

Guinea: Nationales Familienplanungsprogramm

Ex Post-Evaluierungsbericht (Schlussprüfung)

OECD-Förderbereich	13030 / Familienplanung	
BMZ-Projektnummer	1) 1994 65 642 (Sachinvestition) 2) 1995 70 219 (Personelle Unterstützung)	
Projektträger	Guineisches Gesundheitsministerium	
Consultant	Royal Tropical Institute Amsterdam (KIT) Luise Lehmann (1999-2000)	
Jahr der Schlussprüfung	2006	
	Projektprüfung (Plan)	Schlussprüfung (Ist)
Durchführungsbeginn	1. Quartal 1995	2. Quartal 1996
Durchführungszeitraum	1) 01/1995 – 12/1996 2) 03/1996 - 02/1999	1) 05/1996 – 12/2000 2) 08/1995 – 03/1999
Investitionskosten	1) 3,32 Mio. EUR 2) 0,56 Mio. EUR	1) 2,40 Mio. EUR 2) 0,56 Mio. EUR
Eigenbeitrag	1) - 2) -	1) - 2) -
Finanzierung, davon FZ-Mittel	1) 2,91 Mio. EUR 2) 0,56 Mio. EUR	1) 1,99 Mio. EUR 2) 0,56 Mio. EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	1) UNFPA: 0,41 Mio. EUR 2) -	1) UNFPA: 0,41 Mio. EUR 2) -
Erfolgseinstufung	4	
• Signifikanz/Relevanz	4	
• Effektivität	4	
• Effizienz	4	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Projektziele mit Indikatoren

Mit dem Vorhaben sollte ein Beitrag zur Reduzierung des Bevölkerungswachstums sowie zur Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit geleistet werden (Oberziel), indem Familienplanungsdienste einschließlich einer Pilotkomponente zu Geschlechtskrankheiten in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in Mittel- und Niederguinea mit einer akzeptablen Versorgungsqualität eingeführt wurden (Programmziel). Das Vorhaben war als Kofinanzierung unter Federführung von UNFPA (United Nations Population Fund) geplant. Aufgrund komplexer Wirkungszusammenhänge wurde auf Ebene des Oberziels kein Indikator formuliert. Die Programmzielerreichung sollte mittels folgender Indikatoren gemessen werden:

- effektive Flächendeckung von mind. 10 % der Zielgruppe (Anteil der Zielgruppe, die mind. 2 korrekt durchgeführte FP-Konsultationen in Anspruch genommen hat);
- kontrazeptive Prävalenz (Anteil der Paare im gebärfähigen Alter, die regelmäßig eine moderne Verhütungsmethode benutzen) in der Programmregion beträgt mind. 5 %.

Konzeption des Vorhabens / Wesentliche Abweichungen von der ursprünglichen Projektplanung und deren Hauptursachen

Das Programm war als integrativer Bestandteil des Nationalen Primärgesundheitsprogramms konzipiert, das maßgeblich von UNICEF (United Nations Children's Fund) und anderen Gebern wie der Weltbank, der Europäischen Union sowie USAID (United States Agency for International Development) unterstützt wurde. Die Programmmaßnahmen umfassten die Lieferung von Ausrüstungsgegenständen, Medikamenten und Kontrazeptiva für 198 (geplant 110) Gesundheitseinrichtungen, Ausbildung des Gesundheitspersonals in Familienplanung (FP) sowie IEC (Information, Education, Communication) - Maßnahmen für die Bevölkerung. Der Projektträger, das guineische Gesundheitsministerium, wurde im Rahmen einer Begleitmaßnahme durch den Einsatz eines Consultant in Planung und Koordination sowie insbesondere bei der Konzeption der IEC-Maßnahmen zur Stimulierung der Nachfrage nach Familienplanung (FP) unterstützt. Aus der Kofinanzierung durch UNFPA wurden im Wesentlichen Studien, Ausbildung und punktuelle technische Assistenz unterstützt. In Anbetracht der gravierenden konzeptionellen und Managementschwächen des Partners wurden diese punktuellen Maßnahmen durch zusätzliche Beratungseinsätze gefördert. UNFPA hat sich im Laufe der Phase aus der Kofinanzierung zurückgezogen, wodurch erhöhter Managementaufwand zur Sicherstellung der weiteren Finanzierung und Durchführung der Leistungen erforderlich wurde. Auf die vorgesehene bauliche Maßnahme des FP-Zentrums Coronthie wurde schon früh aufgrund mangelnden Planungsengagements seitens des Partners verzichtet. Angesichts der im Verlauf des Programms zunehmenden Integration der FP-Dienste in das Versorgungsangebot der öffentlichen Gesundheitsdienste ist dies als sinnvolle Entscheidung anzusehen. Die investiven Maßnahmen wurden ansonsten wie geplant ausgeführt.

Problemen bei der Begleitmaßnahme, d.h. bei der Beratung im Bereich IEC sowie bei unzureichender Wahrnehmung von übergreifenden Projektsteuerungsaufgaben wurde durch Wechsel des Consultant und mit einem entsprechend angepassten Beratungsportfolio entgegengewirkt.

Das Gesamtkonzept des FP-Programms ist als gut zu bewerten. Es waren alle wesentlichen Komponenten vorhanden, die ein auf Nachhaltigkeit angelegtes Vorhaben erfordert: Policy-Mitgestaltung in der wichtigen Phase der Konsolidierung der Politik für Reproduktive Gesundheit, Aus- und Fortbildung im klinischen Bereich, Partnerqualifizierung im Planungs- und Managementbereich, Aufklärung der Bevölkerung und Entwicklung von entsprechendem Material.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Dem nationalen FP-Programm ist trotz aller politischen und administrativen Schwierigkeiten die Einführung von Familienplanung in das Leistungsangebot des öffentlichen Gesundheitswesens gelungen. Die angestrebte kontrazeptive Prävalenzrate (CPR) wurde während der Laufzeit des Vorhabens mit 7,6% mehr als erreicht (Anstieg um 4,9% zwischen 1992 und 1999). 2005 lag die CPR bei 10,5%, der Anstieg der CPR ist nach Beendigung der Förderung jedoch wesentlich geringer ausgefallen (nur 2,9% gegenüber 4,9% zuvor). Nutzungsdaten für FP-Dienste weisen darauf hin, dass von einer Zielunterschreitung von 30%-40% ausgegangen werden muss. Das Programmziel wurde daher für die Prävalenzrate, aber nicht in Bezug auf die flächenbezogene Versorgung erfüllt. Als problematisch hat sich herausgestellt, dass die vorgesehenen FP-Dienstleistungen nicht nachhaltig verfügbar gemacht werden: Aufgrund zu geringer Mittel waren Medikamente unzureichend verfügbar und der Kenntnisstand des Personals entsprach häufig nicht den Erfordernissen.

Für das Oberziel wurde kein Indikator formuliert. Die Fertilitätsrate ist nach einer geringfügigen Senkung in 1999 inzwischen wieder auf den Ausgangswert von 1992 (5,7) angestiegen. Offen bleibt, wie sich die Zahlen ohne die Intervention des Programms entwickelt hätten. Aufgrund der schlechten Funktionsweise der Dienste für Reproduktive Gesundheit und FP nach Beendigung der Förderung in 2000 muss jedoch davon ausgegangen werden, dass das Vorhaben hier keinen nennenswerten nachhaltigen Beitrag zum Oberziel geleistet hat.

Die öffentlichen Einrichtungen der Basisgesundheitsversorgung werden von der armen ländlichen Bevölkerung und den unteren Einkommensschichten in den Städten genutzt; höhere Einkommensgruppen suchen in der Regel private Dienstleistungsanbieter auf. Ein qualifiziertes FP-Angebot in den Basisgesundheitseinrichtungen ist grundbedürfnisorientiert und kommt daher

unmittelbar der armen Bevölkerungsgruppe zugute. Qualitativ gute FP wird von den Frauen akzeptiert und trägt so zur Reduzierung des Bevölkerungswachstums bei. Dies hat positive Rückwirkung auf die wirtschaftliche Entwicklung eines Landes, indem die begrenzten öffentlichen und privaten Ressourcen besser genutzt werden können. Frauen werden durch weniger Schwangerschaften und eine kleinere Kinderzahl begünstigt, und zwar sowohl in gesundheitlicher als auch in sozioökonomischer Hinsicht. Die Voraussetzungen für das Eintreten dieser positiven Wirkungen wurden in der Durchführungsphase des Programms geschaffen.

Partizipation bzw. ‚gute Regierungsführung‘ wurden durch das Vorhaben nicht als Ziele angestrebt; dies gilt auch für den Umwelt- und Ressourcenschutz.

Das Programm war den Schwächen des öffentlichen Gesundheitssystems ausgesetzt. Diese Schwächen zeigen sich rückblickend am deutlichsten in den Bereichen Personalqualifikation/-management, Medikamentenlogistik und Budgetflüsse.

Wesentliche Engpässe und Risiken für eine nachhaltige Aufrechterhaltung der Dienstleistungen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Systemschwächen des öffentlichen Gesundheitssektors, allgemeine Budgetknappheit im Sektor, ad-hoc Fortbildung im FP-Bereich gegenüber einer konsequenten Fortbildungspolitik, eine nicht mit der Kompetenz der Dienstleistungsanbieter abgestimmte Personalplatzierungspolitik, unzureichende Finanzierungsgrundlagen für die Aufrechterhaltung von Minimal-Standards in den Einrichtungen für FP sowie unzureichende kontrazeptive Versorgung, einhergehend mit der fehlenden Bereitschaft der Regierung, sich vielfach unterbreiteten Vorschlägen der internationalen Gemeinschaft zur Verbesserung dieser Situation (Anpassung der veralteten unzureichenden Tarife sowie Neustrukturierung der institutionellen Landschaft für Medikamentenversorgung) zu öffnen.

Die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird nachfolgend anhand der Kriterien Effizienz, Effektivität und Relevanz/Signifikanz bewertet:

Die Ergebnisse des Programms wurden während der Durchführungsphase mit einem angemessenen Mitteleinsatz erbracht und genutzt (Produktionseffizienz). Maßnahmen für „Capacity Building“ (wie z.B. Fortbildungen) oder in besonderem Maße auf Verhaltensänderungen zielende Interventionen bedürfen jedoch längerfristiger Unterstützung, um Wirkungen zu zeigen. Nach Beendigung der externen Förderung 2001 wurde jedoch entsprechende Unterstützung nicht hinreichend erbracht. Dies ist auf die unzureichenden finanziellen Mittel (Regierungssubventionen als auch erwirtschaftete Beiträge der Gesundheitszentren durch Tarife) zurückzuführen. Die Kostendeckung (Allokationseffizienz) ist unzureichend. Die Effizienz wird als nicht mehr ausreichend bewertet (Teilnote 4).

Bis zum Programmende wurden die Programmziele in nennenswertem Umfang (CPR vollumfänglich, Flächendeckung nicht vollständig) erreicht. In den 5 Jahren nach Förderung ist die CPR weiterhin angestiegen, jedoch nicht so, wie es bei gut funktionierenden Diensten für FP hätte erwartet werden können. Dies ist nicht alleine auf das Vorhaben, sondern auf die reduzierte Förderung von FP im internationalen Rahmen zurückzuführen. Die Nutzung/ Flächendeckung liegt unter den angenommenen 10% der Zielgruppe. Auch hier hätte - bei kontinuierlichen IEC-Maßnahmen - eine gestiegene Nutzung erwartet werden können. Die Effektivität wird insgesamt als nicht mehr ausreichend bewertet (Teilnote 4).

Die Nachhaltigkeit des Vorhabens besteht vor allem darin, dass durch das Programm der Aufbau und die Integration von FP-Diensten in die primäre Gesundheitsversorgung eingeleitet wurden. In allen Zentren der ehemaligen Programmregion ist FP integriert. Aufgrund der guten Verfügbarkeit von Diensten während der Programmlaufzeit wird von einem Beitrag zur Reduzierung der Fertilitätsrate - und damit des natürlichen Bevölkerungswachstums - ausgegangen. Aufgrund der Trägerschwäche, die Qualität des Dienstleistungsangebotes über Fortbildung zu sichern, und der mangelnden finanziellen Ausstattung des Sektors muss davon ausgegangen werden, dass danach der Beitrag des Vorhabens zum Oberziel nicht mehr geleistet werden konnte. Aufgrund der hohen bestehenden Nachhaltigkeitsrisiken wird die Bewertung der Relevanz/Signifikanz als nicht mehr ausreichend (Teilnote 4) eingeschätzt.

Seit Beendigung der Förderung hat sich die Funktionsfähigkeit der FP- Dienste in allen wesentlichen Variablen (Ausstattung, Aufklärungsmaßnahmen, Verfügbarkeit von Kontrazeptiva und Medikamenten, Fortbildung) verschlechtert. Insgesamt wird das Nationale Familienplanungsprogramm daher mit nicht mehr ausreichender entwicklungspolitischer Wirksamkeit (Gesamtnote 4) bewertet.

Projekt übergreifende Schlussfolgerungen

- Bei Vorhaben mit sehr unterschiedlichen Beratungsansätzen (Sensibilisierung/Kommunikation und Projektplanung/-management) ist der Einsatz jeweils spezialisierter Consultants in der Regel der effektivere Weg zur Zielerreichung.
- Abgesehen von der Festlegung eines angemessenen Zielsystems und klarer Indikatoren sollte sichergestellt werden, dass die zur Messung der Indikatoren erforderlichen Management- und Erhebungsinstrumente vorhanden sind oder ihre Einführung bzw. Beschaffung durch das Programm vorgesehen ist.
- In vielen Ländern sind die Strukturen im öffentlichen Gesundheitssektor und die Mittelausstattung zu schwach, um einen quantitativen oder qualitativen Ausbau des Systems mit den erforderlichen dauerhaft höheren Folgekosten zu gewährleisten. Solche Vorhaben sind daher mit einem hohen Nachhaltigkeitsrisiko behaftet. Wenn dieses Risiko nicht durch Einbettung in ein Sektorreformprogramm substantiell reduziert werden kann, sollten unter anderem folgende konzeptionellen Alternativen erwogen werden:
 - Die Durchführung der Vorhaben sollte mithilfe oder unter starker Einbindung von geeigneten Nichtregierungsorganisationen sowie para-staatlichen und semi-autonomen Strukturen (soweit vorhanden) vorgesehen werden. (Parallel dazu ist darauf hinzuwirken, dass die Gesundheitspolitik grundlegende strukturelle Verbesserungen im Gesundheitssektor anstrebt und durchsetzt.)
 - Die Vorhaben sollten auf eine Effizienzsteigerung innerhalb des bestehenden Gesundheitssystems hinwirken, um dadurch Mittel freizusetzen, die in einem nächsten Schritt zum weiteren Ausbau des Systems werden können.

Legende

Entwicklungspolitisch erfolgreich: Stufen 1 bis 3	
Stufe 1	Sehr gute oder gute entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 2	Zufriedenstellende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 3	Insgesamt ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Entwicklungspolitisch nicht erfolgreich: Stufen 4 bis 6	
Stufe 4	Insgesamt nicht mehr ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 5	Eindeutig unzureichende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 6	Das Vorhaben ist völlig gescheitert

Kriterien der Erfolgsbeurteilung

Bei der Bewertung der "entwicklungspolitischen Wirksamkeit" und Einordnung eines Vorhabens in die verschiedenen, weiter oben näher beschriebenen Erfolgsstufen im Rahmen der Schlussprüfung stehen folgende Grundfragen im Mittelpunkt:

- Werden die mit dem Vorhaben angestrebten **Projektziele** in ausreichendem Umfang erreicht (Frage der **Effektivität** des Projekts)?
- Werden mit dem Vorhaben in ausreichendem Maße **entwicklungspolitisch wichtige Wirkungen** erreicht (Frage der **Relevanz** und **Signifikanz** des Projekts; gemessen an der Erreichung des vorab festgelegten entwicklungspolitischen Oberziels und den Wirkungen im politischen, institutionellen, sozio-ökonomischen und -kulturellen sowie ökologischen Bereich)?

- Wurden und werden die Ziele mit einem **angemessenen Mitteleinsatz/Aufwand** erreicht und wie ist der einzel- und gesamtwirtschaftliche Beitrag zu bemessen (Frage der **Effizienz** der Projektkonzeption)?
- Soweit unerwünschte (**Neben-)Wirkungen** auftreten, sind diese hinnehmbar?

Der für die Einschätzung eines Projekts ganz zentrale Aspekt der **Nachhaltigkeit** wird von uns nicht als separate Bewertungskategorie behandelt sondern als Querschnittsthema bei allen vier Grundfragen des Projekterfolgs. Ein Vorhaben ist dann nachhaltig, wenn der Projektträger und/oder die Zielgruppe in der Lage sind, nach Beendigung der finanziellen, organisatorischen und/oder technischen Unterstützung die geschaffenen Projektanlagen über eine insgesamt wirtschaftlich angemessene Nutzungsdauer weiter zu nutzen bzw. die Projektaktivitäten eigenständig mit positiven Ergebnissen weiter zu führen.