit" untersucht. Erstere setzen dabei einen Akzent auf das Recht auf Gesundheit und letztere auf die Gleichstellung und Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen (siehe auch Kapitel 2.1). Darüber hinaus finden sich starke Bezüge zum in der Agenda 2030 verankerten zentralen Motiv, niemanden zurückzulassen (*leave no one behind*). Beiträge zu SDG 3 und SDG 5 werden vor allem über die Evaluierungskriterien Relevanz, Effektivität und übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit (*Impact*) abgedeckt. Die Ergebnisse der Evaluierung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Inhaltliche Beiträge zu SDG 3 („Gesundheit und Wohlergehen"):** Im Fokus des Aktionsfeldes SRGR stehen die Unterziele zur Reduktion der Mütter- und Neugeborenensterblichkeit (Ziele 3.1 und 3.2) sowie zum universellen Zugang zu sexual- und reproduktionsmedizinischer Versorgung (Ziel 3.7). Laut Ergebnissen der Projektevaluierungen erreichen Vorhaben übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit zu den Zielen 3.1 und 3.7 jeweils größtenteils. Die Analyse der Sekundärdaten bestätigt diese Ergebnisse allerdings nur für die Beiträge der deutschen EZ zur Reduzierung der Zahl früher Schwangerschaften (Ziel 3.7.2). Es kann dagegen kein statistischer Zusammenhang zwischen den deutschen ODA-Auszahlungen für SRGR und der Reduktion der Müttersterblichkeit gefunden werden (siehe Kapitel 4.4). Auf Ebene direkter Wirkungen zeigen die Evaluierungsergebnisse, dass die deutsche EZ dazu beiträgt, die Qualität und Zugänglichkeit von Dienstleistungen der SRG und die Verfügbarkeit von Produkten der SRG zu verbessern. Der Beitrag zu einem universellen Zugang für Jugendliche und strukturell benachteiligte Gruppen wie Menschen mit Behinderungen oder LSBTIQ+-Personen ist allerdings mit Einschränkungen verbunden.

117 Wie in Kapitel 2.4 beschrieben, hat der Anteil der zweckgebundenen Mittel für SRGR, der an multilaterale Organisationen fließt, in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Hinzu kommen noch Kernbeiträge an multilaterale Organisationen, die keine inhaltliche Bindung haben und deswegen im Rahmen der Evaluierung nicht berücksichtigt wurden (zum Stellenwert multilateraler Organisationen für SRGR siehe beispielhaft: *https://www.guttmacher.org/2025/01/family-planning-impact-trump-foreign-assistance-freeze*, abgerufen am 14.02.2025). Dies lässt allerdings nicht den Schluss zu, dass benachteiligte Gruppen aufgrund dieser Mittel spezifisch gestärkt werden. Darüber hinaus bedeutet die Zunahme der Mittel für multilaterale Organisationen nicht automatisch eine Komplementarität ihrer Aktivitäten mit den bilateralen Vorhaben der EZ. So verweist beispielsweise der OECD DAC darauf, dass bisher kaum Wissen über die Arbeitsteilung multilateraler und bilateraler EZ insgesamt vorliegt (OECD, 2022).

118 Hierbei werden die folgenden Gruppen genannt: Jugendliche, LSBTIQ+-Personen, Geflüchtete, Menschen mit Behinderungen, ethnische Minderheiten und indigene Bevölkerungsgruppen sowie Menschen, die aufgrund ihrer Lebensumstände besonderen Risiken ausgesetzt sind (beispielsweise Personen ohne festen Wohnsitz). Diese Gruppen können danach unterschieden werden, ob sie in den meisten Partnerländern der EZ im Hinblick auf SRGR kontextunabhängig als benachteiligte Gruppe gelten oder ob sie in bestimmten Partnerländern kontextabhängig benachteiligt sind. So kann etwa davon ausgegangen werden, dass (bestimmte) Jugendliche (Rose et al., 2024), ökonomisch benachteiligte Personen, Menschen mit Behinderungen (WHO und UNFPA, 2009), LSBTIQ+-Personen (Izugbara et al., 2022; Khan et al., 2024; Logie, 2023) und Sexarbeitende (Moore et al., 2014) in vielen Partnerländern bezüglich der Erfüllung ihrer SRGR-Bedarfe benachteiligt sind. Andere Gruppen sind dagegen nicht in jedem Partnerland präsent, sodass sie nur kontextabhängig auch als benachteiligte Gruppe verstanden werden können. Dies betrifft etwa geflüchtete Menschen, ethnische Minderheiten oder indigene Bevölkerungsgruppen.

- **Inhaltliche Beiträge zu SDG 5 („Geschlechtergleichheit"):** Die Evaluierung gibt einen Einblick in die Berücksichtigung der sexuellen und reproduktiven Rechte von Mädchen und Frauen über die Unterziele zur Beendigung von Diskriminierung (Ziel 5.1), Gewalt (Ziel 5.2) und schädlichen Praktiken gegen Mädchen und Frauen (Ziel 5.3). Die Ergebnisse decken auf, dass der Beitrag der deutschen EZ im Aktionsfeld SRGR nicht den strategischen Vorgaben entspricht. So erreichen die Vorhaben entsprechende direkte Ziele zur Gleichstellung der Geschlechter nicht. Wirksamer sind sie bei der Sensibilisierung von Mädchen und Frauen und von Menschen in ihrem Umfeld zu SRR. Ziele der Vorhaben, die den allgemeinen Zugang zu SRGR (Ziel 5.6) anstreben, werden nur teilweise erreicht und richten sich auch nur teilweise an den Bedarfen der Rechteinhabenden aus.
- **Beiträge zur Umsetzung des Prinzips *leave no one behind*:**[119] Mit der Unterzeichnung der Agenda 2030 haben sich alle UN-Mitgliedstaaten dazu bereiterklärt, auch jene Menschen und Länder zu stärken, die am weitesten zurückliegen, die die geringsten Chancen haben und die am stärksten ausgegrenzt sind. In der vorliegenden Evaluierung wurde dieser Aspekt untersucht. Sie kommt dabei zu dem Schluss, dass benachteiligte Gruppen zwar formell im Fokus von SRGR-Vorhaben stehen, jedoch oft nicht spezifiziert werden. Zudem bestehen für einzelne benachteiligte Gruppen häufig weiterhin Zugangsbarrieren zu Dienstleistungen der SRGR.

Die fehlende Berücksichtigung benachteiligter Bevölkerungsgruppen kann unter anderem mit dem Fehlen disaggregierter Daten zusammenhängen. In seiner Evaluierung des BMZ-Aktionsplans Inklusion hat das DEval festgestellt, dass während der Planung von Vorhaben nur wenige disaggregierte Informationen über Menschen mit Behinderungen vorliegen, wodurch das Wissen über kontextspezifisch benachteiligte Gruppen vielerorts eingeschränkt ist. Dadurch ist eine wichtige Voraussetzung für die umfassende und repräsentative Einbindung von Menschen mit Behinderungen nicht gegeben (siehe auch Hameed et al., 2020; Schwedersky et al., 2017; UNFPA, 2018) Auch in vielen weiteren wissenschaftlichen Publikationen zu SRGR wird die Problematik fehlender disaggregierter Daten hervorgehoben (Nowshin et al., 2022; Starrs et al., 2018). Dabei ist zu berücksichtigen, dass mit den DHS-Daten für den Gesundheitsbereich – im Gegensatz zu vielen anderen EZ-Sektoren – länderübergreifend vergleichbare und disaggregierte Informationen vorliegen.[120]

Auch mögliche Effizienzüberlegungen können die Einbindung benachteiligter Gruppen in EZ-Vorhaben erschweren.[121] Insbesondere aus den Fallstudienergebnissen der vorliegenden Evaluierung ergeben sich Hinweise darauf, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen der untersuchten Vorhaben teilweise nicht ausreichen, um alle Rechteinhabenden gleichermaßen zu erreichen. Da die gezielte Stärkung benachteiligter Gruppen zusätzlicher Mittel bedarf, kann es dazu kommen, dass die Umsetzung spezifischer Maßnahmen zur Förderung benachteiligter Gruppen depriorisiert wird.[122]

Um einer nicht beabsichtigten Depriorisierung von Maßnahmen für benachteiligte Gruppen entgegenzuwirken, sollten die Durchführungsorganisationen die kontextspezifische Stärkung dieser Gruppen durch die Disaggregation von Indikatoren stärker steuern.[123] Ein Fokus sollte hierbei darauf liegen, in Partnerländern, in denen SRGR ganzheitlich

119 Siehe hierzu *https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind*, abgerufen am 02.10.2024.

120 Dabei muss berücksichtigt werden, dass eine Aggregation der Daten auch Vorteile haben kann, da so die Anonymität von Rechteinhabenden bewahrt bleibt und nicht-intendierte negative Wirkungen vermieden werden können, etwa mit Blick auf LSBTIQ+-Personen oder Patient*innen mit STI.

121 Die DEval-Evaluierung zum entwicklungspolitischen Menschenrechtsansatz im Sektor „Nachhaltige Wirtschaftsentwicklung" kommt beispielsweise zu dem Schluss, dass disaggregierte Informationen zu kontextspezifisch benachteiligten Gruppen zwar existieren, jedoch in Vorhaben häufig nicht berücksichtigt werden. Die Ergebnisse von Prüfungen während der Planung von Vorhaben wurden häufig als nicht relevante Steuerungsinformation beschrieben, und nur wenige untersuchte Vorhaben waren darauf ausgerichtet, spezifische benachteiligte Gruppen zu stärken (Polak et al., 2022).

122 Vorhaben, die auf die Stärkung benachteiligter Gruppen ausgerichtet sind, unter reinen Effizienzgesichtspunkten zu betrachten, ist dabei aus ethischen wie methodischen Gesichtspunkten problematisch. So kommen Kaiser et al. (2021) in einem *Scoping Review* beispielsweise zu dem Schluss, dass übergeordnete Aussagen zur Effizienz entsprechender Vorhaben aufgrund der geringen Zahl der Studien, der heterogenen Messmethoden und des möglichen Publikations-*Bias* nicht möglich sind.

123 Diese Empfehlung steht im Kontext einer Reihe von Empfehlungen anderer DEval-Evaluierungen, die sich auch mit Möglichkeiten der Stärkung benachteiligter Gruppen in Vorhaben beschäftigen. So empfiehlt das DEval in seiner Evaluierung des BMZ-Menschenrechtskonzepts beispielsweise, Muster-Modulbausteine und -Begleitmaßnahmen zu entwickeln, um gute Beispiele für die Stärkung benachteiligter Gruppen bereitzustellen (Polak et al., 2022). Darüber hinaus setzen sich sowohl die DEval-Evaluierung zum Aktionsplan Inklusion als auch diejenige zur Förderung der Gleichstellung der Geschlechter in Post-Konflikt-Kontexten in ihren Empfehlungen mit der Identifikation von benachteiligten Gruppen in der Planung von Vorhaben auseinander (Brüntrup-Seidemann et al., 2021; Schwedersky et al., 2017). Darin wird beispielsweise die Durchführung von menschenrechtsbasierten Zielgruppenanalysen empfohlen (Schwedersky et al., 2017).

umgesetzt wird (Typ 1; siehe Kapitel 6.1, Empfehlung 1), sowohl personenstarke als auch weniger personenstarke benachteiligte Gruppen zu stärken. Die Konzentration auf einzelne benachteiligte Gruppen sollte kontextspezifisch erfolgen, um das *Do-no-harm*-Prinzip zu gewährleisten (Yang und Sudarshan, 2024). Dabei existiert eine Reihe von Beispielen, die als Vorlage für die Disaggregation von Indikatoren in SRGR-Vorhaben herangezogen werden können.[124] Sollten keine disaggregierten Daten in den Partnerländern vorliegen – weil etwa keine DHS-Erhebung durchgeführt wird –, können Vorhaben die Finanzierung der benötigten Erhebungen einplanen. Dies ist insgesamt wichtig, da disaggregierte Informationen einen wichtigen Beitrag dazu leisten können, soziale Ungleichheiten aufzudecken (Ponce et al., 2025).

Empfehlung 3

Die Durchführungsorganisationen sollten gewährleisten, dass Wirkungsmatrizen von SRGR-Modulen disaggregierte Indikatoren für kontextspezifisch benachteiligte Gruppen beinhalten. Dies gilt insbesondere für Länder, in denen SRGR ganzheitlich durch die bilaterale EZ gestärkt werden. Bei der Auswahl der Indikatoren sollten die Durchführungsorganisationen das Do-no-harm-Prinzip berücksichtigen.

Umsetzungshinweise:

- Die Durchführungsorganisationen können kontextspezifisch benachteiligte Gruppen auf Basis von menschenrechtsbasierten Zielgruppenanalysen identifizieren. Dabei können sie auch jene Gruppen berücksichtigen, die in den meisten Partnerländern der EZ hinsichtlich ihrer SRGR benachteiligt sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um Jugendliche, ökonomisch und geografisch benachteiligte Personen, Menschen mit Behinderungen, LSBTIQ+-Personen und Sexarbeitende.
- Die Verfügbarkeit disaggregierter Daten bildet die Voraussetzung für die Definition und das Monitoring disaggregierter Indikatoren. Sollten keine geeigneten Daten, beispielsweise aus dem DHS-Datensatz, vorliegen, können die Durchführungsorganisationen die Kosten für deren Erhebung bei der Planung berücksichtigen.

Nicht für alle benachteiligten Gruppen liegt gleichermaßen empirische Evidenz zu wirksamen Ansätzen vor. Wie die DEval-Evidenzkarte zu SRGR zeigt, untersuchen viele Studien Interventionen, die unter anderem auf die Stärkung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausgerichtet sind. Auch die Stärkung von Menschen, die in ländlichen Gebieten leben, steht häufig im wissenschaftlichen Fokus. Dagegen existieren in Bezug auf weniger personenstarke Gruppen, wie LSBTIQ+-Personen oder Menschen mit Behinderungen, deutliche Evidenzlücken (siehe hierzu auch Hameed et al., 2020; Khan et al., 2024; Nowshin et al., 2022).

Daher sollte die bilaterale EZ ihre Ansätze für die Stärkung benachteiligter Gruppen systematisch und evidenzbasiert weiterentwickeln. Im Falle personenstarker benachteiligter Gruppen kann hier auf bereits existierende evidenzerprobte Ansätze zurückgegriffen werden. So zeigen etwa Studien, dass ökonomisch und räumlich benachteiligte Gruppen durch *Outreach*- oder *Community*-Ansätze gestärkt werden können (Ahmed et al., 2022; Meherali et al., 2021; Scott et al., 2015; siehe auch Kapitel 4.1).[125] Hierbei können auch Ansätze der digitalen Medizin, beispielsweise telemedizinische Angebote, eine wichtige Rolle spielen (siehe Kapitel 5).[126] Diese Ansätze können auch genutzt werden,

124 Eine Disaggregation kann beispielsweise nach dem *PROGRESS*-Schema (*Place of residence, Race/ethnicity/culture/language, Occupation, Gender/sex, Religion, Education, Socioeconomic status* und *Social capital*) erfolgen, das eine Einteilung in Gruppen basierend auf ihrer gesundheitlichen Ungleichheit vornimmt (O'Neill et al., 2014; WHO, 2013).

125 Diese Ansätze versuchen, die Distanz zu Dienstleistungen der SRGR zu überbrücken, indem diese geografisch näher zu Rechteinhabenden gebracht werden und somit die sogenannte letzte Meile überwunden wird. Bei diesen Ansätzen werden meist lokale Gesundheitsmitarbeitende eingebunden, die Rechteinhabende zu gesundheitsrelevanten Themen wohnortnah und niedrigschwellig sensibilisieren.

126 Neben der Überbrückung der räumlichen Distanz zu Gesundheitseinrichtungen können entsprechende Maßnahmen auch Dienstleistungen der SRGR für jene Personen benachteiligter Gruppen bereitstellen, die ihre Anonymität aufgrund sozialer oder politischer Zugangsbarrieren zu Gesundheitseinrichtungen wahren wollen. Zusätzlich können auch gesundheitliche Barrieren wie körperliche Einschränkungen oder Infektionen (etwa durch Covid-19 oder Ebola) überbrückt werden, die die Nutzung herkömmlicher medizinischer Dienstleistungen einschränken (Chattu et al., 2021; Lopes et al., 2023). Voraussetzung für den Einsatz der digitalen Medizin sollte sein, dass die Ansätze das Prinzip der *digital health equity* berücksichtigen (Chattu et al., 2021).

um die spezifischen Bedarfe einzelner benachteiligter Gruppen gezielt zu berücksichtigen, etwa Anonymität bei der Gruppe der Jugendlichen.[127] Dass die Weiterentwicklung von Ansätzen für die Stärkung weniger personenstarker benachteiligter Gruppen ebenfalls wichtig ist, zeigen die wenigen Studien, die sich mit der Förderung dieser Gruppen beschäftigen: Die Wahrscheinlichkeit, nachhaltig zu wirken, ist bei Vorhaben mit Maßnahmen, die spezifisch auf die Stärkung dieser Gruppen ausgerichtet sind, höher als bei Vorhaben ohne diesen Schwerpunkt (siehe Kapitel 4.6).

Empfehlung 4

Die Durchführungsorganisationen sollten Ansätze zur nachhaltigen Stärkung besonders benachteiligter Gruppen weiterentwickeln und in unterschiedlichen Partnerlandkontexten evidenzbasiert pilotieren. Ausgangsbasis hierfür sollten in der Evaluierung und darüber hinaus identifizierte wirksame Ansätze für die Stärkung besonders benachteiligter Gruppen sein.

Umsetzungshinweise:

- Die systematische Auswahl von Partnerländern für die Pilotierung von Ansätzen ermöglicht es, vergleichende empirische Evidenz über die Wirksamkeit der Ansätze in unterschiedlichen Kontexten zu generieren. Dabei kann die Auswahl auf Länder beschränkt sein, in denen SRGR als Aktionsfeld umgesetzt wird.
- Für die Pilotierung kann Evidenz zur Wirksamkeit der Ansätze aus den Monitoring- und Evaluierungssystemen der Durchführungsorganisationen genutzt werden. Alternativ ist auch eine wissenschaftliche Begleitung der Vorhaben möglich. Dabei kann auch die Dauerhaftigkeit von Wirkungen berücksichtigt werden, etwa indem die Überführung in Partnersysteme systematisch untersucht wird.
- Bei der Entwicklung und Pilotierung von Ansätzen ist das *Do-no-harm*-Prinzip zu berücksichtigen, damit Rechteinhabende durch Maßnahmen beispielsweise aufgrund von Stigmatisierung nicht gefährdet werden.

6.3 Rollen und Koordination von TZ und FZ

Schlussfolgerung 3: *Bei der Stärkung von SRGR in Partnerländern nehmen TZ und FZ größtenteils unterschiedliche Rollen ein. Ihre Vorhaben greifen aber selten ineinander, um die gemeinsamen übergeordneten Ziele zu erreichen. Dies erschwert die Umsetzung des ganzheitlichen Ansatzes, den das BMZ für das Aktionsfeld SRGR vorgibt. Darüber hinaus werden zum Teil unklare Rollenverteilungen augenscheinlich. So kommen einzelne Ansätze von TZ und FZ zum Einsatz, obwohl diese nicht den jeweiligen BMZ-Profilen entsprechen.*

Dieser Schlussfolgerung liegen die folgenden Ergebnisse zugrunde:

- **TZ- und FZ-Vorhaben nutzen meist unterschiedliche Ansätze.** Um gemeinsame übergeordnete Wirkungen zu erreichen, setzen TZ und FZ meist auf inhaltlich komplementäre Wirkungspfade: Das Portfolio der FZ ist von Vorhaben geprägt, die auf die Stärkung von Lieferketten sowie von Sensibilisierungs- und Aufklärungsmaßnahmen zu SRR ausgerichtet sind. Dementsprechend verfolgen die Vorhaben häufig die Ziele, die Verfügbarkeit von Produkten der SRG auszubauen oder den Zugang zu und die Qualität von Sensibilisierung hinsichtlich SRR zu stärken. Vorhaben der TZ greifen dagegen besonders häufig auf Maßnahmen zum Kapazitätsaufbau sowie Infrastruktur- bzw. Ausstattungsmaßnahmen zurück.

127 Eine weitere Übersicht über jugendfreundliche Ansätze, die als besonders wirksam bewertet wurden, bietet der UNFPA. Auf seiner Website werden auch weitere Module aufgeführt, die verschiedene SRGR-Schwerpunkte thematisieren und Hilfestellungen für Vorhaben bieten (siehe hierzu: *https://www.unfpa.org/youthstrategy*, abgerufen am 13.02.2025).

Sie zielen oft darauf ab, Dienstleistungen der SRG, etwa in Gesundheitseinrichtungen, auszubauen und entsprechende Zugangsbarrieren abzubauen (siehe Kapitel 4.2.2).

- **Bei einzelnen direkten Zielen gibt es** Überschneidungen in den Portfolios von TZ und FZ. Sowohl TZ- als auch FZ-Vorhaben haben häufig die Stärkung von Dienstleistungen der SRG oder von Beratungsangeboten zu SRR als direktes Ziel. In diesen Bereichen existiert die ansonsten vorherrschende klare Rollentrennung nicht. Darüber hinaus finden sich im Portfolio von TZ und FZ einzelne Ansätze, die eher atypisch für die jeweiligen Durchführungsorganisationen sind und nicht dem Kern der Aufgabenprofile entsprechen, die das BMZ für FZ und TZ vorgibt (BMZ, 2021b).[128] Dies gilt für Infrastruktur- und Ausstattungsvorhaben, die im Aktionsfeld SRGR oft von der TZ umgesetzt werden, und für Sensibilisierungs- und Aufklärungsmaßnahmen, deren Umsetzung häufig der FZ obliegt (siehe Kapitel 4.2.2).
- **Obwohl sie oft inhaltlich komplementär sind, wirken TZ- und FZ-Vorhaben meist nicht zusammen.** Ein Grund hierfür liegt in der eingeschränkten Koordination (siehe Kapitel 4.2.1). Zwar existieren in der Planung von Vorhaben innerhalb der deutschen EZ formelle Abstimmungsmechanismen; allerdings erschweren systeminhärente Faktoren, etwa unterschiedliche Laufzeiten oder unterschiedliche Implementierungsregionen, dass die Vorhaben tatsächlich aufeinander aufbauen. Während der Implementierung fehlen formelle Koordinationsmechanismen meist völlig. Der Austausch basiert hier vor allem auf anlassbezogener, informeller und persönlicher Kommunikation zwischen Vertreter*innen der jeweiligen Vorhaben.

Folglich kann das Potenzial der meist komplementären Rollenaufteilung von TZ und FZ nicht genutzt werden, um SRGR durch die bilaterale EZ ganzheitlich zu stärken. Um den diesbezüglichen Anspruch des BMZ zu erfüllen und übergeordnete Wirkungen zu erreichen, sollen unterschiedliche Handlungsfelder zusammenwirken.[129] Allerdings werden bilaterale EZ-Vorhaben in Partnerländern selten aufeinander abgestimmt eingesetzt. Da auch das Ineinandergreifen mit Vorhaben anderer Entwicklungsakteure nur im Einzelfall gelingt, ist die integrierte und ganzheitliche Stärkung von SRGR in Partnerländern insgesamt erschwert.

Dabei verweisen wissenschaftliche Studien darauf, dass gerade die Kombination mehrerer Komponenten für die Stärkung von SRGR in Partnerländern wichtig ist (für eine Übersicht über die Evidenz zur Wirksamkeit verschiedener Ansätze auf SRGR siehe Online-Anhang). Häufig werden hier Vorhaben genannt, die Aspekte unterschiedlicher Wirkungsstränge miteinander verbinden.[130] Innerhalb der untersuchen Vorhaben der bilateralen EZ werden zwar häufig mehrere Ansätze eingesetzt, doch bedeutet dies nicht automatisch, dass SRGR ganzheitlich gestärkt wird, wie die oben zusammengefassten Ergebnisse der Evaluierung zur Rollentrennung zwischen TZ und FZ zeigen.

Die identifizierten Herausforderungen für die interne Kohärenz sind kein Spezifikum des Aktionsfeldes SRGR, sondern charakteristisch für die bilaterale EZ insgesamt. Die Vielfalt der Implementierungskanäle und Modalitäten der deutschen EZ sowie die Vor- und Nachteile, die mit der Komplexität ihrer Implementierungsstrukturen einhergehen, werden in der Forschung und der EZ-Praxis schon seit längerem

128 Mit der FZ werden häufig insbesondere EZ-Modalitäten wie „Zuschüsse, Entwicklungskredite, Förderkredite, Bürgschaften und Beteiligungen" verbunden. Bei der TZ sind es „neben Finanzierungen, Sachgütern, Trainings und Studienreisen alleine fünf verschiedene Instrumente der personellen Zusammenarbeit" (siehe hierzu: *https://blogs.idos-research.de/2017/05/18/die-instrumente-der-deutschen-entwicklungszusammenarbeit-zukunftsfaehige-vielfalt-oder-weiterhin-reformbeduerftige-ueberdiversifizierung/*, abgerufen am 13.08.2024).

129 So sollen etwa Einstellungsveränderungen bei Mädchen und Frauen sowie bei Menschen in ihrem Umfeld die Nachfrage nach Dienstleistungen und Produkten im Bereich SRGR erhöhen. Indem zugleich auch die Qualität und Zugänglichkeit dieser Dienstleistungen und Produkte erhöht wird, soll insgesamt die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen verbessert werden. Voraussetzung für ein mögliches Zusammenwirken diese Handlungsfelder ist, dass sich die jeweiligen Aktivitäten räumlich und zeitlich aufeinander beziehen (siehe Kapitel 2.2 und 2.3).

130 So belegen Studien etwa, dass die Kombination des *Social-marketing*-Ansatzes mit Fortbildungsmaßnahmen für Gesundheitspersonal zu einer Verbesserung von Einstellungen zu modernen Kontrazeptiva und der Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen beitragen kann (Hinson et al., 2020). Auch für die Stärkung benachteiligter Gruppen oder die Förderung von SRGR in Konflikt-Kontexten ist die Kombination mehrerer Ansätze wichtig. So weisen Studien beispielsweise darauf hin, dass Jugendliche durch umfassende Sexualaufklärung (CSE) vor allem dann erreicht werden, wenn schulbasierte Aktivitäten mit gemeindebasierten Elemente oder jugendfreundlichen Gesundheitsdienstleistungen (einschließlich der Verteilung von Kondomen durch Anbieter*innen, die im respektvollen, vorurteilsfreien und bedarfsorientierten Umgang mit Jugendlichen geschult sind) verbunden werden (sehe hierzu auch: *https://www.unfpa.org/youthstrategy* , abgerufen am 23.04.2025).

thematisiert.[131] Auch Herausforderungen für die interne Kohärenz der bilateralen EZ werden in einer Reihe von Studien und Evaluierungen benannt. So basiert die Koordination zwischen TZ und FZ auch in anderen Aktionsfeldern meist nur auf informellem Austausch, und eine Zusammenarbeit erfolgt häufig nur im Zuge der Arbeit an gemeinsamer Berichterstattung. Die gemeinsame Planung und Implementierung von Modulen findet dagegen nur vereinzelt statt (Dok xxii). Evaluierungen des DEval formulieren sektorübergreifend ähnliche Befunde. Die Synthese von Länderportfolioreviews des DEval hebt beispielsweise hervor, dass die „Verzahnung von TZ und FZ [...] nicht systematisch" gelingt(Vorwerk und Köder, 2024, S. 30). Während die Kommunikation zwischen Vorhaben häufig gut funktioniert, werden Synergiepotenziale oft nicht systematisch identifiziert und genutzt. So werden TZ und FZ auf operativer Ebene kaum verzahnt. Die Zusammenarbeit wird unter anderem durch unterschiedliche Zeithorizonte der Module sowie Verzögerungen in der Umsetzung einzelner Module erschwert (siehe hierzu auch Amine et al., 2021). Auch die geografische Heterogenität von Modulen kann die Verzahnung erschweren, etwa wenn Maßnahmen in unterschiedlichen Regionen durchgeführt werden.

Um das Aktionsfeld SRGR in Partnerländern ganzheitlich umzusetzen, sollte das BMZ umfassend EZ-Programme einsetzen. In der Steuerungsstruktur der bilateralen EZ existiert mit den EZ-Programmen ein Instrument, mit dem Module innerhalb eines Aktionsfeldes auf Länderebene gebündelt werden sollen.[132] Diese EZ-Programme sollen vielen der im Rahmen dieser Evaluierung identifizierten Herausforderungen der internen Kohärenz begegnen. In Partnerländern, in denen SRGR ganzheitlich umgesetzt wird (Typ 1; siehe Kapitel 6.1, Empfehlung 1), sollten daher EZ-Programme genutzt werden, um inhaltlich komplementäre Module der TZ und FZ so zu bündeln, dass sie zeitlich und räumlich ineinandergreifen können.[133]

Bei der Umsetzung von EZ-Programmen im Aktionsfeld sollten die bekannten Herausforderungen für ihre Implementierung berücksichtigt werden. Obwohl das Aktionsfeld in allen sechs untersuchten Fallstudienländern durch mehrere Module der bilateralen EZ umgesetzt wird, existieren nur in drei Ländern EZ-Programme. Dort, wo EZ-Programme existieren, wurden sie teilweise nicht aktualisiert, sodass die derzeitigen Module nicht mehr den ursprünglichen EZ-Programmen entsprechen. Ergebnisse anderer DEval-Evaluierungen verweisen auf generelle Herausforderungen bei der Umsetzung von EZ-Programmen. So kommt eine Evaluierung der Wirkungsorientierung von EZ-Programmen zu dem Schluss, dass in EZ-Programmen das „Zusammenwirken zwischen Modulen [...] derzeit nicht ausreichend und nachvollziehbar verschriftlicht" ist (Amine et al., 2021, S. viii). Dadurch würden Module in der Praxis selten operativ ineinandergreifen. Die DEval-Synthese von Länderportfolioreviews hebt zudem hervor, dass neue EZ-Programme häufig nur eine lose Klammer für bereits existierende Module bilden, ohne dass diese Module angepasst werden. Dies kann zu Unklarheit bezüglich der Zielsetzungen von EZ-Programmen führen. Dabei können gerade gemeinsame Planungsprozesse im Rahmen der EZ-Programmerstellung helfen, die Kohärenz von Modulen zu stärken (Vorwerk und Köder, 2024). Folglich fordert das DEval in seiner Evaluierung der Wirkungsorientierung von EZ-Programmen, deren Zielindikatoren zu verbessern, um langfristige Beiträge abbilden zu können, oder aber Module, die keine Beiträge zu EZ-Programmen leisten, von diesen auszuschließen (Amine et al., 2021).

131 Siehe hierzu beispielsweise *https://blogs.idos-research.de/2017/05/18/die-instrumente-der-deutschen-entwicklungszusammenarbeit-zukunftsfaehige-vielfalt-oder-weiterhin-reformbeduerftige-ueberdiversifizierung/*, abgerufen am 15.08.2024.

132 EZ-Programme stellen das hauptsächliche Instrument des BMZ dar, um die interne Kohärenz der bilateralen EZ zu gewährleisten. Die als Module bezeichneten Vorhaben, die in einem Aktionsfeld gemeinsam zu übergeordneten Wirkungen beitragen, werden in EZ-Programmen gebündelt. Dort werden gemeinsame, übergeordnete Ziele der bilateralen EZ definiert und das Zusammenwirken der dazugehörigen Module beschrieben. Dabei wirken EZ-Programme ausschließlich durch die Module, die sie bündeln (Dok xviii).

133 Diese Empfehlung steht im Kontext anderer DEval-Evaluierungen. So legt die DEval-Synthese von Länderportfolioreviews dem BMZ nahe, die Verbindlichkeit von Steuerungsinstrumenten wie der EZ-Programme zu stärken (Vorwerk und Köder, 2024). Bei der Umsetzung von EZ-Programmen im Aktionsfeld SRGR sollte beispielsweise gewährleistet werden, dass Module, die das Ziel haben, Einstellungen von Rechteinhabenden zu verändern, an denselben Orten und zur selben Zeit durchgeführt werden wie Vorhaben, die Gesundheitseinrichtungen stärken. Dadurch können das Angebot von SRG-Dienstleitungen und die Nachfrage nach diesen gleichzeitig erhöht werden.

Empfehlung 5

Das BMZ und die Durchführungsorganisationen sollten in allen Partnerländern, in denen SRGR ganzheitlich umgesetzt wird, gewährleisten, dass SRGR-Module der bilateralen EZ ineinandergreifen und gemeinsam zu langfristigen, übergeordneten Zielen beitragen. Dazu sollten sie jeweils ein EZ-Programm umsetzen, das alle Module des Aktionsfeldes umfasst. Darin sollte definiert werden, wie die einzelnen SRGR-Module so ineinandergreifen, dass ihre Aktivitäten und Wirkungen inhaltlich, räumlich und zeitlich aufeinander aufbauen.

Umsetzungshinweise:

- Das BMZ und die Durchführungsorganisationen können bei der Konzeption von EZ-Programmen einen Fokus darauf legen, dass inhaltlich komplementäre Vorhaben zeitlich und räumlich aufeinander aufbauen und zu übergeordneten, langfristige Zielen für die Stärkung von SRGR beitragen.
- Das BMZ und die Durchführungsorganisationen können bekannte Herausforderungen bei der Umsetzung von EZ-Programmen berücksichtigen. Dies umfasst unter anderem die Definition von Schnittstellen zwischen Modulen, die Berücksichtigung unterschiedlicher Zeithorizonte bei der Implementierung von TZ- und FZ-Modulen, die Definition und Operationalisierung von klaren übergeordneten Zielen mittels messbarer Indikatoren sowie die Festlegung von formalen Koordinationsmechanismen während der Implementierung von EZ-Modulen und -Programmen.

6.4 Kontextspezifischer Einsatz nachhaltiger und wirksamer Ansätze

Schlussfolgerung 4: *Einzelne Ansätze der bilateralen EZ sind gegenüber herausfordernden Kontextbedingungen in Partnerländern widerstandsfähiger als andere. Vor allem die Wirksamkeit von Infrastrukturvorhaben und Vorhaben, die auf Kapazitätsstärkung ausgerichtet sind, ist in Ländern mit geringerem HDI und in fragilen Kontexten durchschnittlich niedriger als in anderen Länderkontexten. Die Wirksamkeit von anderen Ansätzen variiert je nach Länderkontext dagegen kaum.*

Dieser Schlussfolgerung liegen die folgenden Ergebnisse zugrunde:

- **Die Bewertung insbesondere der Relevanz und Nachhaltigkeit von SRGR-Vorhaben unterscheidet sich je nach verwendetem Ansatz.** In den untersuchten Evaluierungsberichten zu Vorhaben, die Infrastrukturmaßnahmen oder Maßnahmen zum Kapazitätsaufbau beinhalten, werden diese beiden Kriterien durchschnittlich besser bewertet als im Durchschnitt anderer SRGR-Vorhaben. Zudem erhalten Vorhaben mit Infrastrukturmaßnahmen für ihre übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit eine bessere Bewertung als der Durchschnitt aller anderen Vorhaben. Dies spiegelt sich auch in einer durchschnittlich besseren Gesamtbewertung der Vorhaben wider. Vorhaben, die auf die Stärkung von Lieferketten oder die Sensibilisierung hinsichtlich SRGR ausgerichtet sind, erhalten in der Gesamtbewertung hingegen schlechtere Noten als der Durchschnitt aller anderen Vorhaben.
- **Dabei ist der Erfolg von einzelnen Ansätzen stark kontextabhängig.** So erhalten Vorhaben, die unter anderem auf die Stärkung von Infrastruktur und Ausstattung ausgerichtet sind, in Ländern mit niedrigem HDI und in fragilen Staaten durchschnittlich schlechtere Noten für ihre Wirksamkeit und Nachhaltigkeit als in anderen Kontexten. Analog dazu sind auch Vorhaben, die Maßnahmen zur Kapazitätsstärkung durchführen, in diesen Kontexten durchschnittlich weniger wirksam. In beiden Fällen ist insbesondere die Nachhaltigkeit geringer.[134] Die Bewertung anderer Ansätze ist dagegen unabhängig vom Kontext: Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Vorhaben, welche unter anderem Lieferketten stärken und Sensibilisierungsmaßnahmen durchführen, sind in Ländern mit höherem und niedrigerem HDI ähnlich. Dasselbe gilt für die Fragilität von Partnerländern.

134 Dieser Befund der eingeschränkten Wirksamkeit bestimmter Ansätze in fragilen Kontexten ergänzt Befunde des DEval, die darauf hinweisen, dass mit Blick auf die Art der Fragilität eines Partnerlandes sektorübergreifend keine Unterschiede in der Wirksamkeit bilateraler EZ-Vorhaben bestehen (Wencker und Verspohl, 2019).

Aufgrund der aktuellen Ausrichtung des Portfolios der deutschen bilateralen EZ auf Länder Afrikas südlich der Sahara deutet dies auf Herausforderungen für die Umsetzung des Aktionsfeldes SRGR hin. Die Strategie für das Kernthema 6 betont, dass die bilaterale EZ einen Schwerpunkt auf sogenannte *low income countries* „vor allem in Afrika und Asien" legen soll (BMZ, 2023b, S. 15). Dies spiegelt sich im SRGR-Portfolio der bilateralen EZ wider. Der überwiegende Teil der ODA-Mittel für SRGR fließt in Länder Afrikas südlich der Sahara (siehe Kapitel 2.4). Zudem liegen alle Partnerländer, in denen Maßnahmen im Aktionsfeld SRGR während des Zeitpunkts der Datenerhebung umgesetzt wurden, in dieser Region. Hierbei handelt es sich überwiegend um sogenannte am wenigsten entwickelte Länder (*least developed countries*, LDCs).[135] Daher stellt sich die Frage, wie Vorhaben der deutschen EZ in entsprechend weniger förderlichen Kontextbedingungen wirksam und nachhaltig ausgestaltet werden können.[136]

Auch vor dem Hintergrund der in der Szenarioanalyse fest für SRGR ist dieser Befund bedenkenswert. Das Szenario „Wachsende Herausforderungen aufgrund normativer Fragmentierung" beschreibt eine Zukunft, in der die normative Polarisierung sowohl international als auch innerhalb von Gesellschaften zunimmt. Dies wird durch zunehmende Krisen und Katastrophen verstärkt, sodass in diesem Szenario insgesamt von einer zunehmenden Fragilität innerhalb von Gesellschaften ausgegangen wird (siehe Kapitel 5). Diese Herausforderungen existieren im Einzelnen bereits, wie die Ergebnisse der Fallstudienländer zeigen. So verweisen interviewte Personen in fragilen Fallstudienländern beispielsweise auf eine eingeschränkte Nachhaltigkeit von Infrastrukturvorhaben, die sich aus Schwierigkeiten bei der Instandhaltung ergibt (siehe Kapitel 4.6).

Insgesamt existiert eine breite Evidenzbasis zur Wirksamkeit einzelner Ansätze des Aktionsfeldes SRGR. Die DEval-Evidenzkarte verweist auf die große Anzahl hochwertiger Studien zur Wirksamkeit von Ansätzen, die SRGR stärken sollen. Diese breite Evidenzbasis spiegelt sich auch in Untersuchungen zu besonders wirksamen Ansätzen, den sogenannten *High Impact Practices* (HIPs), wider.[137] Für einige Ansätze, die von Vorhaben der bilateralen EZ umgesetzt werden, liegt gute wissenschaftliche Evidenz vor. Dies gilt insbesondere für Ansätze, die auf den Kapazitätsaufbau in Gesundheitseinrichtungen (durch die Stärkung von Führungs- und Managementkompetenzen sowie das Training von Gesundheitspersonal) oder den Ausbau von Sensibilisierung und Aufklärung (unter anderem durch die Stärkung von mobilen oder gemeindebasierten Dienstleistungen, *Social Marketing* oder die Einbeziehung von Männern) ausgerichtet sind. Bei anderen häufig verwendeten Ansätzen wie der Beratung zu politischen Rahmenbedingungen, Infrastruktur- oder Ausstattungsmaßnahmen oder der Stärkung von Lieferketten existieren keine eindeutigen wissenschaftlichen Befunde.[138] In der wissenschaftlichen Debatte werden darüber hinaus weitere Ansätze angeführt, die jedoch selten in der bilateralen EZ zum Einsatz kommen. So werden beispielsweise nur wenige Maßnahmen durchgeführt, die auf die öffentliche Gesundheitsfinanzierung oder direkte Finanzierungsleistungen an Rechteinhabende ausgerichtet sind (siehe Kapitel 4.2.2 sowie Online-Anhang).

135 Insgesamt liegen 33 der 46 LDCs in Afrika südlich der Sahara (siehe hierzu: *https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/topics/policy-sub-issues/oda-eligibility-and-conditions/DAC-List-of-ODA-Recipients-for-reporting-2024-25-flows.pdf*, abgerufen am 12.08.2024).

136 In Afrika südlich der Sahara ist die Müttersterblichkeitsrate trotz deutlicher Rückgänge (-33 % im Zeitraum 2000–2020) nach wie vor deutlich höher als in anderen Regionen: Während die Länder Subsahara-Afrikas 2020 durchschnittliche eine Müttersterblichkeitsrate von 545 Frauen pro 100.000 Lebendgeburten aufwiesen, lag der Durchschnitt beispielsweise in Nordafrika und Westasien bei 84 Frauen pro 100.000 Lebendgeburten und in Zentral- und Südasien bei 129 (UNFPA, 2020). Auch die Möglichkeit von Frauen, selbstbestimmt über die eigene Sexualität und Reproduktion zu entscheiden, ist in Ländern Afrikas südlich der Sahara durchschnittlich geringer als in den meisten anderen Regionen der Welt. So liegt der Anteil der Mädchen und Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die selbstbestimmt über die eigene Sexualität und Reproduktion bestimmen können, (laut der jeweils aktuellsten vorliegenden Daten im Zeitraum 2007–2018) hier bei durchschnittlich 48 Prozent. Nur in Zentral- und Südasien sind die durchschnittlichen Werte mit 43 Prozent geringer (UNFPA, 2020). Die aktuellen Herausforderungen für SRGR sind folglich insbesondere in Ländern mit geringerem Wohlstand bedeutsam. Insgesamt wird in Studien darauf verwiesen, dass Armut, mangelnde Bildungsangebote und Konflikte die Herausforderungen für SRGR maßgeblich erhöhen (Starrs et al., 2018; UNFPA, 2021b).

137 Insgesamt werden 23 HIPs in drei Bereichen sowie vier HIP-Erweiterungsansätze vorgestellt: Neben Ansätzen zur Stärkung der Rahmenbedingungen für SRGR (etwa durch die Stärkung der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung oder Bildung für Mädchen) werden HIPs in den Bereichen „Erbringung von Dienstleistungen der SRGR" (etwa durch *Outreach*- oder *Community*-Ansätze) sowie „sozialer Wandel und Verhaltensänderungen" (etwa durch die Zusammenarbeit mit Massenmedien) aufgeführt (siehe hierzu: *https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/family-planning-high-impact-practices-list/*, abgerufen am 05.03.2025).

138 Bei diesen lassen sich Abweichungen zwischen der DEval-Evidenzkarte und den HIPs identifizieren. So werden beispielsweise „*Strategic Social Accountability*" und „*Supply Chain Logistics*" als HIPs genannt, obwohl zu diesen laut DEval-Evidenzkarte eine Evidenzlücke existiert. Auch zu rechtlichen Rahmenbedingungen und Politikberatung existierten nur wenige Studien, obwohl dieser Bereich in den HIPs prominent genannt wird (Khan et al., 2024).

Wie die DEval-Evidenzkarte zu SRGR zeigt, ist die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit von Ansätzen in unterschiedlichen – insbesondere in herausfordernden – Kontexten, lückenhaft (Khan et al., 2024). Dabei existieren vereinzelt Studien, die Hinweise auf wirkungsvolle Ansätze in diesen Kontexten geben können. So kommen Singh et al. (2018) in ihrer Auswertung von 29 Studien beispielsweise zu dem Ergebnis, dass SRG in humanitären Krisen durch Maßnahmen wie Hausbesuche und *peer-to-peer*-basierte Beratungsleistungen oder durch die Stärkung von Gesundheitspersonal oder von gemeindebasierten Gesundheitsmitarbeitenden verbessert werden kann.[139]

Aufgrund dieser Lücke sollte eine systematische und evidenzbasierte Auseinandersetzung mit der kontextspezifischen Wirksamkeit und Nachhaltigkeit einzelner Ansätze stattfinden. Die vorliegenden Evaluierungsergebnisse und die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien können hierfür als Ausgangspunkt verwendet werden. Auf dieser Grundlage lässt sich die Nutzung spezifischer Ansätze zur Stärkung von SRGR auch in fragilen oder herausfordernden Kontexten evidenzbasiert steuern.[140]

Empfehlung 6

Das BMZ und die Durchführungsorganisationen sollten den evidenzbasierten Einsatz von Ansätzen für SRGR weiterentwickeln, indem sie vorhandene Datenbanken mit Evidenz zur Wirksamkeit dieser Ansätze strukturiert nutzen. Dies umfasst sowohl interne Evidenz aus Monitoring und Evaluierung als auch externe Evidenz aus wissenschaftlichen Studien.

Umsetzungshinweise:

- Das BMZ und die Durchführungsorganisationen können die evidenzbasierte Steuerung des Aktionsfeldes langfristig an der Vision einer umfassenden Evidenzagenda ausrichten. Diese kann vorsehen, dass externe und interne empirische Informationen systematisch gespeichert, dem Portfolio zugeordnet und als Grundlage für die Erstellung der Wirkungstheorie einzelner EZ-Programme und Module genutzt werden. Als Beispiele können das Monitoring- und Evaluierungssystem für das Themenfeld „Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft", das derzeit entwickelt wird, sowie das *Interactive Outcome and Evidence Framework* des International Rescue Committee (IRC)[141] herangezogen werden.
- Das BMZ und die Durchführungsorganisationen können die im Zuge dieser Evaluierung erstellte SRGR-Evidenzkarte fortführen und sie zu einer lebenden Evidenzkarte machen, indem sie sie kontinuierlich um neue Studien ergänzen lassen. Die in der Evidenzkarte enthaltenen Studien können inhaltlich ausgewertet werden, etwa durch *Systematic Reviews* zu einzelnen Themen. Um Evidenzlücken zu schließen, können zudem gezielt rigorose Wirkungsevaluierungen von Vorhaben durchgeführt werden.[142]

139 Dass in Kontexten mit besonders hoher Fragilität der strukturbildenden EZ insgesamt deutliche Grenzen gesetzt sind, zeigt das DEval in seinem Themenschwerpunktbericht zur EZ in fragilen Staaten. Darin wird deutlich, dass EZ in weniger fragilen Kontexten dann strukturbildend wirken kann, wenn es dort leistungsfähige Partner gibt, die *Ownership* für die Themen der EZ übernehmen (Faust et al., 2023).

140 Diese Empfehlung steht im Kontext von Ergebnissen einer Studie des DEval zur Nutzung sogenannter rigoroser *Impact*-Evaluierungen, in der eine Reihe von Schritten formuliert wurde, um die Evidenznutzung in der Praxis der deutschen EZ zu stärken. Dies umfasst unter anderem die systematische Synthese von wissenschaftlichen Studien zur Wirksamkeit von Vorhaben (Krämer et al., 2021). Analog dazu empfiehlt die DEval-Synthese der Länderportfolioreviews, in Länderreferaten des BMZ verstärkt eine Evidenzagenda zu verfolgen (Vorwerk und Köder, 2024).

141 Siehe hierzu: *https://oef.rescue.org/#/home?_k=t1m3vc*, abgerufen am 10.10.2024.

142 Das DEval unterstützt derzeit im Rahmen seines Förderprogramms neun rigorose Wirkungsevaluierungen. Für weiterführende Informationen hierzu siehe: *https://rie.deval.org/de/rie-foerderprogramm/das-rie-foerderprogramm/foerderprogramm*, abgerufen am 10.03.2025.

6.5 Strategische Vorausschau im Aktionsfeld

Schlussfolgerung 5: *Die zukünftigen Rahmenbedingungen für die Stärkung von SRGR in Partnerländern sind aufgrund vielfältiger Wechselwirkungen mit anderen Sektoren unsicher. Insbesondere die normative Polarisierung mit Blick auf Einstellungen zu SRGR sowie die Zunahme von Konflikten und klimawandelbedingten Katastrophen können in Zukunft Herausforderungen für die Stärkung von SRGR darstellen. Chancen für die zukünftige Weiterentwicklung von SRGR ergeben sich durch die Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie durch starke zivilgesellschaftliche Akteure, die sich für SRGR einsetzen.*

Dieser Schlussfolgerung liegen die folgenden Ergebnisse zugrunde:

- **Die Rahmenbedingungen für SRGR sind aufgrund der vielfältigen Wechselwirkungen mit anderen Faktoren und Sektoren weiterhin komplex.** Die beiden ausgewählten Zukunftsszenarien zur Entwicklung von SRGR bis zum Jahr 2035 illustrieren die Spannbreite künftiger Chancen und Herausforderungen: Das Szenario „Von Herausforderungen zu Errungenschaften" beschreibt eine Zukunft, in der sich die globale Situation im Hinblick auf SRGR erheblich verbessert. Das Szenario „Wachsende Herausforderungen aufgrund normativer Fragmentierung" beschreibt hingegen eine Zukunft, die durch eine zunehmende normative Polarisierung in Bezug auf Einstellungen zu SRGR geprägt ist.
- **Diese Veränderungen haben Auswirkungen auf die Situation in den Partnerländern.** Die nationalen Ausprägungen des Szenarios „Von Herausforderungen zu Errungenschaften" für Togo und Kamerun zeigen Potenziale auf: Digitale Technologien, das Engagement zivilgesellschaftlicher Akteure und Partnerschaften in der internationalen Zusammenarbeit können wichtige Beiträge dazu leisten, SRGR in Zukunft zu stärken. Hierbei müssen allerdings Einschränkungen berücksichtigt werden, insbesondere in abgelegenen ländlichen Regionen, wo der Zugang zu Technologien und Ressourcen begrenzt ist. Die nationalen Betrachtungen des Szenarios „Wachsende Herausforderungen aufgrund normativer Fragmentierung" illustrieren Entwicklungen, die auf gegen SRGR gerichtete Normen, regionale Unterschiede, Konflikte oder den Klimawandel zurückgehen.

Die Szenarien zeigen Potenziale für eine positive Transformation auf. Beide Szenarien sind geprägt von der zunehmenden Bedeutung, die Technologie und Digitalisierung für SRGR haben. Dieses transformative Potenzial wird auch in anderen Studien hervorgehoben. So weist etwa der UNFPA darauf hin, dass die Digitalisierung durch neue Versorgungsmodelle wie Selbstversorgung und Ferndiagnosen den Zugang zu Dienstleistungen der SRG – insbesondere in abgelegenen ländlichen Regionen – verbessern kann (UNFPA, 2024b, 2024c). Darüber hinaus wird in beiden Szenarien die Rolle einzelner zivilgesellschaftlicher Akteure hervorgehoben. Diese Akteure können entscheidende Treiber sein, um SRGR auch dann voranzubringen, wenn auf internationaler und nationaler Ebene entgegengesetzte Bestrebungen bestehen. Dieses Potenzial lässt sich auch anhand eines gegenwärtigen Beispiels illustrieren: 2024 haben zivilgesellschaftliche Organisationen in Gambia erfolgreich verhindert, dass das Gesetz zur Bestrafung von FGM zurückgenommen wird.[143] Bei solchen Bemühungen können sich zivilgesellschaftliche und internationale Akteure gegenseitig unterstützen.

Darüber hinaus verweisen die Szenarien auch auf künftige Herausforderungen für SRGR. Beide Szenarien verdeutlichen, dass normative Polarisierung auf internationaler und nationaler Ebene, in Kombination mit gesellschaftlicher und wirtschaftlicher

143 Nachdem einige politische und religiöse Autoritäten versuchten, den 2015 erlassenen *Women's (Amendment) Act,* in dem FGM kriminalisiert wird, aufzuheben, mobilisierten sich zivilgesellschaftliche Organisationen, um das Gesetz durch öffentliche Demonstrationen, rechtliche *Advocacy*-Arbeit und Aufklärungskampagnen zu den schädlichen Auswirkungen von FGM zu verteidigen. Aktivist*innen machten Zeugnisse von Überlebenden publik, die eine entscheidende Rolle dabei spielten, die schweren physischen und psychischen Folgen von FGM zu verdeutlichen. In der Folge lehnte das gambische Parlament schließlich den Gesetzesentwurf ab, der die Aufhebung des *Women's (Amendment) Act* vorsah. Gambia ist nicht das einzige Land, in dem die Relevanz einer starken Zivilgesellschaft für die Stärkung der SRGR deutlich wird. Jüngste Beispiele aus Mexiko und Argentinien zeigen dies ebenfalls. In Mexiko gelang es zivilgesellschaftlichen Gruppen 2021 nach jahrelangem Einsatz, die Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen durchzusetzen. Ähnlich führte im Jahr zuvor in Argentinien die „Grüne Welle"-Bewegung zur Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen. Zugleich muss hierbei jedoch berücksichtigt werden, dass Zivilgesellschaft immer pluralistisch und heterogen ist. Das Schlagwort der „*Bad Civil Society*" verweist darauf, dass Zivilgesellschaft – als wertneutrales, analytisches Konstrukt – auch Akteure und Bewegungen umfassen kann, die sich gegen Menschenrechte einsetzen (Chambers und Kopstein, 2001).

Ungleichheit, zu zunehmenden innergesellschaftlichen Auseinandersetzungen führen kann.[144] Dies kann die Stärkung von SRGR in vielen Partnerländern erschweren. Zunehmende bewaffnete Konflikte auf nationaler oder regionaler Ebene sowie die Auswirkungen des Klimawandels tragen ebenso dazu bei. Eine Analyse des UNFPA (2023) bestätigt diesen Befund – auch sie identifizierte Konflikte und die Auswirkungen des Klimawandels als grundsätzliche künftige Herausforderungen für SRGR.

Das BMZ sollte sich auf der Grundlage der Szenarioanalyse mit diesen Herausforderungen auseinandersetzen und ihnen entgegenwirken. Da sich die künftigen Rahmenbedingungen auch kurzfristig ändern können, sollte es regelmäßig Prozesse der strategischen Vorausschau durchführen und in die Steuerung des Aktionsfeldes einfließen lassen. Dabei kann auf Erfahrungen mit bereits umgesetzten Prozessen aufgebaut werden (BMZ, 2018b).[145] Diese Art von Prozessen der strategischen Vorausschau sind für die EZ insgesamt wichtig. Besondere Bedeutung kommt ihnen aber bei SRGR zu, da es sich dabei um einen Bereich handelt, der durch hohe Komplexität und Dynamik gekennzeichnet ist und von vielen gesellschaftlichen, politischen und technologischen Faktoren beeinflusst wird. Zudem ist SRGR – wie auch andere Bereiche – für unvorhergesehene Ereignisse wie Pandemien oder politische Umbrüche besonders anfällig. Prozesse der strategischen Vorausschau können nicht nur helfen, diese Komplexität systematisch zu erfassen; sie ermöglichen es auch, zukünftige Entwicklungen zu antizipieren und die Strategien und Vorhaben entsprechend zu steuern.

Empfehlung 7

Das BMZ sollte die in der Vergangenheit umgesetzten Prozesse der strategischen Vorausschau, wie sie beispielsweise in der Studie „Entwicklungspolitik 2032" zum Ausdruck kommen, weiterentwickeln und auf sektorübergreifender Ebene regelmäßig fortführen. Dadurch lassen sich künftige Chancen und Herausforderungen für die Entwicklungspolitik systematisch durchspielen und Reaktionen darauf vorbereiten. Die Ergebnisse dieses Prozesses und die Erkenntnisse der vorliegenden Szenarioanalyse sollten für die künftige strategische Steuerung des Aktionsfeldes SRGR genutzt werden.

Umsetzungshinweis:

- Das BMZ kann Prozesse der strategischen Vorausschau kosteneffizient gestalten, indem es diese sektorübergreifend bündelt. Somit kann einer Fragmentierung ähnlicher Prozesse vorgebeugt werden.
- Die Ergebnisse der vorliegenden Szenarioanalyse können dem BMZ als Ausgangspunkt für die strategische Steuerung des Aktionsfeldes dienen. Auf ihrer Basis kann sich das BMZ im ersten Jahr mit Chancen und Herausforderungen auseinandersetzen. In den darauffolgenden Jahren können die Ergebnisse dann auf der Grundlage übergreifender Ergebnisse aktualisiert werden.
- Um die Auswirkungen auf verschiedene Aktionsfelder und Partnerländer kontextspezifisch zu bestimmen, kann das BMZ Perspektiven und Positionen aus Durchführungsorganisationen sowie aus Partnerländern in den Prozess der strategischen Vorausschau einbinden.
- Bei der Formulierung von Reaktionen auf mögliche zukünftige Herausforderungen kann das Sektorreferat die Repriorisierung von Aktivitäten und die Reallokation von ODA-Mitteln berücksichtigen. Darüber hinaus können auch notwendige Abstimmungsprozesse mit Partnern vorbesprochen werden, um im Falle kurzfristig eintretender Herausforderungen zeitnah reagieren zu können.

144 Die erste Amtszeit von Donald Trump (2017–2021) zeigte, wie politische Polarisierung SRGR beeinträchtigen kann. Konkrete Beispiele waren die Wiedereinführung und Erweiterung der *Global Gag Rule* (die vorsieht, dass Nichtregierungsorganisationen, die Informationen und Dienstleistungen zu Schwangerschaftsabbrüchen anbieten oder diese politisch unterstützen, die finanziellen Regierungsmittel gestrichen werden) sowie die Kürzung der Finanzierung für den UNFPA. Die aktuelle zweite Amtszeit Trumps (seit Januar 2025) setzt diese Tendenz fort. Besonders gravierend ist die angekündigte Schließung von USAID, der weltweit größten bilateralen Geberorganisation für EZ. Dies wird voraussichtlich tiefgreifende Folgen für SRGR-Programme weltweit haben, insbesondere in Afrika, wo USAID eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung spielt.

145 Darin wird festgehalten, dass der strategische Umgang mit Zukunft ein wichtiger Aspekt der institutionellen Steuerung des BMZ ist: „*From this, we have learned that strategic foresight is a critical component of policy and strategy development*" (BMZ, 2018b, S. 2). Weiterführende Informationen dazu: *https://www.bmz.de/de/ministerium/arbeitsweise/strategische-vorausschau-52858*, abgerufen am 09.10.2024. Die Bedeutung von Vorausschau als Steuerungsinstrument von Politik wird auch im zum Evaluierungszeitpunkt aktuellen Koalitionsvertrag der Bundesregierung deutlich. Darin wird darauf hingewiesen, dass das „Instrument der strategischen Vorausschau [...] wirksam" verankert werden soll (Bundesregierung, 2025, S. 57). Als wesentliche Aufgabe eines Nationalen Sicherheitsrates kommt diesem Instrument insgesamt für die außenorientierten Politikfelder eine hohe Bedeutung zu.

7.

LITERATUR

Abuya, T., M. Dennis, D. Matanda, F. Obare und B. Bellows (2018), *Impacts of removing user fees for maternal health services on universal health coverage in Kenya*, International Initiative for Impact Evaluation (3ie), *http://3ieimpact.org/evidence-hub/publications/impact-evaluations/impacts-removing-user-fees-maternal-health-services*.

Ahmed, S., L. E. Chase, J. Wagnild, N. Akhter, S. Sturridge, A. Clarke, P. Chowdhary, D. Mukami, A. Kasim und K. Hampshire K. (2022), „Community health workers and health equity in low- and middle-income countries: systematic review and recommendations for policy and practice", *International Journal for Equity in Health*, Vol. 21, Nr. 1, S. 49, *https://doi.org/10.1186/s12939-021-01615-y*.

Amine, M., J. Ihl, M. Kiefer und N. Herforth (2021), *Wirkungsorientierung und Evaluierbarkeit von EZ-Programmen. Erfahrungen aus den Programmen zur nachhaltigen Wirtschaftsentwicklung in Ägypten, Mosambik und Myanmar*, Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), Bonn.

Asingwire, N., D. Muhangi, S. Kyomuhendo und J. Leight (2019), *Impact evaluation of youth-friendly family planning services in Uganda*, International Initiative for Impact Evaluation (3ie), New Delhi.

Austrian, K., E. Soler-Hampejesek, B. Kangwana, N. Maddox, M. Diaw, Y. D. Wado, W. Abuya, E. Muluve, F. Mbushi, H. Mohammed, A. Aden und J. A. Maluccio (2022), „Impacts of Multisectoral Cash Plus Programs on Marriage and Fertility After 4 Years in Pastoralist Kenya: A Randomized Trial", *Journal of Adolescent Health*, Nr. 70(6), S. 885–894.

Baird, S., E. Chirwa, C. McIntosh und B. Özler (2015), *What happens once the intervention ends? The medium-term impacts of a cash transfer programme in Malawi*, Impact Evaluation Report, Nr. 27, Social Protection, International Initiative for Impact Evaluation (3ie), *https://doi.org/10.23846/ow2147*.

Beaudoin, C. E., H. Chen und S. Agha (2016), „Estimating Causal Effects With Propensity Score Models: An Evaluation of the Touch Condom Media Campaign in Pakistan", *Journal of Health Communication*, Taylor & Francis, Vol. 21, Nr. 4, S. 415–423, *https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1095818*.

BMZ (2008), *BMZ Spezial 148. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik. Positionspapier*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2009), *Entwicklungspolitischer Gender-Aktionsplan 2009–2012*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2011), *Menschenrechte in der deutschen Entwicklungspolitik. Konzept*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2014), *Bevölkerungsdynamik in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Positionspapier*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2016), *Entwicklungspolitischer Aktionsplan zur Gleichberechtigung der Geschlechter 2016–2020*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2017), *Agents of Change – Kinder- und Jugendrechte in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2018a), *Entwicklungspolitik 2030. Neue Herausforderungen – neue Antworten*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2018b), *Development Policy in 2032. Global Trends and Hypotheses on Future Development Cooperation. Discussion Paper*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2019), *Globale Gesundheit – Eine Investition in die Zukunft*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2021), *Leitlinien für die bilaterale Finanzielle und Technische Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2022), *Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte stärken. Die BMZ-Initiative Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2023a), *Feministische Entwicklungspolitik. Für gerechte und starke Gesellschaften weltweit*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2023b), *Gesundheit, Soziale Sicherung, Bevölkerungsdynamik. Kernthemenstrategie,* Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2023c), *Mehr als nur ein „Frauenthema" – Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte als Schlüssel feministischer Entwicklungspolitik*, Dialogveranstaltung, *https://www.bmz.de/de/aktuelles/dialog-sexuelle-und-reproduktive-gesundheit-und-rechte-153190*.

BMZ (2023d), *Menschenrechtskonzept der deutschen Entwicklungspolitik. Leistungsprofil für das Qualitätsmerkmal „Menschenrechte, Geschlechtergleichstellung und Inklusion"*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2023e), *Dritter entwicklungspolitischer Aktionsplan zur Gleichstellung der Geschlechter (2023–27)*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2023f), *Gemeinsam mit Afrika Zukunft gestalten. Die Afrika-Strategie des BMZ*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

BMZ (2023g), *Starke multilaterale Entwicklungspolitik für soziale Gerechtigkeit weltweit*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn.

Bogner, A., B. Littig und W. Menz (2014), *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*, Springer Fachmedien, *https://link.springer.com/10.1007/978-3-531-19416-5*.

Brown, S. (2023), „Visibility or Impact? International Efforts to Defend LGBTQI+ Rights in Africa", *Journal of Human Rights Practice*, Vol. 15, Nr. 2, S. 506–522, *https://doi.org/10.1093/jhuman/huad006*.

Brudevold-Newman, A., P. Dias, H. Ring, A. Rink, G. Tembo, M. Chipili, M. Mafwenko, E. Zulu und A. Botoeva (2018), *Evaluation of the Join-in Circuit (JIC) on AIDS, Love, and Sexuality Program in Zambia*, AIR, Washington.

Brüntrup-Seidemann, S., V. Gantner, A. Heucher und I. Wiborg (2021), *Förderung der Gleichberechtigung der Geschlechter in Post-Konflikt-Kontexten*, Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), Bonn.

Bundesregierung (2021), *LSBTI-Inklusionskonzept*, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

Bundesregierung (2025), *Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode*, Berlin.

Celhay, P., J. Johannsen, S. Martinez und C. Vidal (2017), *Paying Patients for Prenatal Care: The Effect of a Small Cash Transfer on Stillbirths and Survival*, Inter-American Development Bank, *https://publications.iadb.org/en/paying-patients-prenatal-care-effect-small-cash-transfer-stillbirths-and-survival*.

CESCR (2016), *General comment No. 22 on the right to sexual and reproductive health (Art. 12 of the Covenant), E/C.12/GC/22*, *https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and*.

CESCR (2000), *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), E/C.12/2000/4*, *https://www.refworld.org/docid/4538838do.html*.

Chambers, S. und J. Kopstein (2001), „Bad Civil Society", *Political Theory*, Sage Publications, Inc., Vol. 29, Nr. 6, S. 837–865.

Chaosurin, S. (2018), *Effects of an Educational Program on the Intent to Delay Sexual Activity in Thai Female Adolescents*, The Catholic University of America, Washington, D.C.

Chattu, V. K., C. A Lopes, S. Javed und S. Yaya (2021), „Fulfilling the promise of digital health interventions (DHI) to promote women's sexual, reproductive and mental health in the aftermath of COVID-19", *Reproductive Health*, Vol. 18, Nr. 1, S. 112, *https://doi.org/10.1186/s12978-021-01168-x*.

Chaudhary, K., J. Nepal, K. Shrestha, M. Karmacharya, D. Khadka, A. Shrestha, P. R. Shakya, S. Rawal und A. Shrestha (2023), „Effect of a social media-based health education program on postnatal care (PNC) knowledge among pregnant women using smartphones in Dhulikhel hospital: A randomized controlled trial", *PLOS ONE*, Vol. 18, Nr. 1, *https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280622*.

Chen, H. (2005), *Practical Program Evaluation: Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness*, SAGE Publications, Inc., Thousand Oaks.

Choudhury, H. K. und R. K. Borah (2022), „Can financial incentives encourage women to participate in a cervical cancer screening programme? Evidence from a randomized controlled trial analysis", *Journal of Cancer Policy*, Vol. 32, *https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2022.100324*.

Christie, C. und S. Lemire (2019), *Theory Knitting: Integrating Social Science Theory and Program Theory*, University of California, Los Angeles.

Crenshaw, K. (1989), „Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics", *The University of Chicago Legal Forum*, Vol. 139, Nr. 1, S. 139–167.

Crenshaw, K. (1991), „Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color", *Stanford Law Review*, Vol. 43, Nr. 6, S. 1241–1299.

Dannecker, P. und C. Vossemer (2014), „Qualitative Interviews in der Entwicklungsforschung. Typen und Herausforderungen", *Qualitative Methoden in der Entwicklungsforschung*, Mandelbaum Verlag, Wien.

Day, A. und D. Passarelli (2021), *Governing Uncertainty*, United Nations University, New York.

DeGEval (Hrsg.) (2016), *Standards für Evaluation*, DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e. V., Mainz.

Dervisevic, E., E. Perova und A. Sahay (2021), *Long-Term Impacts of Short Exposure to Conditional Cash Transfers in Adolescence: Evidence from the Philippines*, The World Bank.

DFG (2022), *Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis. Kodex*, Deutsche Forschungsgemeinschaft e. V., Bonn.

Dixon-Woods, M., S. Agarwal, D. Jones, B. Young und A. Sutton (2005), „Synthesising qualitative and quantitative evidence: A review of possible methods", *Journal of Health Services Research und Policy*, Vol. 10, S. 45–53, *https://doi.org/10.1258/1355819052801804*.

DSW (2023), *Donors Delivering for SRHR Report 2023: Tracking OECD Donor Funding for Sexual and Reproductive Health and Rights*, Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW), *https://donorsdelivering.report/wp-content/uploads/2024/05/DD_Report2024_FINALspreads.pdf*.

zu Eulenburg, A., M. Wittenberg, M. Orth-Rempel und C. Römling (2024), *Unterschiedliche Perspektiven – gemeinsamer Erfolg? Entwicklungszusammenarbeit mit der Privatwirtschaft, Themenschwerpunktbericht*, Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), Bonn.

Faust, J., A. Kocks und T. Wencker (2023), *Unter erschwerten Bedingungen. Entwicklungszusammenarbeit in fragilen Staaten. Themenschwerpunktbericht*, Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), Bonn.

Field, E., U. Aldana und J. Romero (2018), *Training Local Leaders to Prevent Gender-Based Violence in Peru*, *https://www.povertyactionlab.org/evaluation/training-local-leaders-prevent-gender-based-violence-peru*.

Funnell, S. C. und P. J. Rogers (2011), *Purposeful Program Theory: Effective Use of Theories of Change and Logic Models*, John Wiley und Sons, New Jersey.

Gade, N. und A. Gabriel (2021), *Materialien zur Entwicklungsfinanzierung*, KfW Entwicklungsbank, *https://www.kfw-entwicklungsbank.de/PDF/Download-Center/Materialien/2021_Nr.2_Reproduktive-Gesundheit_DE.pdf*.

Gage, A., T. Gotsadze, E. Seid, R. Mutasa und J. Friedman (2022), „The influence of continuous quality improvement on healthcare quality: a mixed-methods study from Zimbabwe", *Social Science and Medicine*, Nr. Vol. 298, *https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114831*.

Gasteiger, N., S. N. van der Veer, P. Wilson und D. Dowding (2021), „Upskilling health and care workers with augmented and virtual reality: protocol for a realist review to develop an evidence-informed programme theory", *BMJ Open*, Vol. 11, Nr. 7, *https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050033*.

GIZ (2018), *Bevölkerungsdynamik in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit*, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, Bonn/Eschborn.

Goertz, G. (2017), *Multimethod Research, Causal Mechanisms, and Case Studies*, University Press Group Ltd, Princeton, New Jersey.

Gomez, P. P., A. R. Nelson, A. Asiedu, E. Addo, D. Agbodza, C. Allen, M. Appiagyei, C. Bannerman, P. Darko, J. Duodu, F. Effah und H. Tappis (2018), „Accelerating newborn survival in Ghana through a low-dose, high-frequency health worker training approach: a cluster randomized trial", *BMC Pregnancy and Childbirth*, Vol. 18, Nr. 1, S. 72, *https://doi.org/10.1186/s12884-018-1705-5*.

Guffler, K., L. Kunert, M. Wittenberg und N. Herforth (2022), *Meta-Evaluierung zur Qualität von (Projekt-)Evaluierungen in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit*, Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), Bonn.

von Haaren, P. und S. Klonner (2021), „Lessons learned? Intended and unintended effects of India's second-generation maternal cash transfer scheme", *Health Economics*, Vol. 30, Nr. 10, S. 2468–2486, *https://doi.org/10.1002/hec.4390*.

Hameed, S. (2018), „To be young, unmarried, rural, and female: intersections of sexual and reproductive health and rights in the Maldives", *Reproductive Health Matters*, Vol. 26, Nr. 54, S. 61–71, *https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1542910*.

Hameed, S., A. Maddams, H. Lowe, L. Davies, R. Khosla und T. Shakespeare (2020), „From words to actions: systematic review of interventions to promote sexual and reproductive health of persons with disabilities in low- and middle-income countries", *BMJ Global Health*, Vol. 5, Nr. 10, *https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002903*.

Haslegrave, M. (2013), „Ensuring the inclusion of sexual and reproductive health and rights under a sustainable development goal on health in the post-2015 human rights framework for development", *Reproductive Health Matters*, Taylor & Francis, Vol. 21, Nr. 42, S. 61–73.

Hassnain, H. (2023), „Decolonizing Evaluation. Truth, Power, and the Global Evaluation Knowledge Base", *Journal of Multidisciplinary Evaluations*, Vol. 19, Nr. 44, S. 143–155, *https://doi.org/10.56645/jmde.v19i44.803*.

Heinrich, C. J., J. Hoddinott und M. Samson (2017), „Reducing Adolescent Risky Behaviors in a High-Risk Context: The Effects of Unconditional Cash Transfers in South Africa", *Economic Development and Cultural Change*, University of Chicago PressChicago, IL, Vol. 65, Nr. 4, *https://doi.org/10.1086/691552*.

Hinson, L., E. Schaub, T. Pliakas, C. Angelone, M. (Bram) Brooks, M. N. Aya, A. Tamboura-Diawara, A. Abga, A. Yonli Diabri und R. Trasi (2020), *A Game, a Passport, and a Poster: Changing Contraceptive Attitudes, Intentions, and Behaviors Among School Girls in Urban Burkina Faso. (Re)solve project evaluation report*, Pathfinder International, *https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2021/03/resolve-Evaluation-Report_final_Feb2021.pdf*.

IOB (2021), *Evidence and Gaps: What We Know about Sexual and Reproductive Health and Rights Interventions in Sub-Saharan Africa*, Policy and Operations Evaluation Department (IOB). Ministry of Foreign Affairs of the Netherlands, *https://english.iob-evaluatie.nl/in-progress/publications/sub-studies/2021/12/10/srhr-evidence-gap-map*.

Izugbara, C., M. Sebany, F. Wekesah und B. Ushie (2022), „'The SDGs are not God': Policy-makers and the queering of the Sustainable Development Goals in Africa", *Development Policy Review*, Vol. 40, *https://doi.org/10.1111/dpr.12558*.

Johnson, R. B., A. J. Onwuegbuzie und L. A. Turner (2007), „Toward a Definition of Mixed Methods Research", *Journal of Mixed Methods Research*, Vol. 1, Nr. 2, S. 112–133.

Kaiser, A. H., B. Ekman, M. Dimarco und J. Sundewall (2021), „The cost-effectiveness of sexual and reproductive health and rights interventions in low- and middle-income countries: a scoping review", *Sexual and Reproductive Health Matters*, Vol. 29, Nr. 1, S. 90–103, *https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1983107*.

Khan, L., T. Kozakiewicz, M. Bhattacharyya, T. Azim, M. Schmidt, T. Polak, B. Snilstveit und S. Shisler (2024), *Sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: An evidence gap map*, 3ie Evidence Gap Map Report 31, International Initiative for Impact Evaluation (3ie), New Delhi, *https://3ieimpact.org/evidence-hub/publications/evidence-gap-maps/sexual-and-reproductive-health-and-rights-low-and#*.

Kosow, H. und R. Gaßner (2008), *Methods of Future and Scenario Analysis. Overview, Assessment, and Selection Criteria*, Studies, Deutsches Institut für Entwicklungspolitik, Bonn.

Krämer, M., J. Jechel, T. Kretschmer und E. Schneider (2021), *Rigorous Impact Evaluation: Evidence Generation and Take-up in German Development Cooperation*, Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), Bonn.

Kuwawenaruwa, A., K. Ramsey, P. Binyaruka, J. Baraka, F. Manzi und J. Borghi (2019), „Implementation and effectiveness of free health insurance for the poor pregnant women in Tanzania: A mixed methods evaluation", *Social Science and Medicine*, Vol. 225, S. 17–25, *https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.005*.

Larson, E., A. Gage, R. Mbaruku, S. Haneuse und M. Kruk (2019), „Effect of a maternal and newborn health system quality improvement project on the use of facilities for childbirth: a cluster-randomised study in rural Tanzania", *Tropical Medicine & International Health,* Nr. 24(5), S. 636–646.

Lemire, S., A. Porowski und K. Mumma (2023), *How We Model Matters – Visualizing Program Theories,* Rockville, MD: Abt Global, *https://www.abtglobal.com/files/insights/white-papers/2024/method-guide-visualizing-program-theory.pdf*.

Lin, M. A. (2016), *Stimulating demand: An assessment of the conditional cash transfer project in Afghanistan*, Johns Hopkins University, *http://jhir.library.jhu.edu/handle/1774.2/39740*.

Logie, C. H. (2023), „Sexual rights and sexual pleasure: Sustainable Development Goals and the omitted dimensions of the leave no one behind sexual health agenda“, *Global Public Health*, Vol. 18, Nr. 1, *https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1953559*.

Lopes, C. A., A. Saitabau, N. Rustag und R. Khosl (2023), „A digital health governance agenda for sexual and reproductive health and rights“, *Sexual and Reproductive Health Matters*, Vol. 31, Nr. 4, *https://doi.org/10.1080/26410397.2024.2372865*.

Ma, X., Y. Yang, K. M. Chow und Y. Zang (2022), „Chinese adolescents' sexual and reproductive health education: A quasi-experimental study“, *Public Health Nursing*, Vol. 39, Nr. 1, S. 116–125, *https://doi.org/10.1111/phn.12914*.

Massavon, W., C. Wilunda, M. Nannini, R. K. Majwala, C. Agaro, E. De Vivo, P. Lochoro, G. Putoto und B. Criel (2017), „Effects of demand-side incentives in improving the utilisation of delivery services in Oyam District in northern Uganda: a quasi-experimental study“, *BMC Pregnancy and Childbirth*, Vol. 17, Nr. 1, S. 431, *https://doi.org/10.1186/s12884-017-1623-y*.

Massay, E. M., E. Susanti und S. Sutinah (2022), „Impact of COVID-19 on increasing female genital mutilation (FGM) in Africa: A study of Tanzania and Nigeria“, *Masyarakat, Kebudayaan dan Politik*, Vol. 35, Nr. 2, S. 134–146, *https://doi.org/10.20473/mkp.V35I22022.134-146*.

Mbizvo, M. T., K. Kasonda, N.-C. Muntalima, J. G. Rosen, S. Inambwae, E. S. Namukonda, R. Mungoni, N. Okpara, C. Phiri, N. Chelwa und C. Kangale (2023), „Comprehensive sexuality education linked to sexual and reproductive health services reduces early and unintended pregnancies among in-school adolescent girls in Zambia“, *BMC Public Health*, Vol. 23, Nr. 1, S. 348, *https://doi.org/10.1186/s12889-023-15023-0*.

Meherali, S., M. Rehmani, S. Ali und Z. S. Lassi (2021), „Interventions and Strategies to Improve Sexual and Reproductive Health Outcomes among Adolescents Living in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis“, *Adolescents*, Vol. 1, Nr. 3, S. 363–390, *https://doi.org/10.3390/adolescents1030028*.

Melesse, D. Y., M. K. Mutua, A. Choudhury, Y. D. Wado, C. M. Faye, S. Neal und T. Boerma (2020), „Adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: who is left behind?“, *BMJ Global Health*, Vol. 5, Nr. 1, *https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002231*.

Mercy Corps (2015), *Improving Child and Maternal Health: Why Adolescent Girl Programming Matters – Post Intervention Evidence from Niger*, Mercy Corps, Portland.

Mißler-Behr, M. (1993), *Methoden der Szenarioanalyse*, Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden, *http://link.springer.com/10.1007/978-3-663-14585-1*.

Moore, L., M. F. Chersich, R. Steen, S. Reza-Paul, A. Dhana, B. Vuylsteke, Y. Lafort und F. Scorgie (2014), „Community empowerment and involvement of female sex workers in targeted sexual and reproductive health interventions in Africa: a systematic review“, *Globalization and Health*, Vol. 10, Nr. 1, S. 47, *https://doi.org/10.1186/1744-8603-10-47*.

Muhammed, A., S. Shariff-Ghazali, S. Md Said, M. Hassan und K. Lee (2023), „Effects of an educational intervention on Nigerian midwives' intention to provide planned home birth care“, *Birth*, Vol. 50, Nr. 3, S. 587–595, *https://doi.org/10.1111/birt.12681*.

Nafisah, H., E. S. Mzilangwe, N. Reich, L. Badi, E. Simmons, M. Servidone, N. Bingham Holmes, P. Kawemama und L. Messersmith (2019), „Together to end violence against women in Tanzania: Results of a pilot cluster randomized controlled trial to evaluate preliminary effectiveness of interpersonal and community level interventions to address intimate partner violence“, *Global Public Health*, Nr. 14(12), S. 1653–1668, *https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1609062*.

Noltze, M., I. Wiborg und S. Harten (2018), *Meta-Evaluierung von Nachhaltigkeit in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit*, Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), Bonn.

Nowshin, N., L. Kapiriri, C. M. Davison, S. Harms, B. Kwagala, M. G. Mutabazi und A. Niec (2022), „Sexual and reproductive health and rights of ‚last mile' adolescents: a scoping review", *Sexual and Reproductive Health Matters*, Vol. 30, Nr. 1, *https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2077283*.

OECD (2022), *Comparing Multilateral and Bilateral Aid. A Portfolio Similarity Analysis*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.

OECD (2023), *Applying a Human Rights and Gender Equality Lens to the OECD Evaluation Criteria*, OECD, Paris.

OECD-DAC (2019), *Better Criteria for Better Evaluation – Revised Evaluation Criteria Definitions and Principles for Use*, OECD/DAC Network on Development Evaluation.

OHCHR (2018), *A human rights-based approach to data. Leaving no one behind in the 2030 agenda for sustainable development*, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, Genf.

OHCHR (2020a), *Information Series on sexual and reproductive health and rights: Adolescents*, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, Genf.

OHCHR (2020b), *Information Series on sexual and reproductive health and rights: Gender-based violence*, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, Genf.

OHCHR (2020c), *Information Series on sexual and reproductive health and rights: Abortion*, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, Genf.

OHCHR (2020d), *Information series on sexual and reproductive health and rights: Contraception and family planning*, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, Genf.

Olaniran, A., H. Smith, R. Unkels, S. Bar-Zeev und N. Van Den Broek (2017), „Who is a community health worker? – a systematic review of definitions", *Global Health Action*, Vol. 10, Nr. 1, *https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1272223*.

O'Neill, J., H. Tabish, V. Welch, M. Petticrew, K. Pottie, M. Clarke, T. Evans, J. Pardo Pardo, E. Waters, H. White und P. Tugwell (2014), „Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 67, Nr. 1, S. 56–64, *https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.005*.

Owolabi, O., J. Hopkins, A. Bankole und J. Bearak (2024), „Progress towards sustainable development goals related to sexual health", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 102, Nr. 12, S. 895–903, *https://doi.org/10.2471/BLT.23.291163*.

Palenberg, M. (2011), *Tools and Methods for Evaluating the Efficiency of Development Interventions*, Evaluation Working Papers, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn/Berlin.

Polak, J. T. (2012), „Jugendbewegungen in Westafrika: die Ambivalenzen politischer Nähe der malischen Jugendbewegung", *SWS-Rundschau*, Vol. 52, Nr. 3, *https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/40261/ssoar-sws-2012-3-polak-Jugendbewegungen_in_Westafrika_die_Ambivalenzen.pdf*.

Polak, J. T., L. Smidt und L. Taube (2021), *Menschenrechte in der deutschen Entwicklungspolitik. Teil 1: Das Menschenrechtskonzept und seine Umsetzung*, Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), Bonn.

Polak, J. T., A. Heucher, L. Smidt und L. Taube (2022), *Menschenrechte in der deutschen Entwicklungspolitik. Teil 2: Umsetzung und Wirksamkeit des Menschenrechtsansatzes im Aktionsfeld „Privatsektor- und Finanzsystementwicklung"*, Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), Bonn.

Ponce, N. A., T. Becker und R. Shimkhada (2025), *Breaking Barriers with Data Equity: The Essential Role of Data Disaggregation in Achieving Health Equity*, Annual Review of Public Health, *https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-072523-093838*.

Popay, J., H. Roberts, A. Sowden, M. Petticrew, L. Arai, M. Rodgers, N. Britten, K. Roen und S. Duffy (2006), *Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews: A Product from the ESRC Methods Programme*, Lancaster University, *https://www.researchgate.net/publication/233866356_Guidance_on_the_conduct_of_narrative_synthesis_in_systematic_reviews_A_product_from_the_ESRC_Methods_Programme*.

Quaife, M., A. S. Estafinos, D. W. Keraga, J. Lohmann, Z. Hill, A. Kiflie, M. Tanya, J. Borghi und J. Schellenberg (2021), „Changes in health worker knowledge and motivation in the context of a quality improvement programme in Ethiopia", *Health Policy and Planning*, Vol. 36, Nr. 10, S. 1508–1520, *https://doi.org/10.1093/heapol/czab094*.

Rankin, K., J. Jarvis-Thiébault, N. Pfeifer, M. Engelbert, J. Perng, S. Yoon und A. Heard A. (2016), *Adolescent sexual and reproductive health: an Evidence Gap Map*, International Initiative for Impact Evaluation (3ie), *http://3ieimpact.org/evidence-hub/publications/evidence-gap-maps/adolescent-sexual-and-reproductive-health-evidence-gap*.

Rose, C., K. Neufeld, C. Wazinski und C. Hinz (2024), *Afrikas Zukunft ist jung! Welche Prioritäten junge Menschen für ihre reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung sehen*, Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin.

Roy, S., M. Hidrobo, J. F. Hoddinott, B. Koch und A. Ahmed (2019), *Can transfers and behavior change communication reduce intimate partner violence four years post-program? Experimental evidence from Bangladesh*, International Food Policy Research Institute, Washington, DC.

Ryan, R. (2013), *Cochrane Consumers and Communication Review Group: Data synthesis and analysis*, Cochrane Consumers and Communication Review Group, London.

Schwedersky, T., L. Ahrens und H. Steckhan (2017), *Evaluierung des Aktionsplans des BMZ zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen*, Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), Bonn.

Scott, V. K., L. B. Gottschalk, K. Q. Wright, C. Twose, M. A. Bohren, M. E. Schmitt und N. Ortayli (2015), „Community Health Workers' Provision of Family Planning Services in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Effectiveness", *Studies in Family Planning*, Vol. 46, Nr. 3, S. 241–261, *https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2015.00028.x*.

Singh, N. S., J. Smith, S. Aryasinghe, R. Khosla, L. Say und K. Blanchet (2018), „Evaluating the effectiveness of sexual and reproductive health services during humanitarian crises: A systematic review", *PLOS ONE*, Vol. 13, Nr. 7, *https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199300*.

Starrs, A. M., A. C. Ezeh, G. Barker, A. Basu, J. T. Bertrand, R. Blum, A. M. Coll-Seck, A. Grover, L. Laski, M. Roa, Z. A. Sathar, L. Say, G. I. Serour, S. Singh, K. Stenberg, M. Temmerman, A. Biddlecom, A. Popinchalk, C. Summers und L. S. Ashford, (2018), „Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission", *The Lancet*, Vol. 391, Nr. 10140, S. 2642–2692, *https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9*.

Ugaz, J., A. Leegwater, M. Chatterji, D. Johnson, S. Baruwa, M. Toriola und C. Kinnan (2017), „Impact of Family Planning and Business Trainings on Private-Sector Health Care Providers in Nigeria", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Guttmacher Institute, Vol. 43, Nr. 2, S. 51–65, *https://doi.org/10.1363/43e3717*.

UNEG (2014), *Integrating Human Rights and Gender Equality in Evaluations*, United Nations Evaluation Group, New York.

UNFPA (2018), *Women and Young Persons with Disabilities: Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights for Women and Young Persons With Disabilities*, United Nations Population Fund, New York.

UNFPA (2020), *Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights. Measuring SDG Target 5.6*, United Nations Population Fund, New York.

UNFPA (2021a), *My Body Is My Own: Claiming the Right to Autonomy and Self-Determination; State of the World Population 2021*, United Nations Population Fund, New York.

UNFPA (2021b), *Impact of megatrends on reproductive rights through the lens of family planning*, United Nations Population Fund, New York.

UNFPA (2022a), *State of the World Population 2022: Seeing the Unseen: The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy*, United Nations Population Fund, New York.

UNFPA (2022b), *Four Scenarios for Three Transformative Results*, United Nations Population Fund, New York.

UNFPA (2022c), *My Body, My Life, My World. Operational Guidance. Module 2 – Gender-based Violence,* United Nations Population Fund, New York.

UNFPA (2023), *Four Future Scenarios for Three Transformative Results*, United Nations Population Fund, New York.

UNFPA (2024a), *Weltbevölkerungsbericht 2024 (deutsche Kurzfassung): Verwobene Leben, Fäden der Hoffnung. Ungleichheit in der körperlichen Selbstbestimmung überwinden*, Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW), Hannover.

UNFPA (2024b), *The Future of Sexual and Reproductive Health and Rights*, United Nations Population Fund, New York.

UNFPA (2024c), *Extending sexual and reproductive health and rights to future generations through science and evidence*, United Nations Population Fund, New York.

UNGA (2015), *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development: resolution*, United Nations General Assembly, New York.

UNICEF und UNFPA (2020), *Leaving no one behind. Technical Note of the global programme to end child marriage*, United Nations, New York.

Uzochukwu, B., C. Onyedinma, C. Okeke, O. Onwujekwe, A. Manzano, B. Ebenso, E. Etiaba, N. Ezuma und T. Mirzoev (2020), „What makes advocacy work? Stakeholders' voices and insights from prioritisation of maternal and child health programme in Nigeria", BMC Health Services Research, Vol. 20, Nr. 1, S. 884, *https://doi.org/10.1186/s12913-020-05734-0*.

Vorwerk, K. und M. Köder (2024), *Die strategische Portfoliosteuerung in der bilateralen deutschen Entwicklungszusammenarbeit,* Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), Bonn.

Ward, V. C., Y. Weng, J. Bentley, S. L. Carmichael, K. M. Mehta, W. Mahmood, K. T. Pepper, S. Abdalla, Y. Atmavilas, T. Mahapatra, S. Srikantiah, E. Borkum, A. Rangarajan, S. Sridharan, D. Rotz, D. Bhattacharya, P. Nanda, U. K. Tarigopula, H. Shah und G. L. Darmstadt (2020), „Evaluation of a large-scale reproductive, maternal, newborn and child health and nutrition program in Bihar, India, through an equity lens", *Journal of Global Health*, Vol. 10, Nr. 2, *https://doi.org/10.7189/jogh.10.021011*.

Ward, Z. J., R. Atun, G. King, B. Sequeira Dmello und S. J. Goldie (2023), „Simulation-based estimates and projections of global, regional and country-level maternal mortality by cause, 1990–2050", *Nature Medicine*, Vol. 29, Nr. 5, S. 1253–1261, *https://doi.org/10.1038/s41591-023-02310-x*.

Watts, C., K. Devries, L. Kiss, T. Abramsky, N. Kyegombe und L. Michau (2015), *The SASA study: A cluster randomised controlled trial to assess the impact of a violence and HIV prevention programme in Kampala,* Uganda, International Initiative for Impact Evaluation (3ie), *http://3ieimpact.org/evidence-hub/publications/impact-evaluations/sasa-study-cluster-randomised-trial-assess-impact*.

Weldearegay, H. G., A. B. Kahsay, H. Godefay, P. Petrucka und A. A. Medhanyie (2022), „The effect of catchment based mentorship on quality of maternal and newborn care in primary health care facilities in Tigray Region, Northern Ethiopia: A controlled quasi-experimental study", *PLOS ONE, Public Library of Science,* Vol. 17, Nr. 11, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36395101/*.

Wencker, T. und I. Verspohl (2019), *German Development Cooperation in Fragile Contexts*, Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval), Bonn.

WHO (2007), *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*, World Health Organisation, Genf.

WHO (2013), *Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries*, World Health Organization, Genf.

WHO (2020), *What do we know about community health workers? A systematic review of existing reviews*, Human Resources for Health Observer Series No. 19, World Health Organisation, Genf.

WHO (2023a), *Emerging technologies and scientific innovations: a global public health perspective,* WHO global health foresight series, World Health Organisation, Genf.

WHO (2023b), *Sexual Health Assessment of Practices and Experiences (SHAPE): Questionnaire and implementation considerations*, World Health Organization, Genf.

WHO und UNFPA (2009), *Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note*, World Health Organisation, Genf.

Yang, Y. T. und S. Sudarshan (2024), „Data disaggregation and unintended consequences", *The Lancet*, Vol. 403, Nr. 10426, S. 528, *https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01361-2*.

Yohanna, W., O. S Agbaje, O. C. Ene, P. C. Ofili und P. I. C. Umoke (2023), „Effects of a sexuality education programme on young people's STI/HIV knowledge, attitudes and risk behaviour in Northeast Nigeria", *Health Education Journal,* Vol. 82, Nr. 1, S. 54–67, *https://doi.org/10.1177/00178969221139815*.

8.

ANHANG

8.1 Bewertungsskala für Evaluierungen des DEval

Für Fragen, die bewertet werden (EF 1.1, 1.2, 2.1, 3.1-3.3, 4.1, 5 und 6), wird a priori ein Anspruchsniveau definiert. Dazu wird der Bewertungsmaßstab des DEval für eine zusammenfassende Bewertung auf Ebene der Evaluierungsfragen angewandt.

Tabelle 2 Bewertungsskala und Anspruchsniveau[146]

Bewertung	Definition	Anspruchsniveau
Erfüllt	Die Maßnahme erfüllt das Anspruchsniveau im Hinblick auf das angelegte Evaluierungskriterium. Befunde belegen die Erfüllung des Anspruchsniveaus.	Durchschnittlich setzen 80 bis 100 Prozent der untersuchten Vorhaben einen Indikator um.[147]
Größtenteils erfüllt	Die Maßnahme erfüllt das Anspruchsniveau im Hinblick auf das angelegte Evaluierungskriterium größtenteils. Befunde, die die Erfüllung des Anspruchsniveaus belegen, überwiegen.	Durchschnittlich setzen 60 bis 79 Prozent der untersuchten Vorhaben einen Indikator um.
Teilweise erfüllt	Die Maßnahme erfüllt das Anspruchsniveau im Hinblick auf das angelegte Evaluierungskriterium teilweise. Befunde, die die Erfüllung des Anspruchsniveaus belegen bzw. widerlegen, halten sich die Waage.	Durchschnittlich setzen 40 bis 59 Prozent der untersuchten Vorhaben einen Indikator um.
Kaum erfüllt	Die Maßnahme erfüllt das Anspruchsniveau im Hinblick auf das angelegte Evaluierungskriterium kaum. Befunde, die die Erfüllung des Anspruchsniveaus widerlegen, überwiegen.	Durchschnittlich setzen 20 bis 39 Prozent der untersuchten Vorhaben einen Indikator um.
Verfehlt	Die Maßnahme verfehlt das Anspruchsniveau im Hinblick auf das angelegte Evaluierungskriterium. Befunde belegen eine Verfehlung des Anspruchsniveaus.	Durchschnittlich setzen 0 bis 19 Prozent der untersuchten Vorhaben einen Indikator um.

146 Die Bewertungsskala des DEval sieht neben diesen fünf Ausprägungen der Skala eine sechste Ausprägung – „übertroffen" – vor. Da die in der vorliegenden Evaluierung eingesetzten Bewertungskriterien mit Blick auf die Vorgaben des Aktionsfelds bereits ein Maximum abbilden, ist die Anwendung einer Kategorie „übertroffen" inhaltlich nicht aussagekräftig. Daher findet diese Ausprägung in dieser Evaluierung keine Anwendung.

147 Als Grundlage für die Berechnung der Bewertung wurden die Ergebnisse der Evaluierungssynthese pro Indikator herangezogen, da diese einheitlich für alle Indikatoren vorliegen und auf einer Untersuchung aller evaluierten Vorhaben im Untersuchungszeitraum beruhen. Zusätzlich wurden Ergebnisse aus den Fallstudien als Korrektur für die Bewertung herangezogen: Wenn die Bewertung eines Indikators in den Fallstudien deutlich besser oder schlechter als die Bewertung der Evaluierungssynthese ausfiel (2 Kategorien über der Bewertung auf Basis der Evaluierungssynthese), wurde eine Korrektur der Bewertung in die nächsthöhere oder nächstniedrigere Kategorie vorgenommen.

8.2 Evaluierungsmatrix

Die Evaluierungsmatrix enthält die Bewertungskriterien (BK) und Indikatoren (I) für jene Evaluierungsfragen (EF), bei denen eine Bewertung erfolgt. Die Bewertung folgt dabei der oben genannten Bewertungsskala, der je nach Evaluierungskriterien unterschiedliche Methoden zugrunde liegen können.[148]

Relevanz

EF 1: Inwieweit sind bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR insgesamt relevant?		
Bewertungskriterien	**Indikatoren**	**Methoden**
EF 1.1: Inwieweit sind die Aktivitäten und Ziele bilateraler Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR auf die Bedarfe von direkt adressierten Rechteinhabenden und strukturell benachteiligten Gruppen im Hinblick auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte ausgerichtet?		
BK 1: Ausrichtung von Vorhaben auf Bedarfe von Rechteinhabenden im Hinblick auf SRG.	I 1.1: Ausrichtung von Vorhaben auf Bedarfe von Rechteinhabenden im Hinblick auf SRG.	• Evaluierungssynthese. • Fallstudien: Vulnerabilitätsanalyse über strukturell benachteiligte Gruppen im Interventionsgebiet und im Partnerland. • Vor-Ort und Remote-Fallstudien: Interviews oder Fokusgruppendiskussionen: beispielsweise mit Projektverantwortlichen der Durchführungsorganisationen, Vertreter*innen von Projekten (TZ)/Projektträgern (FZ), staatlichen und zivilgesellschaftlichen Partnern, direkten Zielgruppen.
	I 1.2: Ausrichtung von Vorhaben auf Bedarfe von Rechteinhabenden im Hinblick auf moderne Kontrazeptiva.	
BK 2: Ausrichtung von Vorhaben auf Bedarfe von Rechteinhabenden im Hinblick auf SRR.	I 2.1: Ausrichtung von Vorhaben auf Bedarfe von Rechteinhabenden im Hinblick auf Information zu Sexualität und Reproduktion.	
	I 2.2: Ausrichtung von Vorhaben auf Bedarfe von Rechteinhabenden im Hinblick auf das Recht auf Gleichberechtigung.	
	I 2.3: Ausrichtung von Vorhaben auf Bedarfe von Rechteinhabenden im Hinblick auf das Recht auf körperliche Unversehrtheit.	
	I 2.4: Ausrichtung von Vorhaben auf Bedarfe von Rechteinhabenden im Hinblick auf das Recht auf körperliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung.	
	I 2.5: Ausrichtung von Vorhaben auf Bedarfe von Rechteinhabenden im Hinblick auf das Recht auf legale Persönlichkeit.	
EF 1.2: Inwieweit sind die Aktivitäten und Ziele bilateraler Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR an den Politiken und Prioritäten entwicklungspolitischer Partner und des BMZ ausgerichtet?		
BK 1: Ausrichtung von Vorhaben an Politiken und Prioritäten der deutschen EZ.	I 1.1: Übereinstimmung der Ziele von Vorhaben mit Politiken und Prioritäten der deutschen EZ.	• Evaluierungssynthese.
BK 2: Ausrichtung von Vorhaben an Politiken und Prioritäten von Partnern.	I 2.1: Übereinstimmung der Ziele von Vorhaben mit Politiken und Prioritäten von Partnern.	

148 Im Vergleich zu der ursprünglichen Evaluierungsmatrix, die für den Inception Report der Evaluierung entwickelt wurde, sind kleinere Anpassungen vorgenommen worden, die insbesondere auf Einschränkungen einzelner Methoden zurückgehen. Diese wurden erst bei der Datenerhebung und -analyse sichtbar und konnten dementsprechend vorher nicht berücksichtigt werden. Konkret handelt es sich um die folgenden Anpassungen: (1) Entfernen des ursprünglichen BK 1 aus EF 1.1. sowie Neustrukturierung der verbleibenden Indikatoren in zwei BK; (2) Entfernen des ursprünglichen BK 1 aus EF 2.1; (3) Entfernen des ursprünglichen BK 3 aus EF 5 sowie (4) Entfernen des ursprünglichen BK 3 aus EF 6; (5) Umformulierung von Indikator I1.2 in EF 3.2, sodass – analog zur Formulierung im Bericht – der Begriff „Produkt für SRG" statt „SRG-Produkt" verwendet wird. Zudem wurde (6) eine Evaluierungsfrage zu den Einflussfaktoren für übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit entfernt, da die Einflussfaktoren auf dieser Ebene deckungsgleich mit Einflussfaktoren auf der Outcome-Ebene waren. Während des abschließenden Lektorats wurde außerdem (7) die Formulierung einzelner BK und I angepasst.

Kohärenz

EF 2: Inwieweit sind bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR insgesamt in Partnerländern kohärent?		
Bewertungskriterien	**Indikatoren**	**Methoden**
EF 2.1: Inwieweit greifen bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR untereinander sowie mit Aktivitäten anderer bi- und multilateraler Geber ineinander?		
BK 1: Synergien bilateraler Vorhaben mit Vorhaben anderer Entwicklungspartner während der Konzeption und Durchführung.	I 1.1: Kenntnisse bilateraler Projektverantwortlicher über zentrale andere SRGR-Akteure im Partnerland.	• Vor-Ort und Remote-Fallstudien: Kontext- und Stakeholderanalyse mit Informationen zu wichtigen anderen Implementierungsakteuren im Partnerland. • Vor-Ort und Remote-Fallstudien: Interviews oder Fokusgruppendiskussionen: beispielsweise mit Projektverantwortlichen der Durchführungsorganisationen, Vertreter*innen von Projekten (TZ)/Projektträgern (FZ), staatlichen und zivilgesellschaftlichen Partnern, direkten Zielgruppen, anderen Entwicklungspartnern.
	I 1.2: Nutzung von Koordinationsmechanismen mit anderen Entwicklungspartnern während der Planungsphase von Vorhaben (theoretische Harmonisierung).	
	I 1.3: Nutzung von Koordinationsmechanismen mit anderen Entwicklungspartnern während der Implementierungsphase von Vorhaben (praktische Harmonisierung).	
BK 2: Synergien bilateraler Vorhaben mit anderen vom BMZ (ko-)finanzierten Vorhaben während der Konzeption und Durchführung.	I 2.1: Kenntnisse bilateraler Projektverantwortlicher über das Gesamtportfolio der vom BMZ (ko-)finanzierten SRGR-Maßnahmen im Partnerland.	
	I 2.2: Nutzung von Koordinationsmechanismen von Vorhaben mit vom BMZ (ko-)finanzierten Maßnahmen während der Planungsphase (theoretische Harmonisierung).	
	I 2.3: Nutzung von Koordinationsmechanismen von Vorhaben mit vom BMZ (ko)finanzierten Maßnahmen während der Implementierungsphase (praktische Harmonisierung).	
EF 2.2: Welche Rollen nehmen Vorhaben der TZ und FZ im Aktionsfeld SRGR ein und welche komparativen Vor- und Nachteile lassen sich für diese jeweils feststellen?		
Frage wird nicht bewertet. Es werden a priori keine Bewertungskriterien und Indikatoren formuliert.		• Evaluierungssynthese. • Vor-Ort und Remote-Fallstudien: Interviews oder Fokusgruppendiskussionen: beispielsweise mit Projektverantwortlichen der Durchführungsorganisationen, Vertreter*innen von Projekten (TZ)/ Projektträgern (FZ), staatlichen und zivilgesellschaftlichen Partnern, direkten Zielgruppen.

Effektivität

EF 3: Inwieweit tragen bilaterale Vorhaben insgesamt zur Erreichung der direkten Ziele des Aktionsfeldes SRGR bei?		
Bewertungskriterien	**Indikatoren**	**Methoden**
EF 3.1: Inwieweit erreichen bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR ihre Ziele?		
BK 1: Bewertung von bilateralen Vorhaben als insgesamt effektiv.	I 1.1: Effektivitätsbewertung von Vorhaben.	• Evaluierungssynthese.
EF 3.2: Inwieweit tragen bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR zur Zielerreichung hinsichtlich des Angebots von SRG-Leistungen, ihrer Rahmenbedingungen sowie finanziellen Zugangsbarrieren bei?		
BK 1: Erreichen von direkten Zielen, die sich auf SRG-Leistungen und Zugangsbarrieren beziehen.	I 1.1: Erreichen von Zielen im Hinblick auf die Verbesserung der Qualität und Zugänglichkeit von SRG-Leistungen.	• Evaluierungssynthese. • Vor-Ort und Remote-Fallstudien: Interviews oder Fokusgruppendiskussionen: beispielsweise mit Projektverantwortlichen der Durchführungsorganisationen, Vertreter*innen von Projekten (TZ)/Projektträgern (FZ), staatlichen und zivilgesellschaftlichen Partnern, direkten Zielgruppen
	I 1.2: Erreichen von Zielen im Hinblick auf die Verfügbarkeit von SRG-Produkten.	
	I 1.3: Erreichen von Zielen im Hinblick auf den Abbau von finanziellen und rechtlichen Zugangsbarrieren zu SRG-Leistungen.	
	I 1.4: Erreichen von Zielen im Hinblick auf politische Rahmenbedingungen für SRGR.	
BK 2: Bewertung von bilateralen Vorhaben als „ohne nicht-intendierte negative Wirkungen“	I 2.1: Abwesenheit von nicht-intendierten negativen Wirkungen durch Maßnahmen zur Stärkung von SRG-Leistungen und zum Abbau von finanziellen Zugangsbarrieren.	
EF 3.3: Inwieweit tragen bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR zur Zielerreichung hinsichtlich des Wissens und der Einstellungen von Rechteinhabenden und ihrem Umfeld bei?		
BK 1: Erreichen von direkten Zielen, die sich auf SRGR-Beratung und -Sensibilisierung beziehen.	I 1.1: Erreichen von Zielen im Hinblick auf die Verbesserung und Zugänglichkeit von SRGR-Beratungen und Sensibilisierungsmaßnahmen.	• Evaluierungssynthese. • Vor-Ort und Remote-Fallstudien: Interviews oder Fokusgruppendiskussionen: beispielsweise mit Projektverantwortlichen der Durchführungsorganisationen, Vertreter*innen von Projekten (TZ)/Projektträgern (FZ), staatlichen und zivilgesellschaftlichen Partnern, direkten Zielgruppen.
BK 2: Erreichen von direkten Zielen, die sich auf verändertes Wissen und veränderte Einstellungen zu SRGR beziehen.	I 2.1: Mädchen und Frauen kennen und akzeptieren SRR (inkl. Sexualaufklärung).	
	I 2.2: Umfeld von Mädchen und Frauen kennt und akzeptiert SRR (inkl. Sexualaufklärung).	
BK 3: Erreichen von direkten Zielen, die sich auf den Abbau geschlechterdiskriminierender Einstellungen beziehen.	I 3.1: Mädchen und Frauen erkennen Geschlechterdiskriminierung und stellen diese in Frage.	
	I 3.2: Umfeld von Mädchen und Frauen erkennt Geschlechterdiskriminierung und stellt diese in Frage.	
BK 4: Bewertung von bilateralen Vorhaben als „ohne nicht-intendierte negative Wirkungen“.	I 4.1.: Abwesenheit von nicht-intendierten negativen Wirkungen durch Maßnahmen zur Stärkung von Wissen und Veränderung von Einstellungen.	

Bewertungskriterien	Indikatoren	Methoden
EF 3.4: Welche Faktoren sind förderlich oder hinderlich dafür, dass die Vorhaben ihre direkten Ziele erreichen?		
Frage wird nicht bewertet. Es werden a priori keine Bewertungskriterien und Indikatoren formuliert.		• Evaluierungssynthese. • Vor-Ort und Remote-Fallstudien: Interviews oder Fokusgruppendiskussionen: beispielsweise mit Projektverantwortlichen der Durchführungsorganisationen, Vertreter*innen von Projekten (TZ)/Projektträgern (FZ), staatlichen und zivilgesellschaftlichen Partnern, direkten Zielgruppen.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirksamkeit, SDGs

EF 4: Inwieweit tragen länderspezifische Finanzierungsbeiträge des BMZ insgesamt zum Erreichen der übergeordneten entwicklungspolitischen Ziele des Aktionsfeldes SRGR in Partnerländern bei?		
Bewertungskriterien	**Indikatoren**	**Methoden**
EF 4.1: Inwieweit tragen Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR zur Stärkung von Rechteinhabenden und strukturell benachteiligten Gruppen im Hinblick auf ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte bei?		
BK 1: Bewertung von bilateralen Vorhaben als insgesamt übergeordnet entwicklungspolitisch wirksam.	I 1.1: Wirksamkeitsbewertung von Vorhaben.	• Evaluierungssynthese.
BK 2: Stärkung der Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen in Bezug auf SRGR.	I 2.1: Selbstbestimmte Entscheidung von Mädchen und Frauen über den eigenen Körper, Sexualität und Reproduktion.	• Evaluierungssynthese. • Vor-Ort und Remote-Fallstudien: Interviews oder Fokusgruppendiskussionen: beispielsweise mit Projektverantwortlichen der Durchführungsorganisationen, Vertreter*innen von Projekten (TZ)/Projektträgern (FZ), staatlichen und zivilgesellschaftlichen Partnern, direkten Zielgruppen. • Sekundärdatenanalyse.
	I 2.2: GBV und schädliche Praktiken gehen zurück.	
	I 2.3: Gleichstellung der Geschlechter nimmt zu.	
BK 3: Stärkung des Rechts auf SRG.	I 3.1: Mütter- und Neugeborenensterblichkeit gehen zurück.	
	I 3.2: Unbeabsichtigte und frühe Schwangerschaften gehen zurück.	

Effizienz

EF 5: Inwieweit werden bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR insgesamt effizient durchgeführt und Ziele effizient erreicht?		
Bewertungskriterien	**Indikatoren**	**Methoden**
BK 1: Bewertung von bilateralen Vorhaben als insgesamt effizient.	I 1.1: Effizienz von Vorhaben.	• Evaluierungssynthese.
BK 2: Bewertung von bilateralen Vorhaben als in Einzeldimensionen effizient.	I 2.1: Produktionseffizienz von Vorhaben.	• Evaluierungssynthese.
	I 2.2: Allokationseffizienz von Vorhaben.	• Evidenzsynthese.

Nachhaltigkeit

EF 6: Inwieweit werden bilaterale Vorhaben des Aktionsfeldes SRGR insgesamt so durchgeführt, dass ihre Ziele dauerhaft erreicht werden?		
Bewertungskriterien	**Indikatoren**	**Methoden**
BK 1: Bewertung von bilateralen Vorhaben als insgesamt nachhaltig.	I 1.1: Nachhaltigkeit von Vorhaben.	• Evaluierungssynthese.
BK 2: Bewertung von bilateralen Vorhaben als in Einzeldimensionen dauerhaft wirksam.	I 2.1: Bereitschaft und Fähigkeit von Beteiligten und Betroffenen, positive Wirkungen über die Zeit aufrechtzuerhalten.	• Evaluierungssynthese. • Evidenzsynthese.

8.3 Zeitplan der Evaluierung

Zeitrahmen	Aufgaben
Konzeptionsphase	
Bis 04/2023	Klärungsgespräche und Vorbereitung der Evaluierung
04/2023	Beginn der Evaluierung
04/2023 – 06/2023	Erstellen des Evaluierungskonzepts
06/2023	Erste Referenzgruppensitzung zur Diskussion des Evaluierungskonzepts
Inception Phase	
06/2023 – 08/2023	Durchführung der Voranalysen (Portfolio- und Dokumentenanalysen)
08/2023 – 10/2023	Erstellung des Inception Reports
11/2023	Zweite Referenzgruppensitzung zur Diskussion des Inception Reports
11/2023 – 12/2023	Finalisierung des Inception Reports
Datenerhebungsphase	
11/2023 – 01/2024	Vorbereitung der Fallstudien (Erstellen und Test der Erhebungsinstrumente)
01/2024 – 03/2024	Datenerhebung (Fallstudien), Datenaufbereitung (Evaluierungssynthese, Sekundärdatenanalyse, Evidenzsynthese) und Vorbereitung der Szenarioanalyse
Analyse- und Synthesephase	
04/2024 – 05/2024	Fallübergreifende Auswertung der Fallstudienergebnisse und Synthese aller Ergebnisse, Durchführung der Sekundärdatenanalyse sowie der Evaluierungs- und Evidenzsynthese
06/2024 – 08/2024	Durchführung der Szenarioanalyse
04/2024 – 10/2024	Erarbeitung der Schlussfolgerungen und Erstellung der Empfehlungen
07/2024	Dritte Referenzgruppensitzung zur Diskussion der vorläufigen Ergebnisse
Berichtslegungsphase	
08/2024 – 10/2024	Erstellung des Berichtsentwurfs
10/2024 – 12/2024	Qualitätssicherung des Berichtsentwurfs und Versand an Referenzgruppe
01/2025	Vierte Referenzgruppensitzung zur Diskussion des Berichtsentwurfs
01/2025 – 03/2025	Finalisierung des Berichts
03/2025 – 05/2025	Lektorat & Layout des Berichts
06/2025	Versand an das BMZ und anschließende Veröffentlichung
06/2025 – 09/2025	Disseminierung und Wissenstransfer (inklusive der Aufbereitung von Ergebnissen für Rechteinhabende in Partnerländern)

8.4 Evaluierungsteam und Mitwirkende

Kernteam	Funktion	CRediT-Statement[149]
Dr. Jan Tobias Polak	Senior-Evaluator, Teamleitung	Conceptualisation, Formal Analysis, Investigation, Methodology, Project Administration, Supervision, Visualisation, Writing
Dr. Mira Fey	Evaluatorin	Formal Analysis, Investigation, Project Administration, Visualisation, Writing
Dr. Denise Hörner	Evaluatorin	Conceptualisation, Methodology, Project Administration
Dr. Lea Kristin Kleinsorg	Evaluatorin	Formal Analysis, Investigation, Project Administration, Visualisation, Writing
Dr. Isabel Mank	Evaluatorin	Formal Analysis, Investigation, Project Administration, Visualisation, Writing
Marcellina Schmidt	Evaluatorin	Conceptualisation, Formal Analysis, Investigation, Methodology, Project Administration, Writing
Lena Taube	Evaluatorin	Conceptualisation, Formal Analysis, Investigation, Methodology, Project Administration, Writing
Dr. Martin Bruder	Abteilungsleiter	Conceptualisation, Writing – Review & Editing, Supervision
Merle Gmeineder	Projektadministratorin	Investigation, Project administration
Caroline Orth	Projektadministratorin	Project administration

Verantwortlich	Funktion
Dr. Martin Bruder	Abteilungsleitung
Dr. Jan Tobias Polak	Teamleitung

149 Das CRediT-Statement (Contributor Roles Taxonomy, *https://credit.niso.org/)* kennzeichnet die Rollen der beteiligten DEval-Mitarbeitenden in der Evaluierung. Die CRediT-Taxonomie unterscheidet zwischen 14 unterschiedlichen Rollen, um den spezifischen Beitrag der einzelnen Autor*innen sichtbar zu machen.

Mitwirkende	Funktion
Catherina Hinz	Peer-Reviewerin
Pia Frohwein	Gutachterin Beratung Traumasensible Evaluierung
Julia Forke	Gutachterin Evaluierungssynthese
Lennart Raetzell	Gutachter Evaluierungssynthese
Dr. Maureen Dar Lang	Gutachterin Fachberatung
Lucia Brugnara	Gutachterin Fachberatung
Edward Chigwedere	Gutachter Fallstudien Malawi
Emmanuel Chimbalanga	Gutachter Fallstudien Malawi
Patrick Chirambo	Gutachter Fallstudien Malawi
Lucy Mtete	Gutachterin Fallstudien Malawi
Atusaye Mwalwanda	Gutachter Fallstudien Malawi
Ilse Worm	Gutachterin Fallstudienkoordination Togo
Hervé Akinocho	Gutachter Fallstudien Togo
Ibitola Tchitou	Gutachterin Fallstudien Togo
Elodie Sama	Gutachterin Fallstudien Togo
Dr. Susan Steiner	Gutachterin Sekundärdatenanalyse
Dr. Christian Bommer	Gutachterin Sekundärdatenanalyse
Dr. Christian Grünwald	Gutachter Szenarioanalyse
Pallavi Rao	Gutachterin Szenarioanalyse
Jens Eger	Unterstützung Portfolioanalyse
Antonia Kopietz	Studentische Hilfskraft
Mayara de Angelo Schmidt	Studentische Hilfskraft
Lennart Hempel	Studentische Hilfskraft

Deutsches Evaluierungsinstitut der
Entwicklungszusammenarbeit (DEval)

Fritz-Schäffer-Straße 26
53113 Bonn, Deutschland

Tel: +49 (0)228 33 69 07–0

E-Mail: info@DEval.org
www.DEval.org