

**Philippinen: Frauengesundheit und Familienplanung**

**Ex Post-Evaluierungsbericht (Schlussprüfung)**

<b>OECD-Förderbereich</b>	12230 / Infrastruktur im Bereich Basisgesundheits	
<b>BMZ-Projektnummer</b>	1994 66 533	
<b>Projektträger</b>	Gesundheitsministerium (Departement of Health)	
<b>Consultant</b>	GITEC, Düsseldorf	
<b>Jahr der Schlussprüfung</b>	<b>2006</b>	
	<b>Projektprüfung (Plan)</b>	<b>Schlussprüfung (Ist)</b>
<b>Durchführungsbeginn</b>	3. Quartal 1995	1. Quartal 1996
<b>Durchführungszeitraum</b>	6 Jahre	6 Jahre
<b>Investitionskosten</b>	136,4 Mio. EUR	78,1 Mio. EUR
<b>Eigenbeitrag</b>	26,6 Mio. EUR	2,5 Mio. EUR
<b>Finanzierung, davon FZ-Mittel</b>	FZ: 14,2 Mio. EUR ADB: 54,0 Mio. EUR Weltbank: 18,0 Mio. EUR EU: 13,0 Mio. EUR AusAID: 10,6 Mio. EUR	FZ: 12,4 Mio. EUR, ADB: 27,0 Mio. EUR Weltbank 11,0 Mio. EUR EU: 16,7 Mio. EUR AusAID 8,5 Mio. EUR
<b>Andere beteiligte Institutionen/Geber</b>	s. Ko-Financiers	siehe Ko-Financiers
<b>Erfolgseinstufung</b>	4	
<b>• Signifikanz/Relevanz</b>	4	
<b>• Effektivität</b>	4	
<b>• Effizienz</b>	4	

**Kurzbeschreibung, Oberziel und Projektziele mit Indikatoren**

Das Vorhaben Frauengesundheit und Familienplanung (Women's Health and Safe Motherhood Project – WHSMP) zielt auf die Verbesserung der Gesundheit von Frauen im reproduktionsfähigen Alter sowie von Neugeborenen und Säuglingen in ausgewählten Provinzen der Philippinen (Oberziel). Programmziel des Vorhabens ist ein Beitrag zur Verbesserung der qualitativen und quantitativen Versorgung mit integrierten Gesundheitsdiensten für Frauengesundheit und Familienplanung in ca. 40 Provinzen. Das FZ-Programm wurde im Rahmen einer Parallelfinanzierung unter dem Gesundheitsministerium (Department of Health, DoH) mit Weltbank, Asian Development Bank (ADB), AusAID (Australien) und der EU durchgeführt. Zu den zentralen Maßnahmen des Gesamtvorhabens zählten die Bereitstellung von medizinischen Ausrüstungen, Instrumenten und Medikamenten zur Frauengesundheit und Familienplanung, die Instandsetzung von Gesundheits- und Familienplanungseinrichtungen, die Ausbildung von Gesundheitspersonal sowie die Verbesserung der Managementkapazitäten der Gesundheitsverwaltungen auf zentraler und Provinzebene. Der FZ-Beitrag ist für die Beschaffung von Ausrüstungen, Instrumenten und Medikamenten zur Frauengesundheit und Familienplanung sowie für dazugehörige Consultingleistungen eingesetzt worden.

Indikatoren zur Oberzielerreichung waren die Verringerung der Mütter-, Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit sowie der Fruchtbarkeitsrate. Die Erreichung des Programmziels sollte dadurch gemessen werden, dass sich drei Jahre nach Abschluss des Programms, d.h. Ende 2005, die folgenden Indikatoren gegenüber der Ausgangslage 1995 verbessert haben:

- die Zahl der fachgerecht durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen im ambulanten und stationären gynäkologischen/geburtshilflichen Bereich
- die Zahl der durch qualifiziertes Personal betreuten Geburten
- die Zahl der fachgerecht durchgeführten freiwilligen Sterilisationen
- die Zahl der behandelten Patientinnen mit Infektionen des weiblichen Genitaltrakts

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

Das Vorhaben war Teil eines Gemeinschaftsvorhabens, das zwar gemeinsam geplant, aber in der Folge von jedem einzelnen Partner stark eigenständig durchgeführt wurde. So unterschieden sich die von den Partnern gewählten Programmziele und Indikatoren und es wurden von einigen Partnern im Laufe der Durchführung die Beiträge stark gekürzt (Gesamtkostenverringern von ca. 136 auf 78 Mio. EUR) sowie in allen Fällen in den Einzelkomponenten erhebliche Veränderungen vorgenommen. Das Gesamtvorhaben (WHSMP) bestand aus vier Hauptkomponenten: Verbesserung der Gesundheitsdienste (Service Delivery), institutionelle Entwicklung (institutional development), Entwicklung von Partnerschaften mit Gemeinden und NGO (Community Partnerships) und einer kleinen Forschungskomponente. Quantitativ war die von ADB, Weltbank und FZ gemeinsam finanzierte erste Komponente (Service Delivery) am bedeutendsten. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die Partner ADB und Weltbank sich in ausgewählten Provinzen mit der baulichen Rehabilitierung beschäftigten und in unterschiedlichem Ausmaß auch Geräte lieferten, die von den FZ-Beiträgen ergänzt wurden. Zusätzlich wurden Medikamente sowie Ge- und Verbrauchsgüter für Frauengesundheit und Familienplanung geliefert.

Die Ziele des FZ-Vorhabens sollten im Bereich der ersten Hauptkomponente (Service Delivery) durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Lieferung von hochwertiger gynäkologischer/geburtshilflicher Ausrüstung (für ausgewählte Provinz- und Distriktkrankenhäuser in 41 aus ADB-Mitteln geförderte Provinzen) und von einfacher Basisausrüstung für Hebammen und deren Assistentinnen (für alle 77 Provinzen) zur Verbesserung der geburtshilflichen, prä- und perinatalen Versorgung der Frauen und Neugeborenen,
- Lieferung einfacher gynäkologischer/geburtshilflicher Ausrüstung (für ausgewählte ländliche Basisgesundheitsseinrichtungen in allen 77 Provinzen) zur Verbesserung des Angebots von Familienplanungsdiensten,
- Lieferung von Medikamenten primär gegen sexuell übertragene Krankheiten (für 10 ausgesuchte Provinzen) zur Verbesserung des Angebots von Dienstleistungen zur Diagnose und Behandlung von Infektionen des weiblichen Genitaltraktes,
- Lieferung von zusätzlichen Ultraschallgeräten, Klimageräten für Entbindungsräume, Untersuchungsstühlen, Sterilisierzangen, Kolposkopen und automatischen Spannungsreglern,
- Einsatz eines Consultants, dessen ursprünglich nur punktuell vorgesehene Unterstützung bei der Ausschreibung und Vergabe der Lieferungen und Leistungen im Laufe des Vorhabens zu einer fast dauerhaften Begleitung des gesamten Vorhabens ausgeweitet wurde (wodurch sich die Consultantkosten deutlich erhöhten).

Zum Zeitpunkt des Midterm Review im Mai 1998 bewerteten die Geber, insbesondere Weltbank und ADB, die Durchführung des Vorhabens mit Blick auf eine unzureichende Administration durch das Project Management Office, Verzögerungen und nicht erreichte Output-Zielgrößen kritisch, was zu konzeptionellen Veränderungen und zu Kürzungen bei den Finanzvolumina führte. In ihren Implementation Completion Reports werteten Weltbank und ADB die Durchfüh-

zung des Vorhabens als gerade noch befriedigend (marginally satisfactory), weil das Vorhaben zur Steigerung von Qualität und Quantität der Gesundheitsdienste für Frauen beigetragen hatte.

In Bezug auf die Konzeption des Vorhabens ist zu sagen, dass durch geeignete Maßnahmen die Nachfrageseite (z.B. durch Information, Education and Communication-Maßnahmen/IEC) und die Angebotsseite (z.B. durch zielgerichtete Trainingsmaßnahmen) als zentrale Anliegen des Vorhabens hätten fokussierter angegangen werden müssen.

### **Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung**

Einige teurere Geräte aus der FZ-finanzierten Komponente sind mehr als fünf Jahre nach Lieferung noch immer nicht ausgepackt oder verwendet worden (z.B. Autoklaven und Generatoren), weil die Gesundheitseinrichtungen ihre vor dem Vorhaben vorhandenen Geräte für geeigneter halten. Weiterhin werden in vielen Fällen die gelieferten Inkubatoren nicht genutzt, weil es nicht genügend qualifiziertes Personal für ihre Nutzung gibt. Ein Anteil von etwa 40 % aller gelieferten Geräte funktionierte zum Zeitpunkt der örtlichen Schlussprüfung nicht mehr, weil es im Land dafür keine Ersatzteile (z.B. Halogenbirnen für die OP-Leuchten) gab oder weil die Geräte nicht ausreichend gewartet werden konnten.

Die Verantwortung für den Betrieb aller durch das Vorhaben unterstützten Gesundheitseinrichtungen liegt nach wie vor bei den jeweils zuständigen dezentralisierten lokalen Behörden (Local Government Units/LGUs). Die Feldbesuche von Gesundheitseinrichtungen in 4 Provinzen der Philippinen zeigten ein sehr gemischtes Bild bezüglich des Engagements der LGUs für den Betrieb der Gesundheitseinrichtungen. Mit wenigen positiven Ausnahmen stellen die LGUs den Gesundheitseinrichtungen offensichtlich viel zu wenige Mittel zur Abdeckung der Betriebskosten zur Verfügung. Das führt dazu, dass in den besuchten Gesundheitseinrichtungen meist nicht genügend Medikamentenvorräte vorhanden waren und die Patienten oft darauf angewiesen sind, sich die Medikamente in privaten Apotheken zu besorgen. Ein einheitliches, verbindliches Wartungskonzept für die Gesundheitseinrichtungen liegt nicht vor. Eine Verbesserung dieser unbefriedigenden Situation kann vom nationalen Gesundheitsministerium (DoH) kaum beeinflusst werden, sondern ist im Wesentlichen von den Prioritäten der für begrenzte Zeit gewählten Bürgermeister und Gouverneure abhängig. Zwar wurden mit den LGUs allgemeine Verträge bezüglich der Unterstützung des Vorhabens abgeschlossen, doch legten diese Vorhaben keinerlei quantifizierte Verpflichtungen bezüglich der Sicherstellung ausreichender Betriebskosten fest. Hinsichtlich des Betriebs ist davon auszugehen, dass dieser langfristig aufrechterhalten wird, allerdings auf einem Niveau, das unterhalb des Wünschenswerten liegt.

Indikatoren zur Oberzielerreichung waren die Verringerung der Mütter-, Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit sowie der Fruchtbarkeitsrate. Während sich die Säuglingssterblichkeit zwischen 1998 und 2003 nur marginal von 35 auf 34/1000 verändert hat, soll sich die Müttersterblichkeit seitdem unverändert auf dem relativ hohen Niveau von 200/100.000 befinden. Auch bei der Fruchtbarkeitsrate hat es zwischen 1998 und 2003 nur eine Senkung von 3,7 auf für die Region immer noch hohe 3,5 Kinder je Frau gegeben. Somit lassen sich bei den Indikatoren für das Oberziel nur geringe Verbesserungen erkennen.

Für die eingangs genannten Programmzielindikatoren sind keine Werte für die Ausgangssituation festgelegt worden. Es wurde auch nie entschieden, bei welcher Veränderung der Indikatoren von einer zufrieden stellenden Verbesserung ausgegangen werden kann. Unabhängig davon stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß die Programmziele und die Indikatoren des Vorhabens den tatsächlichen Problemen im Bereich der reproduktiven Gesundheit der Philippinen entsprechen. Sicherlich ist die Erhöhung der betreuten Geburten ein wichtiger Indikator für Beiträge zu einer Verringerung der Müttersterblichkeit. Es stellt sich aber die Frage, warum man außer der Zahl der unumkehrbaren Sterilisationen keine weiteren Indikatoren für die erfolgrei-

che Umsetzung von Familienplanungsmaßnahmen gewählt hat. Damit wurde auf die Möglichkeit verzichtet, Steigerungen bei der kontrazeptiven Prävalenz durch einen erhöhten Einsatz reversibler Verhütungsmethoden zu erzielen, die ggf. in stärkerem Maß akzeptiert worden wären. Weiterhin fehlen Ziele und Indikatoren, die eine Verbesserung der Nutzung der Gesundheitseinrichtungen und der Patientenzufriedenheit belegen. Zieht man die bei Schlussprüfung nur zu 60 % verfügbaren, aus FZ-Mitteln finanzierten Ausrüstungen und Geräte und die relativ geringen Patientenkontakte (0,2 Kontakte pro Kopf und Jahr) als Proxi-Indikatoren in Betracht, so sind die Wirkungen des FZ-Beitrags zur Erreichung der Zielindikatoren als deutlich eingeschränkt zu bewerten.

Das Gesamtvorhaben hat landesweit ausgewählte Gesundheitseinrichtungen rehabilitiert und ihr Leistungsangebot im Bereich der reproduktiven Gesundheit stark erweitert. Dies hat zu einer Verbesserung des Angebots reproduktiver Gesundheitsleistungen vor allem für ärmere Frauen und Kinder geführt. Die bereitgestellten Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten können das Leistungsangebot der geförderten Gesundheitseinrichtungen bei der Säuglings- und Schwangervorsorge, bei der Betreuung von Geburten und bei der Familienplanung verbessern und dazu beitragen, die Säuglingssterblichkeit und die Müttersterblichkeit im Land zu verringern. Der Anteil der durch Fachpersonal betreuten Geburten hat sich von 56 auf 64 % erhöht.

Während die wohlhabenden Bevölkerungsteile primär die umfangreichen privaten Gesundheitsangebote nutzen, besteht für die ärmeren Bevölkerungsteile keine Alternative zum staatlichen Angebot. Für die ärmeren Bevölkerungsteile – die Armen machen etwa die Hälfte der Gesamtbevölkerung aus - hat sich durch die Maßnahmen des Vorhabens das Gesundheitsangebot erweitert. Da sie offiziell von der Zahlung von Gebühren befreit sind, sind sie im Prinzip vom Zugang zu den Leistungen der Gesundheitseinrichtungen nicht ausgeschlossen. Diese Befreiung wird jedoch noch nicht überall umgesetzt, dennoch hat das Vorhaben faktisch einen starken Armutsbezug.

Grundsätzlich können die Leistungen der Gesundheitseinrichtungen von den Einwohnern beiderlei Geschlechts genutzt werden. Wegen der starken Konzentration des durch das Vorhaben erweiterten Leistungsangebots zur Behandlung von Schwangeren und die Betreuung von Geburten war die Gleichstellung der Geschlechter eine primäre Zielsetzung des Vorhabens. Gleichwohl ist aus heutiger Sicht festzuhalten, dass das Vorhaben zwar Gleichstellungsaspekte aufgriff, diese jedoch nicht fokussiert genug auf den Bereich der Familienplanung richtete. Die insbesondere durch die EU-Komponente verfolgten Gender-Anliegen waren sehr allgemeiner Art (u. a. Arbeitssituation der Frau, Gewalt gegen Frauen). Es wurde dabei nicht ausreichend darauf eingegangen, wie die Frau bei der Verhandlung ihrer reproduktiven Wünsche gestärkt werden kann, bspw. wenn sie sich – was häufig der Fall ist – weniger Kinder wünscht als ihr Partner. Hierzu wäre eine geeignete Sensibilisierung erforderlich gewesen. Hinsichtlich Stärkung der Verhandlungsposition der Frau spielt auch das Kontrazeptiva-Mix eine wichtige Rolle. Dabei ist insbesondere auch an injizierbare Kontrazeptiva (Monatsspritzen) zu denken, bei denen die Frau wegen der Möglichkeit der diskreten Anwendung über eine vergleichsweise hohe Entscheidungsmacht verfügt. Diese stehen jedoch innerhalb des Gesamtangebots an Kontrazeptiva nur in geringerem Maße zur Verfügung. Des Weiteren wurde der Mann als Entscheidungsträger in reproduktiven Fragen lediglich unzureichend adressiert, was sich auch an der seit 10 Jahren unveränderten Rate männlicher Sterilisierung erkennen lässt. So gelten Familienplanung und reproduktive Gesundheit in den Philippinen weiterhin als women's affair. Das Potenzial des Vorhabens, hier Veränderungen herbeizuführen, wurde u. a. aufgrund mangelnder Fokussierung auf die zentralen Themen nicht hinreichend ausgeschöpft.

Das Vorhaben ist nicht auf partizipative Entwicklung / gute Regierungsführung ausgerichtet und hat keine umweltbezogenen Ziele. Die Umweltbelastungen des Vorhabens liegen im Wesentlichen bei der Behandlung der medizinischen Abfälle. Wir konnten in allen besuchten Gesund-

heitseinrichtungen feststellen, dass medizinische Abfälle separat gesammelt und in geeigneter Weise entsorgt werden.

Nachfolgend bewerten wir die entwicklungspolitische Wirksamkeit des FZ-Vorhabens anhand der Kriterien Effektivität, Effizienz und Signifikanz / Relevanz:

- Die Effektivität des Vorhabens lässt sich mangels Festlegung quantitativer Ziele schwer beurteilen. Von den festgelegten Indikatoren kann lediglich eine positive Veränderung des Anteils der durch Ärzte, Krankenschwestern und Hebammen betreuten Geburten von 56 % auf 64 % zwischen 1998 und 2005 festgestellt werden. Auch der Zugang zu den Gesundheitsdiensten des öffentlichen Sektors scheint sich in den letzten Jahren nicht erleichtert zu haben. Begrenzte Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit lassen keine wesentlichen Verbesserungen erkennen. Ebenso ist auf die starke Reduktion der Eigenanteile der philippinischen Partner hinzuweisen, durch die einige wichtige Unterstützungsbeiträge für eine höhere Nutzung der bereitgestellten Infrastruktur durch IEC- und Ausbildungsmaßnahmen entfallen sind. Daher entstehen Zweifel, ob das Programm einen relevanten Beitrag zur Reduzierung der Kernprobleme im Bereich der reproduktiven Gesundheit geleistet hat. Betrachtet man die unbefriedigende Nutzung der Ausrüstungen und Geräte bei relativ geringen Patientenkontakten, so halten wir die Effektivität des Vorhabens - auch unter Nachhaltigkeitsaspekten - für insgesamt nicht mehr ausreichend (Teilstufe 4).
- Wegen der Komplexität des Vorhabens und der Bedeutung der Beiträge anderer Entwicklungspartner lassen sich Aussagen bezüglich des Verhältnisses zwischen den eingesetzten Finanzbeiträgen und den Ergebnissen nur schwer machen. Allerdings bedeutet grundsätzlich das Verharren der für reproduktive Gesundheit zentralen Indikatoren auf einem viel zu schlechten Niveau, dass die erheblichen finanziellen Mittel des Gesamtvorhabens wenig bewirkt haben. Kritisch ist auch darauf hinzuweisen, dass viele Maßnahmen mit erheblichen Zeitverzögerungen umgesetzt wurden, weil erforderliche komplementäre Beiträge anderer Entwicklungspartner nicht rechtzeitig geleistet wurden, was auch zu dem erhöhten Aufwand an Consultingleistungen führte. Die Tatsache, dass einige Geräte bisher noch nie verwendet oder nicht mehr genutzt werden, deutet auf einen eingeschränkt effizienten Einsatz der Gebermittel. Es erfolgt eine Einstufung der Effizienz in nicht mehr ausreichend (Teilstufe 4).
- Grundsätzlich erscheint das Konzept des Vorhabens, durch eine Investition in die Gesundheitsinfrastruktur die reproduktive Gesundheit zu verbessern als ein wichtiger Ansatz, der insbesondere für die gesundheitliche Situation potenziell gefährdeter Personenkreise (Schwangere und Säuglinge) eine große Bedeutung hat und einen Beitrag zu den gesundheitsorientierten Millennium-Development-Goals (MDGs) leistet (Relevanz). Die Signifikanz des Vorhabens hätte stark erhöht werden können, wenn die Partner ihre Beiträge koordinierter geleistet, wenn die LGUs die Nachhaltigkeit des Vorhabens durch eine ausreichende Finanzierung der Betriebs- und Wartungskosten gesichert und wenn geeignete, Nachfrage schaffende Maßnahmen die Akzeptanz der Zielgruppen erhöht hätten. Indikatoren wie Müttersterblichkeit, Fruchtbarkeitsrate und kontrazeptive Prävalenz, die für die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit von zentraler Bedeutung sind, haben seit Programmbeginn bis heute auf einem für die Region unbefriedigenden Niveau weitgehend stagniert, was auch auf die nur geringe Nutzung der Gesundheitseinrichtungen zurückzuführen ist. Deswegen wird die Relevanz/Signifikanz des Vorhabens mit nicht mehr ausreichend (Teilstufe 4) bewertet.

Bei einer Gesamtbewertung des Vorhabens ist die Verbesserung ausgewählter Gesundheitsinfrastruktur im staatlichen Sektor der Philippinen positiv zu betrachten. Allerdings hat diese Verbesserung der Infrastruktur nicht dazu geführt, dass die erwarteten Nachfragesteigerungen eingetreten sind. Die Ziele des Vorhabens wurden nur ungenügend spezifiziert und quantifiziert, so dass sich die Zielerreichung nur schwer überprüfen lässt. Das Verharren zentraler Indikatoren der reproduktiven Gesundheit seit Programmbeginn bis heute auf einem nicht akzeptablen Niveau drückt allerdings aus, dass das Vorhaben in dieser Hinsicht wenig bewirkt hat. Das lässt sich zum einen damit erklären, dass die Beiträge des (Gesamt-)Vorhabens zu stark auf die Verbesserung der Infrastruktur und zu wenig auf eine Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen und auf die Nachfrageaspekte gerichtet waren. Das ist zum anderen aber auch dadurch

verursacht worden, dass die lokalen Partner durch ungenügende Finanzierung der Betriebskosten und durch weitgehend fehlende Überwachungsmechanismen des Personals das Leistungsangebot trotz verbesserter Infrastruktur für die Zielgruppe nicht attraktiv genug machten. Sehr kritisch ist auch die Frage der Nachhaltigkeit zu stellen. Die fehlenden Wartungsleistungen verringern die Nutzungszeit der Gebäude und Geräte. Wegen dieser Schwächen bewerten wir das Vorhaben mit einer insgesamt nicht mehr ausreichenden entwicklungspolitischen Wirksamkeit (Gesamtstufe 4).

### **Programm übergreifende Schlussfolgerungen**

Wir möchten folgende übergreifende Schlussfolgerungen feststellen:

- Im Rückblick auf dieses Vorhaben wird die Bedeutung von klar spezifizierten, relevanten Programmzielen deutlich. Ebenso ist die Benennung von geeigneten Indikatoren sowie die Quantifizierung der Ausgangssituation und der zu erreichenden Zielwerte für die Erfolgsüberprüfung ausschlaggebend. Zu den Lessons Learnt des Vorhabens gehört auch, dass ein funktionierendes Geberkonsortium aufeinander abgestimmte und möglichst einheitliche Ziele und eindeutige Absprachen zur zeitlichen Bereitstellung zentraler Leistungen durch die jeweiligen Geber voraussetzt. Realistischerweise ist dabei zu berücksichtigen, dass sich der Dialog zwischen den Entwicklungspartnern von Frankfurt aus nur bedingt steuern lässt. Vorhaben mit einer vergleichbar komplexen Geberstruktur wie bei dem vorliegenden Programm erfordern eine intensive örtliche Koordination. Außerdem ist es unabdingbar, kritische komplementäre, durch den nationalen Partner zu erbringende Beiträge festzulegen.
- Das Vorhaben wurde kurz nach der Dezentralisierung des Gesundheitssektors geprüft. Die dadurch entstandenen Risiken für die Programmdurchführung wurden im Prüfungsbericht benannt und hätten bei der Programmkonzeption entsprechend adressiert werden müssen. Der alleinige Blick auf die zentrale Ebene, die nach der Dezentralisierung keinerlei Kompetenzen mehr hinsichtlich Finanzierung von Betriebskosten und Medikamenten sowie Überwachung des Personals hatte, genügte nun nicht mehr. Um die unbefriedigende Situation bei Betriebskostenfinanzierung und Personalüberwachung zu vermeiden sowie komplementäre Aspekte wie Bereitstellung von regelmäßigen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen und Durchimpfungen der Schwangeren und Säuglinge sicherzustellen, hätte dafür Sorge getragen werden müssen, dass zwischen zentraler Ebene und den lokalen Gebietskörperschaften verbindliche Vereinbarungen getroffen werden.
- Bei Vorhaben mit einer großen Gerätebeschaffungskomponente ist bei der Planung und bei den Gerätespezifikationen insbesondere auch durch den Beschaffungsconsultant darauf zu achten, dass die entsprechenden Geräte den tatsächlichen Bedürfnissen der Einrichtungen entsprechen, den lokalen Stromversorgungsmöglichkeiten angepasst sind und vor Ort gewartet und mit Ersatzteilen versehen werden können. Standardisierte Beschaffungen stellen nicht in jedem Fall einen geeigneten Beschaffungsmodus dar, da die mangelnde Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten dazu führen kann, dass Geräte nicht verwendet bzw. nach relativ kurzer Zeit nicht mehr genutzt werden.
- Auf der Angebotsseite ist neben der Verbesserung der Infrastruktur auch auf die Qualität der Dienstleistungen abzustellen. Wenn die Qualität der Dienstleistungen durch Trainingsmaßnahmen gesteigert werden soll, ist darauf zu achten, dass die Trainingsmaßnahmen in enger Verbindung mit den Programmzielen stehen.
- Weiterhin ist bei einem Vorhaben der reproduktiven Gesundheit, dessen Erfolg eng mit Veränderungen von Verhalten und Einstellungen der Zielgruppe verknüpft ist, neben der Verbesserung der Infrastruktur das Augenmerk auf die Nachfrageseite zu legen. Nach Gender-Aspekten differenzierte Sensibilisierungs- und Aufklärungsmaßnahmen sind hier ebenso wie ein bedarfsgerecht angepasstes Kontrazeptiva-Mix von ausschlaggebender Bedeutung.

### Legende

Entwicklungspolitisch erfolgreich: Stufen 1 bis 3	
Stufe 1	Sehr gute oder gute entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 2	Zufrieden stellende 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, oben 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.