

# Ex-post-Evaluierung

## Reproduktive Gesundheit, ECOWAS-Region



<b>Titel</b>	Reproduktive Gesundheit und HIV/AIDS-Prävention		
<b>Sektor und CRS-Schlüssel</b>	Familienplanung (13030) HIV/AIDS (13040)		
<b>Projektnummer</b>	Phase 1 (Inv.): 2005 66 307, Phase 2 (Inv.): 2008 66 152 und A+F 1930 04 355		
<b>Auftraggeber</b>	BMZ		
<b>Empfänger/ Projektträger</b>	Economic Community of West African States (ECOWAS) / West Africa Health Organisation (WAHO)		
<b>Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument</b>	Phase 1: EUR 5 Mio.; Phase 2: EUR 5 Mio.; A+F 6.967,62 EUR; FZ-Zuschuss (Haushaltsmittel)		
<b>Projektlaufzeit</b>	Phase 1: 09.2007- 08.2017; Phase 2: 10.2009 - 08.2017; A+F: 2008		
<b>Berichtsjahr</b>	2021	<b>Stichprobenjahr</b>	2019

### Ziele und Umsetzung des Vorhabens

Durch die Verbesserung der Verfügbarkeit von Kontrazeptiva sowie einer besseren Befriedigung der Nachfrage nach Familienplanungsdiensten und Prävention von HIV/AIDS (Outcome-Ziel) sollte das Vorhaben einen Beitrag zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR) in der ECOWAS-Region leisten (Impact-Ziel).

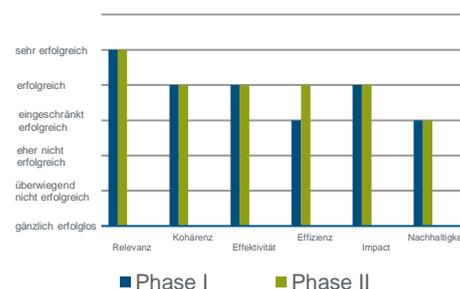
Hierzu wurde ein regionaler Finanzierungsmechanismus zur Beschaffung von Kontrazeptiva sowie zur Kapazitätsstärkung von staatlichen und nichtstaatlichen Umsetzungsorganisationen entwickelt. Der Regionalansatz war auf alle Mitgliedsstaaten ausgerichtet, wobei zunächst die fünf Pilotländer Benin, Burkina Faso, Ghana, Guinea-Bissau und Niger prioritär von den Maßnahmen profitierten.

### Wichtige Ergebnisse

Das Vorhaben war in hohem Maße relevant und wird aufgrund des wichtigen Beitrages sowohl für die Verbesserung der Rahmenbedingungen sowie konkret des Zugangs zu SRG-Produkten in den Pilotländer als auch durch die Stärkung der regionalen Kooperation im Bereich SRGR als „erfolgreich“ eingestuft.

- Die Interventionen des Regional-Vorhabens wirkten komplementär zu bestehenden nationalen Programmen und entfalteten darüber hinaus eine katalytische Wirkung zur Neu-Positionierung von Familienplanung in der Region.
- Die Nutzung sowohl privatwirtschaftlicher als auch gemeindebasierter Vertriebsstrukturen verbesserte die Verfügbarkeit der SRGR-Produkte und erhöhte die Effektivität der Maßnahmen.
- Die Effizienz des Vorhabens hat sich seit der ersten Phase, in der die neuen Finanzierungsmechanismen aufgebaut wurden, verbessert, kann aber noch weiter gesteigert werden durch stärkere Fokussierung auf wenige „High-Impact-Practices“ bzw. durch regionale Produkt-Beschaffung.
- Wichtige SRG-Finanzierungslücken in den Pilotländern konnten im Rahmen des Vorhabens geschlossen werden, damit ist es plausibel von einem Beitrag zur Zielerreichung auf Impact Ebene auszugehen.

### Gesamtbewertung: erfolgreich



### Schlussfolgerungen

- Der Aufbau eines regionalen Finanzierungsmechanismus erfordert Zeit und Ressourcen.
- Der Ansatz hat Modellcharakter und ist zur effektiven Verbesserung von Sektor-Politik auf regionaler Ebene sowie in den Mitgliedsstaaten geeignet.
- Ein wichtiger Erfolgsfaktor des Vorhabens ist das ausgeprägte Ownership des Trägers WAHO unterstützt durch gezielte Consultingleistungen.
- Der Total Market Approach sollte verstärkt umgesetzt werden, um die Effizienz und Nachhaltigkeit der Interventionen zu fördern und die Kluft zwischen ungedecktem Bedarf und Nutzung von SRGR-Dienstleistungen gerade jüngerer Frauen zu verringern.

# Bewertung nach DAC-Kriterien

## Gesamtvotum: Note 2

Die beiden Phasen wurden gemeinsam evaluiert und wo erforderlich separat bewertet.

### Teilnoten:

DAC-Kriterien	Phase I	Phase II
Relevanz	1	1
Kohärenz	2	2
Effektivität	2	2
Effizienz	3	2
Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	2	2
Nachhaltigkeit	3	3

### Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Das Vorhaben wurde 2006 als mehrphasiges offenes Programm gemeinsam mit anderen technischen Partnern und Gebern (u.a. USAID, CIDA) konzipiert. Im Rahmen einer A+F Maßnahme fand hierzu im März 2008 ein zweitägiger Kick-off-Workshop in Frankfurt statt. In der 1. Phase (2008-2013) wurde der regionale Finanzierungsmechanismus entwickelt. Dieser enthielt sowohl einen Fonds zur Beschaffung von Verbrauchsgütern der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (SRG) (FAP<sup>1</sup>) als auch einen Fonds zur Kapazitätsstärkung diverser Akteure und zur Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung von Angebot und Nachfrage von SRG-Diensten (FRC<sup>2</sup>). Über ein Antragsverfahren konnten die Mittel der beiden Fonds für nationale Maßnahmen eingesetzt werden. In den ersten beiden Phasen wurden fünf Pilotländer gefördert: Benin, Burkina Faso, Ghana, Guinea-Bissau und Niger. Darüber hinaus finanzierte das Vorhaben verschiedene regionale Aktivitäten, die auf alle 15 ECOWAS-Staaten ausgerichtet waren: wie grenzüberschreitende SRG-Aufklärungskampagnen, Fortbildungen sowie die Vernetzung von Social Marketing-Organisationen (SMO). Die 2. Phase (2013-2014) vertiefte und erweiterte diese Maßnahmen. Träger des Vorhabens ist die für Gesundheit zuständige Fachorganisation der ECOWAS-Staaten "West African Health Organisation" (WAHO). Der Regionalansatz zielte darauf ab, den Zugang zu SRG-Produkten auf nationaler Ebene zu verbessern. Außerdem sollte über die WAHO die regionale, politische und programmatische Kooperation im Bereich SRG gestärkt und die Bedeutung und Wirksamkeit von SRG-Politiken in der ECOWAS-Region insgesamt gesteigert werden. Die ursprüngliche Wirkungsmatrix wurde im Laufe der 1. Phase sozusagen der "Konzeptions- und Aufbauphase" (2008-2010) mehrfach angepasst; die genauen Hintergründe dieser Modifikationen ließen sich im Rahmen der Ex-post-Evaluierung nicht recherchieren. Programmziel auf Outcome-Ebene war ab 2010, einen Beitrag zur Verfügbarkeit von Kontrazeptiva sowie zur besseren Befriedigung der Nachfrage nach Familienplanungsdiensten zu leisten. Dies schloss implizit die Prävention von HIV/AIDS und sexuell übertragbaren Infektionen als wichtige SRG-Komponenten mit ein.

<sup>1</sup> Fonds d'Achat des Produits Contraceptifs

<sup>2</sup> Fonds de Renforcement des Capacités

### Aufschlüsselung der Gesamtkosten<sup>3</sup>

		Phase I (Plan)	Phase I (Ist)	Phase II (Plan)	Phase II (Ist)
Investitionskosten	Mio. EUR	5,44	4,998	5,77	4,963
Eigenbeitrag	Mio. EUR	0,44	0,088	0,69	0,003
BMZ-Mittel	Mio. EUR	5,00	4,91*	5,00*	4,96**

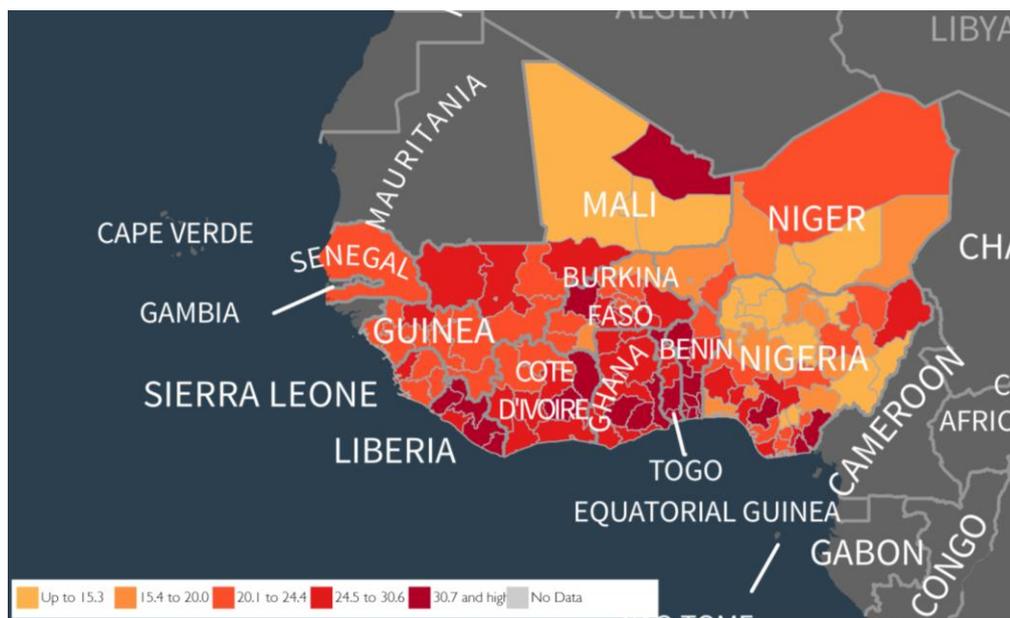
\* FZ-Restmittel der 1. Phase i.H.v. 86.905,23 EUR wurden in die 2. Phase übertragen und

\*\* FZ-Restmittel i.H.v. 126.899,29 EUR in die 3. Phase (letztere ist nicht Teil dieser Evaluierung)

### Relevanz

Die ECOWAS Mitgliedstaaten zählen weltweit zu den Ländern mit alarmierenden sozialen und ökonomischen sowie prekären Gesundheitsindikatoren. Bei Programmprüfung lebte rund die Hälfte der 270 Mio. Menschen in absoluter Armut. Hohes Bevölkerungswachstum, niedriger Bildungsstand und schwache Wirtschaftsleistung gefährdeten die nachhaltige ökonomische Entwicklung der meisten Mitgliedsstaaten. Interne Krisen und militärische Konflikte schwächten die Stabilität der Region. Im internationalen Vergleich waren sowohl die Geburtenraten als auch die Sterblichkeitsraten von Müttern und Säuglingen extrem hoch. Nur rund 8 % der verheirateten Frauen verwendeten moderne Verhütungsmittel. Etwa jede vierte Frau in Westafrika hatte bei Programmbeginn einen ungedeckten Bedarf an Familienplanung. Nach wie vor bestehen hierbei erhebliche subnationale Unterschiede, wie die Abbildung 1 zeigt.

Abb. 1: Ungedeckter Bedarf an Familienplanungsdiensten bei Frauen in festen Beziehungen



Quelle: Statcompiler 2020, Daten auf Basis der jeweils aktuellsten nationalen Demographic Health Surveys (DHS)

Zudem liegt das Fertilitätsniveau der ECOWAS Staaten trotz sinkender Geburtenrate, abgesehen von Kapverden, auch heute noch bei 4 Kindern pro Frau, in Niger sogar bei knapp 7. Die Bevölkerung nimmt in allen Mitgliedsstaaten (ausgenommen Kapverden) weiter zu, zwischen 2-3,8 % pro Jahr.

Überdies waren die fortschreitende Feminisierung von HIV/AIDS und die HIV-Prävalenzraten unter Risikogruppen alarmierend. Côte d'Ivoire und Guinea-Bissau waren am stärksten betroffen, 4,6 % bzw. 3,9 % der Erwachsenen waren HIV-positiv. Nach UNAIDS Schätzungen waren im Jahr 2008 über 2,7 Mio. Einwohner der ECOWAS-Region mit dem HI-Virus infiziert. Aufgrund der traditionell starken Mobilität zwi-

<sup>3</sup> Zuzüglich A+F Maßnahme i.H.v. 6.967,62 EUR BMZ-Mittel

schen Küsten- und Binnenländern, die durch politische Krisen noch verstärkt wurde, bestand die Gefahr einer weiteren Ausbreitung der Infektionen.

Angesichts des sozialen, gesundheitlichen, wirtschaftlichen und demografischen Kontextes der ECOWAS-Länder war die Gestaltung des Regionalprogramms in hohem Maße relevant. Die institutionelle Verankerung des Vorhabens bei der WAHO war der Schlüssel zum Erfolg zur Weiterentwicklung nationaler und regionaler SRGR-Politik und erweiterte den Aktionsradius der deutschen FZ. WAHOs Potential als neutraler Akteur konnte effektiv zum Politikdialog und zu strukturwirksamer regionaler Integration von SRG-Thematiken genutzt werden. Der regionale Finanzierungsmechanismus sah vor, andere staatliche und nichtstaatliche Geber zur Ko-Finanzierung zu gewinnen.

Die angenommene Wirkungskette ist plausibel, um über die Pilotländer hinaus zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit beizutragen. Die verbesserte regionale Zusammenarbeit sollte durch Kosteneinsparungen und Senkung von Transaktionskosten zu einer Erhöhung des Angebots von SRG Verbrauchsgütern, vor allem von Kontrazeptiva und dadurch zur Zunahme der kontrazeptiven Prävalenzrate führen, was wiederum die Mütter- und Säuglingssterblichkeit und HIV-Inzidenz verringern sollte. Durch grenzüberschreitende Kampagnen und Produktvermarktung sollten Hochrisikogruppen für HIV/AIDS besser erreicht und dadurch die HIV-Inzidenz verringert werden. Kostensenkungen bei der Beschaffung und die Steigerung der Nachhaltigkeit der Finanzierung sollten zu einem erhöhten Angebot und dadurch einer stärkeren Nutzung von Kontrazeptiva führen. Verbesserte Rahmenbedingungen sowohl auf nationaler wie auf regionaler Ebene sollten einen Beitrag zur Zielerreichung nationaler Programme und damit zur Verbesserung von SRGR in der Region leisten.

Angesichts der Tatsache, dass selbstbestimmte Familienplanung nicht die gleiche Priorität wie die Bekämpfung von HIV/AIDS hatte und damit verbunden dafür insgesamt deutlich weniger Finanzmittel auf nationaler und regionaler Ebene zur Verfügung standen, war zudem die Gewichtung zugunsten von selbstbestimmter Familienplanung besonders relevant. Durch Integration von HIV-Prävention und Familienplanung in nationale und überregionale Maßnahmen konnten Synergieeffekte entstehen.

Aus heutiger Sicht setzte die Konzeption des Vorhabens an zentralen Kernproblemen der SRGR in der Region an und war sehr gut geeignet, um zur Erreichung der angestrebten Modulziele beizutragen. Die Relevanz der WAHO als zentralem Akteur zur Stärkung der SRGR in der ECOWAS Region und die Multiplikator-Funktion der WAHO sowohl auf nationale als auch regionale Gesundheitspolitik ging über die Erwartungen bei PP hinaus. Die Relevanz beider Programmphasen wird daher mit sehr gut bewertet.

### Relevanz Teilnote: 1 für beide Phasen

### Kohärenz

Das Vorhaben ergänzte das deutsche bilaterale und multilaterale Engagement im Gesundheitssektor der ECOWAS-Staaten. So wurden die aus bilateralen FZ-Mitteln finanzierten Social Marketing-Programme<sup>4</sup> (HIV-AIDS Bekämpfung und Familienplanung) schrittweise in die regionale Zusammenarbeit und Koordination durch WAHO eingebunden. Dadurch konnten Synergieeffekte erzielt und die Nachhaltigkeit des Ansatzes gestärkt werden. Die Fokussierung auf Beschaffung von Kontrazeptiva und Kapazitätsförderung nationaler und regionaler Akteure der Gesundheitssysteme war komplementär zu anderen TZ-Vorhaben in acht ECOWAS-Staaten. Maßnahmen zur HIV-AIDS Bekämpfung zielten auf Prävention ab und ergänzten die vom GFATM<sup>5</sup>, bzw. von PEPFAR<sup>6</sup> unterstützten Interventionen.

Das Regionalprogramm war konform mit dem Gesundheits-Sektorkonzept und dem Positionspapier der Bundesregierung zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit wie auch mit dem im Aktionsprogramm 2015 formulierten Gesamtziel der globalen Armutsbekämpfung. Zudem leistete es einen Beitrag zur Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit, gemäß international vereinbarter SPHERE Standards<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> Mali, Niger, Senegal, Burkina Faso, Guinea, Sierra Leone, Côte d'Ivoire und Benin

<sup>5</sup> Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

<sup>6</sup> U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief

<sup>7</sup> Standards 2.1.1: Communicable diseases standard prevention; 2.3.1: Sexual and reproductive health standard reproductive, maternal and newborn healthcare. ([www.spherestandards.org](http://www.spherestandards.org))

Das Vorhaben war an nationalen, regionalen und internationalen Prioritäten ausgerichtet. Die Programminterventionen sollten zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele MDG 3, MDG 5 und MDG 6 beitragen, sowie aus heutiger Sicht zu den SDGs.

Die Maßnahmen waren subsidiär zum Fünfjahresstrategieplan 2009-2013 der WAHO und fügten sich in die regionale Strategie<sup>8</sup> zur Verbesserung der Verfügbarkeit von SRG-Verbrauchsgütern sowie der regionalen HIV/AIDS-Strategie<sup>9</sup> ein. Die Einbindung nationaler zivilgesellschaftlicher Organisationen zur Umsetzung der Maßnahmen konnte Synergien heben. Zahlreiche Interviewpartner betonten, die durch das FZ-Vorhaben deutlich verbesserte Koordination und Ausrichtung der SRG-Interventionen. Die Implementierung des regionalen Finanzierungsmechanismus erforderte eine enge Koordination von staatlichen, privaten Akteuren und Gebern und unterstützte die "Paris Declaration of Aid Effectiveness".

Das Vorhaben unterstützte die Umsetzung der nationalen Gesundheits-Strategieplänen und der Strategiepläne zur Versorgungssicherheit mit SRG-Verbrauchsgütern, über die bei Programmbeginn mit Ausnahme von Kapverden und Côte d'Ivoire alle Mitgliedsstaaten der WAHO verfügten. Diese Strategien waren von den jeweiligen Gesundheitsministerien zumeist mit Unterstützung von USAID oder UNFPA erarbeitet worden.

Aus heutiger Sicht betrachtet, wirkten die Maßnahmen des Vorhabens komplementär und konsistent mit regionalen und nationalen Zielen. Allerdings kann die Geberkoordination noch verbessert werden, wie zahlreiche Interviewpartner anmerkten. Seit Programmbeginn wurden überdies verschiedene überregionale Programme und Initiativen<sup>10</sup> zur verstärkten Förderung von SRG-Thematiken in unterschiedlichen Mitgliedsstaaten initiiert, wodurch die Geberkoordination deutlich komplexer wurde. Die Kohärenz beider Phasen wird daher mit gut bewertet.

#### Kohärenz Teilnote: 2 für beide Phasen

#### Effektivität

Die angepassten Modulziele des Vorhabens waren a) ein Beitrag zur verbesserten Verfügbarkeit von Kontrazeptiva und b) ein Beitrag zur besseren Befriedigung der Nachfrage nach Familienplanungsdiensten und implizit auch ein Beitrag zur HIV/AIDS-Prävention. Im Rahmen der Ex-post-Evaluierung wurde die Zielerreichung anhand der folgenden, angepassten und erweiterten Indikatoren gemessen:

Indikator	Status Prüfung (1. Phase 2006, 2. Phase 2008) Ziele	Ex-post-Evaluierung
(1) Steigerung der kontrazeptiven Prävalenzrate für moderne Methoden bei Frauen in Beziehungen 15-49 Jahre	<p><b>Phase I ECOWAS<sup>a</sup> 8,1 %</b></p> <p>Benin 6,0 % Burkina 9,7 % Ghana 14,0 % Guinea-B. 6,0 % Niger 5,0 %</p> <p><b>Phase II Westafrika<sup>b</sup> 9,0 %</b></p> <p>Benin 6 % Burkina 13 % Ghana 17% Guinea-B. 6 % Niger 5 %</p> <p>[Ziel: +1 % / Jahr =&gt;12% seit 2008]</p>	<p>Daten für 2020<sup>c</sup>:</p> <p>Westafrika 20,7 % (+12,6%)</p> <p>Benin 14,0 % (+ 8,0 %) Burkina* 30,5 % (+20,8 %) Ghana* 29,9 % (+15,9 %) Guinea-B*. 19,8 % (+13,8 %) Niger* 20,1 % (+15,1 %)</p> <p>*Ziel wurde in diesen Ländern erreicht</p>

<sup>8</sup> ECOWAS Strategic Plan "Reproductive Health Commodity Security, RHCS, 2007-2011"

<sup>9</sup> ECOWAS Regional HIV/AIDS Strategic Plan 2012-2016

<sup>10</sup> Muskoka Initiative, Ouagadougou Partnership, SWEDD, FP2020, SECONAF.

(2) Neu: Steigerung der kontrazeptiven Prävalenzrate für moderne Methoden bei jungen Frauen in Beziehungen 15-19 Jahre	Benin 9,5 % (DHS 2011) Burkina 5,9 % (DHS 2010) Ghana 12,1 % (MICS 2011) Guinea-B. k. A. Niger 11,0 % (DHS 2011)	Benin 5,6 % (DHS 2017) Burkina 20,1 % (PMA <sup>11</sup> , 2018) Ghana 32,6 % (PMA, 2017) Guinea-B. 7,1 % (MICS, 2014) Niger 11,5 % (PMA, 2017)
(3) Zunahme der Paar-Verhütungsjahre (Couple-Years-Protection, CYP) (Proxy-Indikator)	Status bei PP = 0 Ph. I Ergebnis: 895.001 <sup>b</sup> Ph. II Ergebnis: 483.367 <sup>b</sup> [Ziel: 500.000 CYP / Phase]	1.378.368 CYP <sup>b</sup> Kumulatives Ziel beider Phasen wurde erreicht
(4) Neu: Anzahl der Länder mit nationaler Budgetlinie für SRG-Verbrauchsgüter + effektive Mittelverwendung <sup>12</sup>	PP - Phase II Status <sup>d</sup> 2 / 15 Länder: Burkina Faso, Ghana	"2019 Contraceptive Security Index Report" vom November 2020 <sup>d</sup> : 9 / 15 Länder Benin, Burkina Faso, Kapverden, Ghana, Guinea, Niger, Nigeria, Senegal, Togo

a) Daten lt. Hera-Basisstudie (2008); b) Daten lt. AK (2017); c) Daten lt. FP2020, Westafrika =14 ECOWAS-Staaten ohne Kapverden; d) USAID Contraceptive Security Index

Die Zielerreichung ist insgesamt positiv zu bewerten. Durch den Fonds konnten sogar mehr Kontrazeptiva als geplant bereitgestellt werden. Auch auf regionaler Ebene zeigt sich, dass mittlerweile vier der fünf Pilotländer eigene Mittel für die Beschaffung von Kontrazeptiva einsetzen, wie auch fünf weitere ECOWAS-Staaten.

Die kontrazeptive Prävalenzrate spiegelt Verfügbarkeit und Nutzung der Kontrazeptiva wider. Die Verwendung moderner Verhütungsmittel nahm bei Frauen aller Altersgruppen, mit Ausnahme von Benin, wie erwartet um mindestens 1 % pro Jahr zu. Größte Fortschritte erzielte Burkina Faso. Vier Pilotländer hatten im Rahmen der globalen Initiative FP2020<sup>13</sup> nationale Ziele der Zunahme der kontrazeptiven Prävalenzrate<sup>14</sup> bis zum Jahr 2020 gesetzt. Nur Ghana konnte dieses Ziel von 29 % erreichen, Burkina Faso kam seinem Ziel von 32 % nahe, Niger konnte das - sehr ambitionierte Ziel von 50 % - nicht erreichen, wie auch Benin, das ein Ziel von 22 % anstrebte.

Der Indikator 2 zeigt auch, dass der insgesamt positive Trend nicht in allen Pilotländern für jüngere Frauen gilt. Deutliche Verbesserung der Prävalenzrate junger Frauen sind in Burkina und Ghana zu erkennen. In Niger hingegen hat sich die Rate kaum verbessert, in Benin sogar verschlechtert. Diese Fakten unterstreichen die Notwendigkeit der stärkeren Fokussierung der Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Familienplanungsdiensten insbesondere für jüngere Frauen. Aus Ex-Post-Perspektive wäre es wichtig gewesen, diesbezügliche Daten von Anfang an zu disaggregieren, um entsprechende Ungleichheiten frühzeitig zu erkennen und zu adressieren. In den ersten beiden Phasen waren die meisten vom Kapazitätsfonds (FRC) geförderten Maßnahmen nicht speziell auf Jugendliche und junge Zielgruppen ausgerichtet, sondern adressierten die allgemeine Bevölkerung. Erst seit der vierten Phase wurde der Fokus auf Jugendliche verstärkt und insgesamt 40 % aller Maßnahmen direkt an Jugendliche gerichtet (letztere ist jedoch nicht Teil dieser Evaluierung).

<sup>11</sup> Performance Monitoring for Action

<sup>12</sup> Effektive Mittelverwendung bedeutet, dass im Fiskaljahr staatliche Gelder zum Kauf von Kontrazeptiva verwendet wurden.

<sup>13</sup> FP2020 wurde 2012 im Nachgang der Londoner FP-Konferenz initiiert.

<sup>14</sup> Bezogen auf Frauen im Alter von 15-49 Jahren, die in festen Beziehungen leben.

Die vom Vorhaben über den Beschaffungsfonds (FAP) finanzierten Kontrazeptiva erzielten in den ersten beiden Phasen über eine Millionen Paar-Verhütungsjahre (Indikator 3), insgesamt rund ein Drittel mehr als geplant. Den größten Anteil daran hatten Kondome (45 %) und 5-Jahres-Implantate (22 %). Kondome waren nicht nur für Familienplanung, sondern auch für die Prävention von STI/HIV von großer Bedeutung, wie sich am Beispiel von Guinea-Bissau zeigt. Angesichts der sehr geringen Verwendung von Kondomen für Familienplanung<sup>15</sup>, ist plausibel, dass die vom Vorhaben für Guinea-Bissau, dem Pilotland mit der höchsten HIV-Prävalenz und Inzidenz gelieferten Präservative (rund 7 Mio.), vor allem der Prävention von STI/HIV bei jüngeren, unverheirateten Frauen dienten.

Der anfangs nur von der FZ finanzierte WAHO-Regionalfonds<sup>16</sup> konnte den Pilotländern in den ersten beiden Phasen 34 % bzw. 78 % der beantragten Mittel zur Reduzierung von SRG-Finanzierungslücken zur Verfügung stellen. Das lag einerseits an den begrenzten Mitteln des Fonds und andererseits am Gesamtvolumen der von den Pilotländern beantragten Mittel.<sup>17</sup>

Die Einbeziehung nationaler Institutionen und von Social Marketing-Organisationen (SMO) in Planung und Umsetzung des Vorhabens, vor allem der Maßnahmen zur Kapazitätsstärkung trug wesentlich zur effektiven Zielerreichung bei. Zusätzlich zu den öffentlichen Gesundheitszentren wurden private und gemeindebasierte Vertriebsstrukturen der SMO genutzt. Gleichzeitig wurde die Nachfrage nach SRG-Produkten und Diensten durch interpersonelle Aufklärungskampagnen und über Massenmedien gestärkt. Durch verbesserte Kommunikation und Koordination privater und staatlicher Akteure der nationalen SRG-Maßnahmen konnten wichtige erste Schritte im Sinne des "Total Market Approach"<sup>18</sup> verwirklicht werden. In einer im Rahmen dieser Evaluierung durchgeführten online-Umfrage unterstrichen Mitarbeiter der Gesundheitsministerien, der nationalen Beschaffungszentralen sowie der Nichtregierungsorganisationen (NRO) und SMO die Bedeutung der regionalen Fortbildungen im Beschaffungswesen, die zu wichtigen Verbesserungen bei der Planung und den nationalen Produktbeschaffungen beitrugen.

Das Vorhaben stärkte zudem den Austausch und die Kooperation staatlicher und zivilgesellschaftlicher Akteure auf regionaler Ebene. So wurde gemeinsam mit anderen Partnern<sup>19</sup> ein regionales Frühwarnsystem eingerichtet, das regelmäßig Berichte zur Verfügbarkeit von Kontrazeptiva, deren Verfallsdaten und künftigen Bedarf an Produkten erstellte. Auf Basis dieser Daten erfolgten Produkttransfers zur Vermeidung von Überkapazitäten und Lieferengpässen. Die regelmäßigen jährlichen Regionaltreffen verbesserten zudem den Erfahrungsaustausch und förderten den Wissenstransfer in programmatischen wie auch administrativen Fragen. Punktuell durchgeführte grenzüberschreitende Kampagnen erreichten vor allem mobile Zielgruppen mit Informationen und Dienstleistungen und unterstrichen öffentlichkeitswirksam die Bedeutung von SRGR.

WAHOs Lobbyarbeit verstärkte die Priorisierung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Region und konnte die Wirksamkeit von relevanten Sektor-Politiken verbessern. Dies zeigt sich beispielsweise am hinzugefügten Proxy-Indikator 4. So werden mittlerweile SRG-Verbrauchsgüter in neun Ländern durch nationale Budgets ko-finanziert. Wichtige Erfolgsfaktoren für die Zielerreichung waren das ausgeprägte Ownership des Trägers und die von allen Interviewpartnern einhellig attestierte hervorragende Arbeit der Programmsteuerungseinheit. Trotz erheblicher bürokratischer Hürden und der Komplexität des Vorhabens gelang es WAHO, mit fachkundiger Unterstützung des internationalen Consultants, den Finanzierungsmechanismus erfolgreich auf- und auszubauen.

Aus heutiger Sicht sind keine negativen Wirkungen des Vorhabens zu erkennen. Angesichts der zum Teil schwierigen Rahmenbedingungen, bedingt u.a. durch die schwerfällige Bürokratie und aufwendige Abstimmungsprozesse innerhalb der ECOWAS, wie auch durch die mehrschichtigen Umsetzungsstrukturen auf nationaler Ebene, wird die Zielerreichung beider Phasen insgesamt als gut eingestuft. Die Maßnahmen des Regionalfonds trugen dazu bei, Finanzierungslücken der Pilotländer für eine breite Palette an In-

<sup>15</sup> Lt. UNICEF-MICS Studie 2018-2019 machten Kondome nur 2,5 % des FP-Methodenmix und nur rund 0,5 % der kontrazeptiven Prävalenzrate bei verheirateten Frauen aus

<sup>16</sup> Der Regionalfonds wurde in späteren Phasen von anderen Gebern ko-finanziert (siehe Teil 2)

<sup>17</sup> In Phase I waren insgesamt Mittel i.H.v. EUR 10,3 Mio. beantragt worden, was die finanziellen Möglichkeiten des Fonds deutlich überstieg. In Phase II hingegen waren insgesamt nur EUR 4,9 Mio. beantragt worden.

<sup>18</sup> Dieser Ansatz kann den Gesundheitssektor nachhaltig stärken, indem er kostenlose oder subventionierte Produkte gezielter einsetzt, Ineffizienzen reduziert und Raum für den Privatsektor schafft.

<sup>19</sup> Reproductive Health Supply Coalition, USAID, Weltbank und UNFPA

terventionen zur Verbesserung von Angebot und Nachfrage nach Kontrazeptiva zu schließen. Besonders hervorzuheben ist, dass hierbei deutliche Verbesserungen selbst in fragilen oder politisch instabilen Ländern wie Burkina Faso oder Guinea-Bissau erzielt werden konnten.

### Effektivität Teilnote: 2 für beide Phasen

#### Effizienz

Die Gesamtkosten lagen in der 1. Phase bei EUR 5,01 Mio. und in der 2. Phase bei EUR 4,96 Mio. bei einem FZ-Anteil von 98,2 % bzw. 99,9 %<sup>20</sup> und WAHO Eigenanteil von 1,8 % bzw. 0,06 %. Von den zugesagten Eigenmitteln wurden nur rd. 91.000 EUR verausgabt. Die WAHO-Restmittel in Höhe von EUR 0,69 Mio. sind auf einem separaten Konto und stehen dem Programm weiterhin zur Verfügung, bzw. können von WAHO als Reserve nach Programmende genutzt werden<sup>21</sup>. Darüber hinaus finanzierte WAHO Büro- und Logistikkosten. Die SMO verkauften die Kontrazeptiva zu subventionierten Preisen und konnten die erzielte Verkaufserlöse zur Deckung operativer Kosten einsetzen.

Insgesamt gab es nur geringfügige Abweichungen zur Budgetplanung. Diese lagen hauptsächlich an den umfangreichen konzeptionellen und organisatorischen Vorarbeiten und dadurch bedingten Verzögerungen bei der Umsetzung. So wurden in der 1. Phase weniger grenzüberschreitende Aktivitäten als geplant realisiert. Diese umfassten regionale Tagungen, Fortbildungen sowie auch Sensibilisierungsveranstaltungen für mobile Zielgruppen<sup>22</sup>, an denen auch Vertreter der 10 Nicht-Pilotländer teilnahmen.

Der Anteil an internationalen Consultingkosten von 4 % in der 1. Phase bzw. 2 % in der 2. Phase war verglichen mit anderen bilateralen und regionalen FZ-Vorhaben im Subsektor gering, was sich positiv auf die Umsetzungseffizienz auswirkte. In der 1. Phase wurden 15 % und in der 2. Phase 9 % für WAHOs Verwaltung und Programmsteuerung ausgegeben. Die Erarbeitung der nationalen Finanzierungsanträge erforderte die enge Koordination der staatlichen und privaten Akteure und Geber. Dies begünstigte eine komplementäre Durchführung und förderte die Effizienz.

40 % der Mittel in der 1. Phase bzw. 54 % in der 2. Phase wurden für die Beschaffung von SRG-Verbrauchsgütern eingesetzt. Die Anzahl der Produkte wurde ab der 2. Phase auf maximal 4 Kontrazeptiva begrenzt, was sich effizienzfördernd auswirkte. Effizienzmindernd hingegen war, dass keine Gruppenbestellungen auf regionaler Ebene erfolgten, sondern Einzelbestellungen auf nationaler Ebene. Diese Entscheidung war vor allem politisch motiviert; die Priorität der Pilotländer lag nachdrücklich auf der Befähigung nationaler Institutionen und Organisationen zur Produktbeschaffung<sup>23</sup>. Neben Verlusten von Skaleneffekten durch niedrigere Bestellmengen, war dies mit erheblichem Mehraufwand zum Kapazitätsaufbau und Verzögerungen verbunden. Insgesamt wurden Produkte im Wert von EUR 4,6 Mio. geliefert. Davon wurden 45 % zur Beschaffung von Kondomen, 22 % für Implantate, 20 % für Hormonspritzen und 13 % für andere SRG-Produkte<sup>24</sup> verwendet. Ab 2013 konnten Implantate dank der Pledge-Gebergarantie zu reduzierten Preisen gekauft werden. Erhebliche Effizienzverluste hingegen traten bei der Beschaffung von Kondomen in der 1. Phase auf, da die Gesamtkosten, vor allem bedingt durch geringe Mengen deutlich über internationalen Stückpreisen lagen (Bsp. im Jahr 2011 bis zu 2,7-fach).<sup>25</sup> Andererseits wurden auf nationaler Ebene so die Kapazitäten zur Produktbeschaffung nach internationalen Standards gestärkt, wodurch die Mehrkosten insgesamt vertretbar sind.

Die ersten fünf Pilotländer wurden von WAHO nach politischen Gesichtspunkten und SRG-Indikatoren ausgewählt. Aus Gründen der Parität sollten alle drei Amtssprachen vertreten sein wie auch Länder mit guten (Ghana), mittelmäßigen (Benin, Burkina und Niger), bzw. schlechten Gesundheitsindikatoren (Guinea-Bissau). In den Folgephasen wurden weitere Pilotländer vor allem nach Gesundheitsindikatoren bestimmt. Nur Pilotländer konnten prioritär von beiden Fonds des Finanzierungsmechanismus profitieren, um Lücken für SRG-Produkte und Interventionen zu schließen. Die restlichen Mitgliedsstaaten waren in begrenzten Rahmen in regionale Einzelmaßnahmen einbezogen. Darüber hinaus konnten die "Nicht-

<sup>20</sup> Restliche FZ-Mittel wurde auf nachfolgende Phasen übertragen.

<sup>21</sup> Laut Trägerinformation sind auf diesem Konto zum Stand August 2020 insgesamt EUR 1,17 Mio.

<sup>22</sup> Fernfahrer, Fischer, Sexarbeiterinnen, Händler

<sup>23</sup> Mit Ausnahme von Guinea-Bissau, das über Burkina (SMO-PROMACO) bzw. über UNFPA RH-Supplies bestellte.

<sup>24</sup> Kondome für Frauen, Hormonpillen, Collier/SDM, Spiralen, Kits für Implantate u.a.

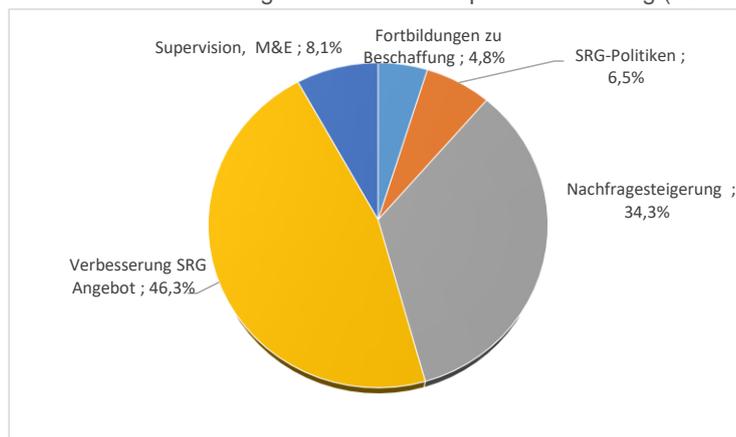
<sup>25</sup> UNFPA Contraceptive Price Indicator

Pilotländer" von WAHOs Lobbyarbeit für SRGR auf Ebene der ECOWAS-Gesundheitsministerien profitieren. Aus Perspektive der Allokationseffizienz betrachtet, hätten Länder mit schlechten SRG-Indikatoren verstärkt gefördert werden sollen.

Die Mittelvergabe an die Pilotländer erfolgte nach proportionaler Anpassung des beantragten Bedarfs im Verhältnis zu den verfügbaren Mitteln sowie der Bevölkerungszahl der Länder. Ghana und Burkina Faso erhielten in den ersten beiden Phasen 37 % bzw. 29 %, Benin 19 %, Niger 10 % und Guinea-Bissau 5 %. Diese überwiegend politisch motivierte Allokation ist nachvollziehbar und eng mit WAHOs Mandat verknüpft, orientierte sich jedoch nicht an den tatsächlichen Bedürfnissen der Pilotländer. Die Bedeutung der vom regionalen Finanzierungsmechanismus zur Verfügung gestellten Mittel variierte daher sehr stark je nach Pilotland und Durchführungsorganisation wie dies in Interviews deutlich wurde. In Niger beispielsweise lag der Anteil der vom Vorhaben zur Verfügung gestellten Mittel unter 5 % des Jahresbudgets der nationalen SMO, in Guinea-Bissau hingegen bei über 80 %. Ab 2013 wurden 20 % der Mittel des Fonds zur Kapazitätssteigerung nach einem Performance-Based-Funding Prinzip vergeben. Mittels formaler Kriterien wurde jährlich ermittelt, welche Länder diese Boni erhielten.

Die Aufsplitterung des FRC in über 160 geförderte Einzelmaßnahmen war effizienzmindern. Zahlreiche Implementierungspartner beklagten in Interviews zudem die überwiegend punktuellen Maßnahmen. Mit Unterstützung des internationalen Consultants verstärkte WAHO in darauffolgenden Phasen die Standardisierung der Maßnahmen und Fokussierung auf anerkannte "High impact practices", worin weiteres Potential zur Verbesserung der Allokationseffizienz liegt. Die untenstehende Graphik veranschaulicht, dass die FRC Mittel überwiegend für Maßnahmen zur Stimulierung der Nachfrage und verbessertes Angebot an SRG-Dienstleistungen eingesetzt wurden. Ab der 2. Phase wurde das Antragsverfahren angepasst und effizienter gestaltet (weniger Antragsrunden, höhere Einzelfinanzierungen).

Abb.2: Mittelverwendung des Fonds zur Kapazitätsförderung (2011- 2013)



Die zeitliche Planung des Vorhabens war aus heutiger Sicht zu ehrgeizig. Der Aufwand zum Aufbau eines regionalen Ansatzes, der auf nationaler wie regionaler Ebene langwierige Koordinierungsprozesse erforderte, wurde unterschätzt. Eine kontinuierliche Unterstützung des Vorhabens durch einen internationalen Consultant ab Programmbeginn hätte höchstwahrscheinlich die Aufbauphase verkürzt.

Die Zeiteffizienz der ersten auf 3 Jahre geplanten Phase war nicht zufriedenstellend. Insgesamt wurde die Allokationseffizienz aufgrund der Orientierung an politischen Vorgaben und weniger am Bedarf der Pilotländer sowie der Kleinteiligkeit der Maßnahmen vor allem in der 1. Phase beeinträchtigt. Die Produktionseffizienz hingegen konnte in der 2. Phase verbessert werden; daran hatten die kostengünstige Umsetzungsstruktur der WAHO (unterstützt vom internationalen Consultant im Rahmen von Kurzzeitmissionen), die Reduzierung der Produktkategorien und die Nutzung bestehender SMOs und deren Vertriebskanäle. Daher wird die Effizienz der 1. Phase insgesamt als zufriedenstellend eingeschätzt. Die als gut bewertete 2. Phase konnte bereits wichtige Anpassungen und Empfehlungen umsetzen und dadurch die Effizienz steigern.

**Effizienz Teilnote: 3 für Phase I und 2 für Phase II**

## Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das Ziel auf Impact-Ebene war, einen Beitrag zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der ECOWAS-Region zu leisten. Die ursprünglichen Indikatoren wurden für die Ex-post-Evaluierung weitergehend differenziert. Bei Prüfung waren keine Zielwerte festgelegt worden, was angesichts des volumenmäßig bescheidenen Beitrages des Vorhabens angemessen und vertretbar ist. Für die ersten beiden Phasen des Vorhabens liegen keine belastbaren Daten zur Finanzierung der SRG-Maßnahmen der Pilotländer vor. Die in Folgephasen erstellten nationalen "Costed Implementation Plans" für Familienplanung zeigen beispielsweise, dass der vom regionalen Finanzierungsmechanismus zur Verfügung gestellte Anteil für Produkte (FAP) und Interventionen (FRC) im Jahr 2020 in Benin bei 16 %, in Burkina Faso bei 8 %, in Ghana bei 14 %, in Guinea-Bissau bei 26 % und in Niger bei 20 % lag.

Im Rahmen der EPE wurden verfügbare nationale Zielwerte zur Einordnung herangezogen<sup>26</sup>. Die Erreichung der Ziele auf der Impact-Ebene kann wie folgt zusammengefasst werden:

Indikator	Status Programmbeginn	Ex-post-Evaluierung
(1) Reduktion der Geburtenrate bei Frauen in Beziehungen 15-49 <sup>a</sup>	Benin 4,9 (2011) Burkina 6,2 (2010) Ghana 4,1 (2008) Guinea-B. 6,8 (2005-10) Niger 7,1 (2012)	Benin 5,7 (2017) Burkina 5,2 (2017/18) Ghana 3,8 (2019) Guinea-B. 4,5 (2015-20) Niger 6,9 (2012)
(2) neu: Fertilitätsrate von Frauen 15-19 J. / 1.000 <sup>a</sup>	Benin 94 (2011) Burkina 130 (2010) Ghana 66 (2008) Guinea-B. 120 (2005-10) Niger 199 (2012)	Benin 108 (2017) Burkina 124 (2017/18) Ghana 78 (2019) Guinea-B. 105 (2015-20) Niger 206 (2012)
(3) Reduktion der Müttersterblichkeit /bezogen auf 100.000 Geburten <sup>b</sup>	Benin 480 Burkina 422 Ghana 342 Guinea-B. 827 Niger 709	Benin 397 Burkina 320 Ghana 308 Guinea-B. 667 Niger 509
(4) Reduktion der HIV-Prävalenzrate Erwachsener <sup>c</sup>	Benin 1,2 % Burkina 1,3 % Ghana 1,9 % Guinea-B. 3,9 % Niger 0,5 %	Benin 1,0 % Burkina 0,7 % Ghana 1,7 % Guinea-B. 3,4 % Niger 0,2 %
(5) neu: Reduktion HIV-Inzidenzrate bei 15-24 J./1.000 Nichtinfizierten: alle (M/F) <sup>c</sup>	Benin 0,83 (0,56 / 1,12) Burkina 0,58 (0,46 / 0,71) Ghana 1,38 (0,58 / 2,21) Guinea-B. 2,9 (2,05/ 3,71) Niger 0,1 (0,05 / 0,14)	Benin 0,47 (0,32 / 0,63) Burkina 0,2 (0,16 / 0,24) Ghana 1,0 (0,42 / 1,62) Guinea-B. 1,53 (1,07 / 1,98) Niger 0,04 (0,03 / 0,05)

a) Daten der jeweiligen nationalen Erhebungen/DHS, b) UNICEF Datenbank, c) Daten UNAIDS

Die Geburtenrate aller Frauen im gebärfähigen Alter nahm, mit Ausnahme von Benin, in den vier Pilotländern ab, am stärksten in Burkina Faso und Guinea-Bissau. Allerdings betrifft diese Tendenz nicht alle Altersgruppen gleichermaßen. Denn in Benin und in Ghana nahm die Fertilität junger Frauen in den letzten Jahren zu. Nur Burkina Faso hatte sich im Rahmen von FP2020 ein Ziel für diesen Indikator gesetzt. Die

<sup>26</sup> Nur für manche Indikatoren hatten die Pilotländer nationale Zielwerte definiert. (i. R. von FP2020 oder MDGs, SDGs)

Geburtenrate sollte bis zum Jahr 2020 auf 4,7 Kinder pro Frau sinken. Auch wenn keine aktuellen Daten vorliegen, ist es angesichts der starken Zunahme der kontrazeptiven Prävalenzrate (siehe Effektivität) wahrscheinlich, dass dieses Ziel erreicht wurde.

In allen Ländern sank die Müttersterblichkeit, am deutlichsten in Niger (-30 %) am geringsten in Ghana (-18 %), das bereits bei Programmbeginn die niedrigste Rate aufwies. Neuere Daten aus Benin zeigen aber auch, dass die Müttersterblichkeit junger Frauen von 15-19 Jahren dort seit 10 Jahren wieder zunimmt. Ihr Risiko im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft zu sterben ist überproportional angestiegen (+63 %), verglichen mit Frauen aller Altersstufen (+5 %).<sup>27 28</sup> Alle Pilotländer hatten für diesen MDG-Indikator eine 75 %-ige Reduzierung der jeweiligen Müttersterblichkeitsrate bis 2015 angestrebt, was sich jedoch nicht realisieren ließ.

Die HIV-Prävalenz sank seit Programmbeginn in allen Ländern, am stärksten in Niger (-60 %) und in Burkina Faso (-47 %) und am wenigsten in Ghana (-23 %). Das MDG-Ziel, der Trendumkehr von HIV-Infektionen wurde in allen Pilotländern realisiert. Der zusätzlich hinzugezogene Indikator der HIV-Inzidenz, der die Neuinfektionen bei Jugendlichen und jungen Menschen abbildet, sank seit Programmbeginn deutlich; am stärksten in Burkina (-66 %) und Niger (-60 %), am wenigsten in Ghana (-28 %). Die Zahlen unterstreichen jedoch auch die Feminisierung der HIV-Epidemie in den Pilotländern. Junge Frauen sind in Burkina im Vergleich zu jungen Männern 1,5-mal mehr und in Ghana sogar bis zu 3,8-mal mehr mit dem HI-Virus infiziert.

Besonders hervorzuheben ist der Beitrag des Vorhabens zur stärkeren Priorisierung von Familienplanung aufgrund strukturwirksamer Arbeit von WAHO auf nationaler und regionaler Ebene. Dem FZ-Vorhaben wurde hierbei von zahlreichen befragten Stakeholdern eine "katalytische Wirkung" zugeschrieben. Durch institutionelle Stärkung und erfolgreiche Programmumsetzung stieg die Reputation der WAHO als effektive Trägerorganisation regionaler Gesundheitsprogramme. Dies begünstigte die Diversifizierung der Interventionen und die Akquise neuer Gebermittel durch die WAHO, wodurch Umfang und Reichweite, der im Rahmen der FZ-Maßnahmen aufgebauten regionalen Mechanismen seit 2018 beträchtlich stiegen. Im Jahr 2021 können elf der fünfzehn Länder von den beiden regionalen Finanzierungsmechanismen profitieren, die inzwischen von BMGF, AFD und den Niederlanden ko-finanziert werden. Insofern hatte das FZ-Vorhaben Modellcharakter und kann zur Replikation empfohlen werden.

Die Maßnahmen des Vorhabens konnten in den fünf Pilotländern zum einen wichtige Finanzierungslücken für SRG-Produkte und Dienstleistungen schließen und zum anderen die Nachfrage nach SRG-Produkten bei der Zielbevölkerung steigern. Dadurch konnten ungewollte Schwangerschaften, risikobehaftete Schwangerschaftsabbrüche und Ansteckung mit dem HI-Virus vermieden werden. Angesichts überwiegend positiver Trends der Indikatoren kann davon ausgegangen werden, dass das Regionalprogramm zum Erreichen der entwicklungspolitischen Wirkungen in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit beitrug. Darüber hinaus konnte das Vorhaben positive Wirkungen auf die Bevölkerungsdynamik in der ECOWAS-Region erzielen. Einerseits durch den von WAHO auf regionaler und nationaler Ebene geförderten Politikdialog zu SRGR und zu Familienplanung. Andererseits trugen die geförderten Maßnahmen zum Rückgang der Geburtenrate bei und leisteten dadurch einen Beitrag zur demografischen Dividende. Zudem wurden in den ersten beiden Phasen die Grundlage für Strukturbildung und Breitenwirksamkeit des Vorhabens geschaffen, was sich im Erfolg der Folgephasen auch mit Engagement weiterer Geber zeigt. Die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen entsprechen damit voll den Erwartungen, daher werden beide Phasen mit gut bewertet.

### Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2 für beide Phasen

<sup>27</sup> DHS Benin 2017/2018 - Vergleichszeitraum seit der letzten Erhebung der Müttersterblichkeit im Jahr 2006

<sup>28</sup> In Benin wirkt sich eine große Bandbreite von Faktoren auf vergleichsweise geringen Verbesserungen der SRGR aus. Dazu zählen: mangelndes politisches Engagement für FP, ungünstige Sektorpolitische Rahmenbedingungen, weitverbreitete pro-natalistische Tendenzen, starker Einfluss der katholischen Kirche, Gender- und soziale Normen als wichtige Zugangsbarrieren gerade für Jugendliche, Unkenntnis und ablehnende Haltung gegenüber modernen FP-Methoden sowie regionalen Unterschieden für Zugang zu Information & Dienstleistungen.

## Nachhaltigkeit

Familienplanung hat in der ECOWAS-Region zwar insgesamt an Bedeutung gewonnen, erreicht aber nicht den gleichen Stellenwert wie die HIV-Bekämpfung. Verbessertes Zugang zu SRG-Produkten und Dienstleistungen ist zunehmend in nationalen Strategieplänen und budgetierten FP-Aktionspläne verankert. Dennoch besteht weiterhin eine große Abhängigkeit von externer Finanzierung. Über 90 % der Maßnahmen und Produkte der derzeit unterstützten Pilotländer sind geberfinanziert. Bei steigendem Bedarf an FP-Diensten und Produkten wird der Finanzierungsmechanismus auch mittelfristig noch stark von Gebern abhängig sein, was zu erwarten war. Auch bei wachsender nationaler Bereitschaft zur Ko-Finanzierung von SRG-Produkten und Dienstleistungen sind in der Region auch künftig Gebermittel nötig, um Finanzierungslücken zu schließen. Zudem haben sich die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen in den ECOWAS Staaten verschlechtert, was sich durch die derzeitige Covid-19 Pandemie noch weiter zuspitzen könnte. Zur Stärkung der Nachhaltigkeit wurde im Rahmen der Abschlusskontrolle der ersten beiden Phasen bereits empfohlen, dass WAHO mit Unterstützung des internationalen Consultants ein langfristiges Konzept zur Verankerung des regionalen Fonds erarbeitet.

Die institutionelle Nachhaltigkeit des Trägers wird als gut eingeschätzt. Das WAHO Gesamtbudget ist von USD 5,5 Mio. im Jahr 2006 auf EUR 26,3 Mio. im Jahr 2012 gestiegen<sup>29</sup>. Der ECOWAS-Anteil am Budget stieg in diesem Zeitraum von 27 % auf 81 %. WAHO hat seit Programmbeginn seine technischen und programmatischen Kapazitäten erweitert und seine Rolle als kompetenter Lobbyist für SRG-Thematiken gefestigt. Insbesondere auch die Unterstützung der Mitgliedsländer bei der Erstellung nationaler Strategiepläne und der institutionellen Verankerung der Sicherung der Verfügbarkeit von SRG-Verbrauchsgütern wirkt sich positiv auf die Nachhaltigkeit des Vorhabens aus.

Interviewpartner betonten einhellig die Vorteile der verbesserten Koordination privater und staatlicher Akteure und die nachhaltige Stärkung der Gesundheitssysteme zur Planung, Umsetzung sowie Ressourcenmobilisierung von SRG-Programmen. Von den jeweiligen Gesundheitsministerien konsolidierte Anträge und Berichte erhöhten auf nationaler Ebene die Transparenz und Rechenschaftspflicht zwischen den Gesundheitsministerien und den jeweiligen implementierenden Nichtregierungsorganisationen. Fortbildungen befähigten nationale Beschaffungsplattformen und SMO zur eigenständigen Durchführung internationaler Beschaffungen. Vertreter nationaler SMO lobten die Vernetzung und den daraus entstandenen Austausch auf regionaler Ebene.

Das vom Vorhaben initiierte regionale Netzwerk der SMO ist zwar formal juristisch konstituiert, aber mangels gesicherter Finanzierung wenig operationell. Zudem ist die Nachhaltigkeit verschiedener nationaler Social Marketing-Programme mittelfristig gefährdet. Einerseits durch rückläufige Geberfinanzierung des Ansatzes, andererseits durch starke Konkurrenz von internationalen, regional agierenden SMO, deren Interventionsstrategien effizienter und innovativer sind. Insofern ist es möglich, dass mittelfristig neue Implementierungspartner in manchen Pilotländern identifiziert und vom Vorhaben entsprechend fortgebildet werden müssen.

Die Nachhaltigkeit des entwicklungspolitischen Impacts des Vorhabens ist teilweise gefährdet. Die Wirkungen von Informations- und Sensibilisierungskampagnen sind in aller Regel zeitlich begrenzt. Die in manchen Pilot-Ländern gestiegenen Fertilitätsraten insbesondere bei jungen Frauen, werfen Fragen auf, die WAHO im Rahmen des regionalen Politikdialogs aufgreifen und in der Weiterentwicklung des Regionalprogramms konsequent verfolgen sollte. Zusammenfassend wird die Nachhaltigkeit des Vorhabens für beide Phasen daher als zufriedenstellend bewertet.

### Nachhaltigkeit Teilnote: 3 für beide Phasen

<sup>29</sup> Aktuellere Zahlen liegen nicht vor.

### Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den Kriterien **Relevanz, Kohärenz, Effektivität, Effizienz, übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen** als auch zur abschließenden **Gesamtbewertung** der entwicklungspolitischen Wirksamkeit wird eine sechsstufige Skala verwendet. Die Skalenwerte sind wie folgt belegt:

<b>Stufe 1</b>	sehr gutes, deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
<b>Stufe 2</b>	gutes, voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
<b>Stufe 3</b>	zufriedenstellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
<b>Stufe 4</b>	nicht zufriedenstellendes Ergebnis; liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
<b>Stufe 5</b>	eindeutig unzureichendes Ergebnis: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
<b>Stufe 6</b>	das Vorhaben ist nutzlos bzw. die Situation ist eher verschlechtert

Die Stufen 1–3 kennzeichnen eine positive bzw. erfolgreiche, die Stufen 4–6 eine nicht positive bzw. nicht erfolgreiche Bewertung.

### Das Kriterium **Nachhaltigkeit** wird anhand der folgenden vierstufigen Skala bewertet:

Nachhaltigkeitsstufe 1 (sehr gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit unverändert fortbestehen oder sogar zunehmen.

Nachhaltigkeitsstufe 2 (gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nur geringfügig zurückgehen, aber insgesamt deutlich positiv bleiben (Normalfall; „das was man erwarten kann“).

Nachhaltigkeitsstufe 3 (zufriedenstellende Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich zurückgehen, aber noch positiv bleiben. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die Nachhaltigkeit eines Vorhabens bis zum Evaluierungszeitpunkt als nicht ausreichend eingeschätzt wird, sich aber mit hoher Wahrscheinlichkeit positiv entwickeln und das Vorhaben damit eine positive entwicklungspolitische Wirksamkeit erreichen wird.

Nachhaltigkeitsstufe 4 (nicht ausreichende Nachhaltigkeit): Die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens ist bis zum Evaluierungszeitpunkt nicht ausreichend und wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nicht verbessern. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die bisher positiv bewertete Nachhaltigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit gravierend zurückgehen und nicht mehr den Ansprüchen der Stufe 3 genügen wird.

Die **Gesamtbewertung** auf der sechsstufigen Skala wird aus einer projektspezifisch zu begründenden Gewichtung der fünf Einzelkriterien gebildet. Die Stufen 1–3 der Gesamtbewertung kennzeichnen ein „erfolgreiches“, die Stufen 4–6 ein „nicht erfolgreiches“ Vorhaben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Vorhaben i. d. R. nur dann als entwicklungspolitisch „erfolgreich“ eingestuft werden kann, wenn die Projektzielerreichung („Effektivität“) und die Wirkungen auf Oberzielebene („Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen“) **als auch** die Nachhaltigkeit mindestens als „zufriedenstellend“ (Stufe 3) bewertet werden.