

Ex-post-Evaluierung Reproduktive Gesundheit, Kamerun

Titel	Privatsektorvorhaben Reproduktive Gesundheit		
Sektor und CRS-Schlüssel	Gesundheit (CRS-Schlüssel: 13030 Familienplanung)		
Projektnummer	2013 67 036		
Auftraggeber	BMZ		
Empfänger/ Projektträger	Republik Kamerun, vertreten durch MINEPAT (Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire) / ACMS (Association Camerounaise de Marketing Social)		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	16 Mio. EUR / FZ-Zuschuss (HH-Mittel)		
Projektlaufzeit	2014 - 2021		
Berichtsjahr	2023	Stichprobenjahr	2022

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

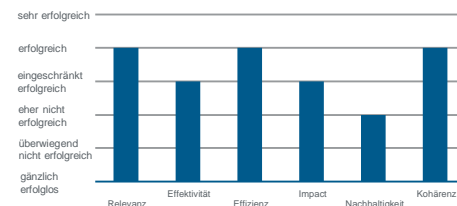
Durch die verstärkte Nutzung moderner Kontrazeptiva sowie eine beobachtbare Verhaltensänderung der Zielgruppe im Hinblick auf selbstbestimmte Familienplanung (Outcome-Ziel) sollte ein Beitrag zur Verbesserung der Mutter- und Kind-Gesundheit geleistet werden (Impact-Ziel). In vier Projektregionen wurde ein Social-Franchise-Netzwerk für Dienstleistungen der Familienplanung über öffentliche Gesundheitseinrichtungen aufgebaut mit Markenwerbung, Sensibilisierungsmaßnahmen, Personalfortbildungen, Qualitätssicherung, Beschaffung von Kontrazeptiva sowie die Ausstattung der Franchise-Kliniken.

Wichtige Ergebnisse

Das Vorhaben entfaltete eine hohe entwicklungspolitische Wirksamkeit, deren Nachhaltigkeit jedoch nicht gegeben ist. Aus den folgenden Gründen wird das Vorhaben insgesamt als „eher nicht erfolgreich“ bewertet:

- Der Aufbau des Social Franchise Netzwerkes für Produkte und Dienstleistungen der Familienplanung war angesichts der großen Bedarfe in den Projektregionen in Kamerun sehr relevant.
- Mit seinem umfassenden Projektansatz adressierte das Vorhaben sowohl angebots- als auch nachfrageseitige Aspekte der Familienplanung und konnte auf diese Weise während der Projektlaufzeit effektiv zu einer Steigerung der kontrazeptiven Prävalenz in den Projektregionen beitragen (Effektivität).
- Die enge Begleitung und Supervision der beteiligten Gesundheitseinrichtungen war zwar mit hohen Kosten verbunden, trug aber gleichzeitig zu einer deutlichen Qualitätsverbesserung der Familienplanungsdienste bei (Effizienz).
- Herausforderungen für die nachhaltige Wirksamkeit bestehen insbesondere in der Finanzierung des Social Franchise Netzwerkes über das Projektende hinaus. Mangels Finanzierung konnte der Betrieb des Netzwerkes nicht fortgeführt werden. Erschwerend kam es nach Ende der Umsetzung zu Versorgungslücken in der Bereitstellung von Kontrazeptiva durch UNFPA. In etwas mehr als der Hälfte der Gesundheitseinrichtungen werden die Familienplanungsdienste 2,5 Jahre nach Projektende nicht mehr in der erforderlichen Qualität angeboten. Die nachhaltige Wirksamkeit der Maßnahmen ist damit nicht gegeben.

Gesamtbewertung: eher nicht erfolgreich



Schlussfolgerungen

- Um die erwünschten Wirkungen zu erreichen, ist ein spezifisches Angebot für Jugendliche erforderlich.
- Mit der Übertragung des aus dem Privatsektor entlehnten Social-Franchise-Ansatzes auf öffentliche Gesundheitseinrichtungen konnte deren Angebot an Gesundheitsdienstleistungen im Bereich Familienplanung verbessert werden.
- Zur nachhaltigen Finanzierung von Social Franchise Ansätzen mit öffentlichen Gesundheitseinrichtungen ist die Diversifizierung von Finanzierungsquellen (ggfs. mit anderen externen Partnern) zentral.
- Zielformulierung und Nachhaltigkeitsanspruch im Bereich soziale Basisdienstleistungen mit eher armen Zielgruppen und einem hohen Anteil nicht-kostendeckender Leistungen sollten nicht zu ambitioniert sein.

Ex-post-Evaluierung – Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

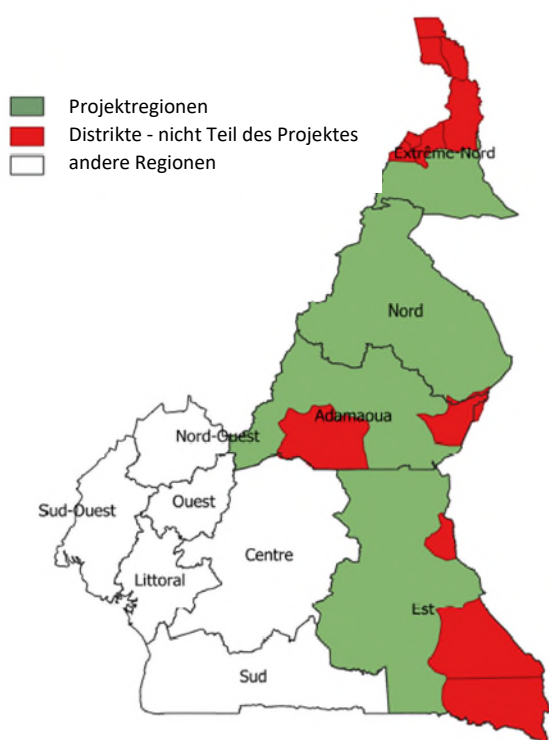
Übersicht der Teilbewertungen:

Relevanz	2
Kohärenz	2
Effektivität	3
Effizienz	2
Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	3
Nachhaltigkeit	4
Gesamtbewertung:	4

Kurzbeschreibung des Vorhabens

Das Projekt „Privatsektorvorhaben Reproduktive Gesundheit“ förderte einen verbesserten Zugang von Mädchen und Frauen zu qualitätsgesicherten medizinischen Produkten und Dienstleistungen im Bereich Familienplanung. Im Rahmen des Vorhabens wurde das in anderen Regionen Kameruns bereits bestehende *Social Franchise*-Netzwerk ProFam in die vier Projektregionen: Extrême-Nord, Nord, Adamaoua und Est ausgeweitet. Die Aufnahme in das *Franchise*-Netzwerk ermöglichte es den teilnehmenden privaten und überwiegend öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, ihre Leistungen unter der Marke ProFam anzubieten. Grund für die Aufnahme von öffentlichen Einrichtungen in das Netzwerk war insbesondere die geringe Anzahl an staatlich anerkannten privaten Einrichtungen (<10 %) in den Projektregionen. Im Gegenzug verpflichteten sie sich, die Gesundheitsdienstleistungen entsprechend der mit dieser Marke verbundenen Qualitätskriterien auszuüben. Grundsätzlich handelt es sich bei *Social Franchise* um ein aus der Privatwirtschaft entlehntes Konzept, das üblicherweise im privaten Segment des Gesundheitssektors Anwendung findet. Im vorliegenden Vorhaben wurde dieser Ansatz auf öffentliche Einrichtungen übertragen. Insgesamt wurden 372 Gesundheitseinrichtungen (davon 333 öffentliche Gesundheitseinrichtungen) in das Netzwerk aufgenommen, was ca. 40 % der Gesundheitseinrichtungen der betroffenen Regionen entspricht. Der *Social Franchise*-Geber: *Association Camerounaise de Marketing Social / Population Services International (ACMS/PSI)* war in diesem Zusammenhang für Markenwerbung, Aufklärungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen, Personalfortbildungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Franchise-Kliniken (hier Basisgesundheitsseinrichtungen) sowie für die Beschaffung von Kontrazeptiva und für die Ausstattung der Franchise-Kliniken verantwortlich. Im Vordergrund standen Produkte und Dienstleistungen zur Familienplanung und HIV/AIDS-Prävention. Zielgruppe waren Frauen im gebärfähigen Alter (15-49 Jahre), insbesondere Mütter und Schwangere, aber auch deren Partner sowie Kinder. Damit trug das Vorhaben zur Reduktion der Mütter- und Kindersterblichkeit bei.

Karte der Projektregionen¹



Quelle: Bericht der Abschlusskontrolle, Dezember 2020

Aufschlüsselung der Gesamtkosten

Für das Vorhaben wurden Haushaltsmittel in Höhe von 16 Mio. EUR bereitgestellt. Der Eigenbeitrag in Höhe von 391.470 EUR speiste sich aus dem Verkaufserlös von Kontrazeptiva.

		Inv. (Plan)	Inv. (Ist)
Investitionskosten (gesamt)	Mio. EUR	16,20	16,39
Eigenbeitrag	Mio. EUR	0,2	0,39
Fremdfinanzierung	Mio. EUR	16,0	16,0
<i>davon BMZ-Mittel</i>	<i>Mio. EUR</i>	16,0	16,0

¹ Die in der Karte rot markierten Distrikte (außerhalb der Region Extrême Nord) wurden durch ein GIZ-Vorhaben erreicht.

Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

Relevanz

1. Ausrichtung an Politiken und Prioritäten

Die Ziele des FZ-Vorhabens sind in den zentralen Strategiedokumenten der kamerunischen Regierung verankert. Die nationale Gesundheitssektor-Strategie² sieht vor, bis 2035 eine kontrazeptive Prävalenz für moderne Methoden von 35 % zu erreichen und den ungedeckten Bedarf an Familienplanung auf 10 % zu reduzieren. Die Verbesserung der Familienplanung wird als wesentliches Instrument zur Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit genannt. Gleichzeitig bleibt die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems in Kamerun mit weniger als 5 % des Gesamthaushaltes gering und hinter den Bedarfen zurück, wovon der Bereich Familienplanung in besonderem Maße betroffen ist.

Das Vorhaben steht im Einklang mit den Zielen der BMZ-Initiative „Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“ und mit dem BMZ-Strategiepapier zur „Bevölkerungsdynamik für Länder mit anhaltend hohem Bevölkerungswachstum“. Darüber hinaus zahlen die Ziele des Vorhabens auf die nachhaltige Entwicklungsagenda 2030 und insbesondere auf SDG 3 (Gesundheit und Wohlergehen) und SDG 5 (Gleichstellung der Geschlechter) ein.

2. Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Bei Projektbeginn verzeichnete Kamerun eine im internationalen Vergleich sehr hohe Mütter- und Kindersterblichkeit (782 je 100.000 Lebendgeburten bzw. 62 je 100.000 Kinder)³. Zugang und Nutzung von Leistungen der Familienplanung waren stark eingeschränkt: nur 14,4 % der verheirateten Frauen in Kamerun nutzten moderne Verhütungsmittel. Rund jede sechste Frau verzeichnete einen ungedeckten Bedarf an Familienplanung. Die Fertilitätsrate lag bei 5,1 Kindern pro Frau. Im nationalen Vergleich war die Ausgangslage in den vier Projektregionen besonders schwierig: die kontrazeptive Prävalenz lag in den Regionen Est (9,1%), Adamaoua (10,6 %), Nord (4,7 %) und Extrême-Nord (3,3 %) jeweils deutlich unter dem nationalen Durchschnitt von 14,4 %. Auch der ungedeckte Bedarf an Familienplanung lag mit über 20 % in Adamaoua und Extrême-Nord sowie mit über 30 % in den Regionen Nord und Est deutlich über dem nationalen Durchschnitt. Ursprünglich sollte das FZ-Vorhaben flächendeckend in allen Distrikten der Projektregionen umgesetzt werden. Um Überschneidungen mit einem GIZ-Vorhaben zu vermeiden, hat man sich dann allerdings auf eine regionale Aufteilung geeinigt.

Angesichts dieser erheblichen Herausforderungen in Bezug auf Mutter-Kind-Gesundheit, Familienplanung und Bevölkerungsentwicklung waren die Zielsetzungen des Vorhabens in hohem Maße relevant.

Die Zielgruppe des Vorhabens lebt vorwiegend in ländlichen Regionen Kameruns und kann grundsätzlich als vulnerabel betrachtet werden. Um darüber hinaus besonders vulnerable Teile der Bevölkerung, insbesondere in sehr entlegenen und schwer erreichbaren Gebieten, zu erreichen, waren im Rahmen des Vorhabens Einsätze mobiler Kliniken auf Gemeindeebene vorgesehen. Indem das Vorhaben auf den verbesserten Zugang zu Familienplanung und die Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit abzielte, war es von hoher Relevanz, um zur Gleichberechtigung der Geschlechter beizutragen. Das Projektkonzept zielte durch die vorgesehenen Aufklärungsaktivitäten und die Ausweitung des Angebotes an unterschiedlichen Methoden der Familienplanung außerdem auf eine selbstbestimmte Familienplanung ab.

² *Stratégie Sectorielle de la Santé (2016 – 2027)*

³ EDS 2011

3. Angemessenheit der Konzeption⁴

Die angenommene Wirkungskette ist plausibel: durch die angebotsseitig verbesserte qualitative und quantitative Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen (sowohl in öffentlichen als auch in privaten Einrichtungen) im Bereich der Familienplanung sowie durch nachfrageseitige Sensibilisierungsmaßnahmen für die Bevölkerung sollte der Zugang zu und die Nachfrage nach Familienplanung verbessert und ihre selbstbestimmte Nutzung gesteigert werden (Outcome). Dadurch sollten ungewollte (Risiko-) Schwangerschaften reduziert, Geburtenabstände vergrößert und die Mutter-Kind-Gesundheit verbessert werden (Impact).

Es handelte sich um ein umfassendes Projektkonzept, das sowohl angebots- als auch nachfrageseitige Aspekte der Familienplanung adressierte. Der Aufbau des *Social Franchise*-Netzwerkes und die enge Begleitung und materielle Ausstattung der teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen sollten zur Verbesserung des qualitativen und quantitativen Angebots für Familienplanungsmethoden beitragen. Sensibilisierungsmaßnahmen sollten das Wissen, Einstellungen und Verhalten der Bevölkerung im Hinblick auf Familienplanung verbessern und zielten auf eine steigende Nachfrage nach Familienplanungsmethoden ab. Damit setzte die Konzeption des Vorhabens aus heutiger Sicht an den zentralen Kernproblemen der Familienplanung in Kamerun an und war sehr gut geeignet, um zur Erreichung des angestrebten Modulziels beizutragen. Das Anspruchsniveau der Zielformulierungen und insbesondere an die Nachhaltigkeit waren angesichts der hohen finanziellen Abhängigkeit des *Social Franchise*-Netzwerkes von FZ-Mitteln sehr ambitioniert.

Der Social-Franchising-Ansatz ist ein dem Privatsektor entlehnter Ansatz, der in der Regel darauf abzielt, das Angebot des öffentlichen Gesundheitssektors durch eine Stärkung des privaten Sektors zu ergänzen. Im Rahmen des Vorhabens wurde dieser Ansatz überwiegend auf öffentliche Gesundheitseinrichtungen übertragen. Die Kernelemente des Ansatzes (Kapazitätsstärkung und Qualitätssteigerung der teilnehmenden Einrichtungen, Markenwerbung, etc.) sind dabei prinzipiell auch für den öffentlichen Sektor relevant. Die teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen beschaffen die Kontrazeptiva zu subventionierten Preisen und verkaufen sie zu im Rahmen des Franchise-Systems festgelegten Verkaufspreisen weiter.

Die Umsetzung des Vorhabens durch Nicht-Regierungsorganisationen - in Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium - erscheint aus damaliger und heutiger Sicht angesichts der schwachen und chronisch unterfinanzierten nationalen Gesundheitsverwaltung in Kamerun angemessen.

4. Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit

Aus Sicherheitsgründen konnte das Vorhaben einzelne Distrikte in der Region Extrême-Nord nicht wie geplant abdecken. Darüber hinaus haben sich im Laufe der Projektumsetzung keine Veränderungen ergeben, die eine konzeptionelle Anpassung des Vorhabens erforderlich gemacht hätten.

Zusammenfassung der Benotung:

Das Vorhaben setzte mit dem Aufbau eines *Social Franchise*-Ansatzes und begleitenden Sensibilisierungskampagnen an den zentralen Kernproblemen zur Förderung der Familienplanung an, deren Bedarfe sich zum Zeitpunkt der Projektprüfung als sehr hoch darstellten. Das Projektkonzept stand im Einklang mit den nationalen Entwicklungsstrategien Kameruns sowie mit den strategischen Leitplanken des BMZ. Insbesondere der umfassende Projektansatz, der sowohl angebots- als auch nachfrageseitige Aspekte adressierte, erwies sich angesichts der vielfältigen Herausforderungen zur Förderung der Familienplanung in Kamerun als besonders relevant. Ziele insbesondere im Hinblick auf die Schaffung nachhaltiger Strukturen waren angesichts des Kontexts und der hohen Abhängigkeit von FZ-Mitteln zu ambitioniert. Die Relevanz entspricht damit den Erwartungen und wird daher als gut bewertet.

Relevanz: 2

⁵ Angenommene Zunahme von 1% pro Jahr der Projektumsetzung.

Kohärenz

5. Interne Kohärenz

Das Vorhaben war konsistent mit den internationalen Normen, zu denen sich die deutsche EZ bekennt wie bspw. der Gleichberechtigung der Geschlechter und der Umsetzung der Agenda 2030. Das Vorhaben wurde im Rahmen des Gestaltungsspielraums umgesetzt. Es war nicht Teil eines EZ-Programms. Auf der Wirkungsebene (Impact) war das Vorhaben komplementär zu anderen FZ-Vorhaben, die ebenfalls auf eine Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit abzielten. Hierzu zählt insbesondere das AFD- und FZ-finanzierte Gesundheitsprogramm (*Programme conjoint*), in dessen Rahmen ein Gutscheinsystem umgesetzt wird, um schwangeren Frauen den Zugang zu qualitativen Gesundheitsleistungen rund um Schwangerschaft und Entbindung zu erleichtern. Ebenso bestanden Wirkungssynergien mit dem über UNICEF umgesetzten Ernährungsprogramm für Flüchtlinge aus den Nachbarstaaten, zu dessen primärer Zielgruppe junge bzw. schwangere Frauen und Kleinkinder zählten. Daneben wurde auch auf operativer Ebene versucht, Synergiepotentiale zwischen den verschiedenen FZ-Vorhaben wo möglich zu nutzen. So wurden im Rahmen des FZ-Vorhabens beispielsweise zusammen mit dem FZ-finanzierten Gesundheitsprogramm die für beide Vorhaben relevanten Fortbildungen zur Verbesserung des Lagermanagements gemeinschaftlich finanziert. Die deutsche TZ war in einer der vier Projektregionen (Adamaoua) ebenfalls mit einem Vorhaben zur Verbesserung des Zugangs zu modernen Verhütungsmethoden aktiv, das ähnliche Zielsetzungen verfolgte und die Maßnahmen des FZ-Vorhabens auf der Wirkungsebene (Outcome und Impact) geografisch komplementierte. Neben Sensibilisierungsmaßnahmen zur Familienplanung und Sexualaufklärung förderte das TZ-Vorhaben die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen über einen kompetitiven Anreizmechanismus zur Qualitätssteigerung.

6. Externe Kohärenz

Neben den Vorhaben der deutschen EZ bestanden insbesondere Synergien mit dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), die ebenfalls Kontrazeptiva über das nationale Verteilungssystem zur Verfügung stellten. Im Laufe der Projektumsetzung erfolgte eine enge Abstimmung mit UNFPA zu den Bedarfen und der Verfügbarkeit von Kontrazeptiva, durch die eine kontinuierliche Verfügbarkeit der Produkte sichergestellt werden konnte. Darüber hinaus bestanden Synergien auf Wirkungsebene mit einem Vorhaben der Weltbank zur leistungsorientierten Finanzierung von Gesundheitseinrichtungen, das in den Projektregionen umgesetzt wurde. Durch die leistungsorientierte Bereitstellung finanzieller Ressourcen stärkte das Vorhaben die Funktionsfähigkeit der Gesundheitseinrichtungen und förderte die Motivation des Personals, was sich auch positiv auf Umsetzung und Ziele des FZ-Vorhabens auswirkte. Wenngleich die Abstimmung zwischen den verschiedenen Akteuren insgesamt als gut bewertet wurde, wurde bei den verschiedenen Gesprächen während der Evaluierung deutlich, dass die Koordination zwischen den verschiedenen Interventionen noch weiter hätte gestärkt werden können, beispielsweise um weitere Synergiepotentiale in Bezug auf die Umsetzung gemeindebasierter Aktivitäten auszu-schöpfen, die sowohl im FZ-Vorhaben als auch in Vorhaben anderer Geber umgesetzt wurden.

Zusammenfassung der Benotung:

Aus heutiger Sicht wirkten die Maßnahmen komplementär und konsistent mit anderen Vorhaben der deutschen EZ und anderer Geber. Abstimmung und Austausch wurde von den verschiedenen Interviewpartnern grundsätzlich als gut bewertet, wenngleich angemerkt wurde, dass die Abstimmung zwischen den Vorhaben noch weiter gestärkt werden könnte, um insbesondere zusätzliche Synergiepotentiale auf operativer Ebene zu heben. Die Kohärenz des Vorhabens wird damit insgesamt als erfolgreich bewertet.

Kohärenz: 2

Effektivität

7. Erreichung der (intendierten) Ziele

Das im Rahmen der EPE angepasste Ziel war die verstärkte Nutzung moderner Kontrazeptiva sowie einer beobachtbaren Verhaltensänderung der Zielgruppe im Hinblick auf selbstbestimmte Familienplanung. Zielformulierung bei Projektprüfung war die vermehrte Nutzung von qualitativ verbesserten Gesundheitsdienstleistungen im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte. Da das Vorhaben einen klaren Fokus auf Familienplanung hatte und darüber hinaus keine Maßnahmen zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit umgesetzt

wurden, wurde das Modulziel im Rahmen der EPE enger gefasst. Im Rahmen der EPE wurden drei zusätzliche Indikatoren aufgenommen, um die Zielerreichung abzubilden: ungedeckter Bedarf an Familienplanung, Einstellung zur zukünftigen Nutzung moderner Verhütungsmethoden und Kenntnis von Verhütungsmethoden. Die Erreichung des Ziels auf Outcome-Ebene kann wie folgt zusammengefasst werden:

Indikator	Status bei PP	Zielwert lt. PP/EPE	Ist-Wert bei EPE
(1) kontrazeptive Prävalenzrate (moderne Methoden) – Durchschnittswert der vier Projektregionen	7 % Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2011 Nord: 4,7 % Extrême-Nord: 3,3 % Est: 9,1 % Adamaoua: 10,6% EDS, 2011	PP: 12 %	11,8 % EDS 2018 Nord: 6% Extrême-Nord: 6,7 % Est: 27,6 % Adamaoua: 6% EDS, 2018 Teilweise erfüllt
(2) Anzahl der vom Vorhaben bereitgestellten Paar-Verhütungsjahre (Couple-Years of Protection, CYP) über die gesamte Projektlaufzeit (2015-2018)	0	EPE: 450.000	576.626 342.507 davon innerhalb des <i>Social Franchise</i> -Netzwerks (2018) Erfüllt
(3) Neu: Ungedeckter Bedarf an Familienplanung in den Projektregionen	Nord: 31,6 % Extrême-Nord: 22,8 % Est: 31,8 % Adamaoua: 21,8 % EDS, 2011	EPE ⁵ : Nord: 26,6 % Extrême-Nord: 17,8 % Est: 26,8 % Adamaoua: 16,8 %	Nord: 20 % Extrême-Nord: 22 % Est: 13 % Adamaoua: 28 % EDS, 2018 Teilweise erfüllt
(4) Neu: positive Einstellung zur zukünftigen Nutzung moderner Verhütungsmethoden in der Projektregion	Frauen: 11,2 % Männer: 13,6 % Projektinterne Erhebung, 2017	EPE: Frauen: 21,2 % Männer: 23,6 %	Frauen: 34,1 % Männer: 40,8 % Projektinterne Erhebung, 2020 Erfüllt
(5) Neu: Kenntnis von mind. 3 von 4 modernen Verhütungsmethoden in der Projektregion	Frauen: 24,2 % Männer: 22,5 % Projektinterne Erhebung, 2017	EPE: Frauen: 48,4 % Männer: 45 %	Frauen: 47,4 % Männer: 29,7 % Projektinterne Erhebung, 2020 Teilweise erfüllt

⁵ Angenommene Zunahme von 1% pro Jahr der Projektumsetzung.

Neuere Daten für Ist-Werte zum Zeitpunkt der EPE sind leider nicht verfügbar. Es ist jedoch plausibel, dass sich die positiven Tendenzen zum Ende der Umsetzung des hier evaluierten FZ-Vorhabens (Phase I) nicht vergleichbar fortgesetzt haben. Zum einen aufgrund der COVID-19 Pandemie, die zu einem Rückgang von Konsultationen in Gesundheitseinrichtungen und insbesondere der Inanspruchnahme präventiver Gesundheitsdienstleistungen geführt hat. Zum anderen kam es aufgrund der mehr als zwei-jährigen Verzögerung beim Start der FZ-Folgephase zu einer unvorhergesehenen Finanzierungslücke, die die Einstellung von Aktivitäten des *Social Franchise*-Netzwerks zur Folge hatte, was wiederum das Angebot von Familienplanungsdienstleistungen in unterstützten Gesundheitseinrichtungen beeinträchtigte. So konnten Ende 2022/Anfang 2023 nur noch weniger als 50 % der geförderten Gesundheitseinrichtungen Familienplanungsdienstleistungen in ausreichender Qualität anbieten (siehe Evaluierung Gesundheitseinrichtungen im Rahmen FZ-Folgephase, siehe auch unter Nachhaltigkeit). Der Rückgang von Familienplanungsdiensten in den geförderten Gesundheitseinrichtungen wurde weiter befördert durch Lieferengpässe von Kontrazeptiva während/in der Folge der COVID-19 Pandemie (siehe auch unter Nachhaltigkeit).

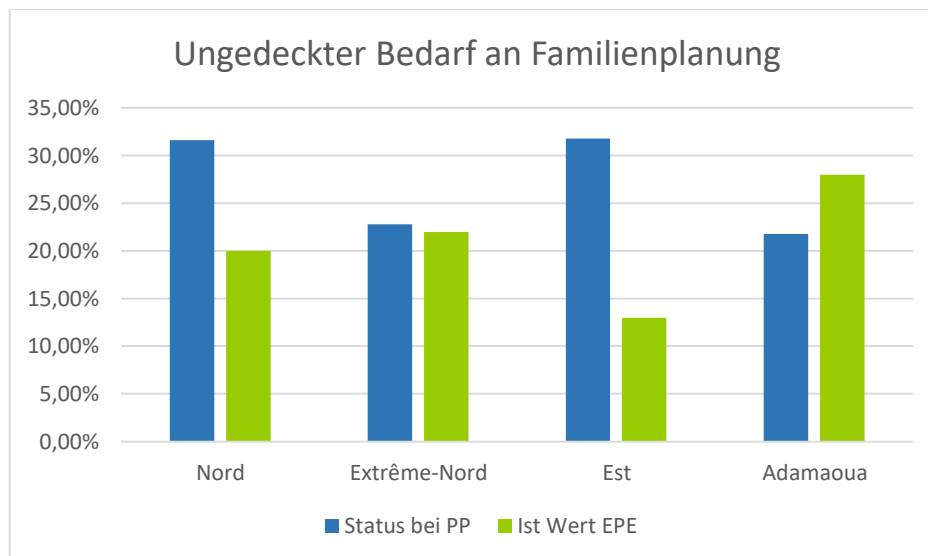
Während die Zielerreichung zum Zeitpunkt des Abschlusses der Umsetzung in 2018 insgesamt recht positiv zu bewerten war: Die kontrazeptive Prävalenzrate (Indikator 1) spiegelt die Verfügbarkeit und Nutzung der Kontrazeptiva wider. Diese Prävalenz nahm wie erwartet im Durchschnitt der Projektregionen um rund 5 % zu. Angesichts der Tatsache, dass die kontrazeptive Prävalenz im nationalen Durchschnitt im gleichen Zeitraum auf einem Niveau von 14-15 % nahezu stagnierte, ist diese Entwicklung bemerkenswert. Allerdings sind erhebliche Unterschiede zwischen den Projektregionen zu beobachten: während die Zunahme in der Region Est mit 18,5 Prozentpunkten deutlich überdurchschnittlich ist, verzeichneten die Regionen Nord und Extrême-Nord nur moderate Zunahmen von 1,3 % bzw. 3,4 %. In der Region Adamaoua kam es zu einem Rückgang der Prävalenzrate von 4,6 %. Die im Durchschnitt steigende Tendenz der kontrazeptiven Prävalenz konnte auch durch projektinterne Erhebungen bestätigt werden: zwischen 2017 und 2020 wurde ein Anstieg um fast 7 % von 21,5 % auf 28,3 % gemessen.⁶ Der stärkste Anstieg (8,4 %) ist für die Altersklasse zwischen 35-39 Jahren zu verzeichnen, während er für junge Frauen zwischen 15-19 Jahren (5,3 %) und 20-24 Jahren (2,6 %) deutlich geringer ausfällt und darauf hindeutet, dass die Projektmaßnahmen für Jugendliche unter 24 Jahren nicht im gleichen Maße effektiv waren. In der Konzeption der Folgephase (BMZ-Nr. 2019 67 280) wurde dieser Aspekt bereits aufgegriffen und das Projektkonzept um ein explizit jugendfreundliches Angebot der Familienplanung erweitert. So ist angesichts der Einschränkungen im Hinblick auf das Angebot von Familienplanungsdienstleistungen nach Ende der Umsetzung des hier evaluierten FZ-Vorhabens jedoch davon auszugehen, dass die Prävalenzrate in den Projektprovinzen zum Zeitpunkt der EPE niedriger ausfällt als zum Zeitpunkt des Projekt-Abschlusses.

Mithilfe der über das Vorhaben finanzierten Kontrazeptiva konnten in den vier Projektregionen insgesamt 576.626 Paar-Verhütungsjahre (*couple years of protection*, CYPs) erzielt werden, wovon 342.507 CYPs auf den Vertrieb der Kontrazeptiva innerhalb des *Social Franchise*-Netzwerkes zurückzuführen sind (Indikator 2). Ursprünglich war der Vertrieb der über das FZ-Vorhaben finanzierten Kontrazeptiva ausschließlich über das *Social Franchise*-Netzwerk vorgesehen. Im Zuge der Projektumsetzung wurde der Verteilmechanismus jedoch an den nationalen Verteilungsmechanismus angepasst. Die beschafften Kontrazeptiva wurden über sogenannte Regionalfonds an Gesundheitszentren verteilt, sodass die Kontrazeptiva auch durch Gesundheitszentren außerhalb des Netzwerkes vertrieben wurden. Insgesamt wurden innerhalb des *Social Franchise*-Netzwerkes 211.000 neue Nutzerinnen erreicht. Damit leistete das Vorhaben einen überdurchschnittlichen Beitrag zur Umsetzung der operativen Ziele der Regierung zur Familienplanung in den Projektregionen: für den Zeitraum 2015 bis 2020 sollten in den vier Regionen 262.000 neue Nutzerinnen mit Familienplanungsmethoden erreicht werden. 80 % dieser Zielmarke wurden durch das Vorhaben abgedeckt, wengleich das *Social Franchise*-Netzwerk nur 40 % der Gesundheitseinrichtungen umfasste. Aufgrund belegter *stock-outs* mehrerer Methoden der Empfängnisverhütung und des deutlich reduzierten Angebots an Familienplanungsdienstleistungen nach Ende der Umsetzung des FZ-Vorhabens, ist es plausibel davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der EPE deutlich weniger Kontrazeptiva (und damit CYP) zur Verfügung gestellt werden als während der Umsetzung.

Der ungedeckte Bedarf an Familienplanung (Indikator 3) gibt Aufschluss darüber, inwiefern das verfügbare Angebot an Familienplanungsmethoden ausreichend ist, um die bestehende Nachfrage zu decken. Auch hier zeigt sich ein differenziertes Bild für die Projektregionen: während der ungedeckte Bedarf in der Region Extrême-Nord nahezu stagnierte, ging er in der Regionen Nord (-11,6 %) und Est (-18,8 %) deutlich zurück und stieg in

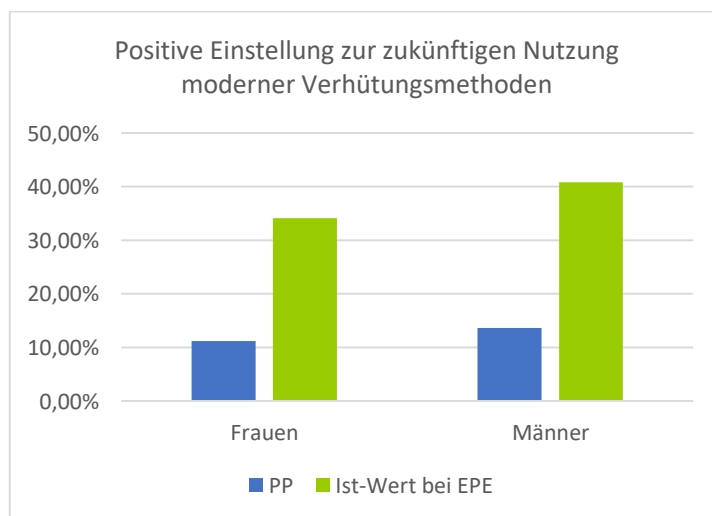
⁶ Die Unterschiede im Niveau der kontrazeptiven Prävalenz zwischen EDS und projektinterner Erhebung sind möglicherweise auf eine unterschiedliche Zusammensetzung der Stichprobe in Bezug auf soziodemografische Charakteristika zurückzuführen.

Adamaoua etwas (+6,2 %) an. Auch hierzu liegen keine aktuellen Daten vor, es ist jedoch plausibel, dass der ungedeckte Bedarf stagniert oder ggfs. sogar gestiegen ist nach Ende der Umsetzung des hier evaluierten FZ-Vorhabens (Phase I), da das Angebot an Familienplanungsdienstleistungen deutlich zurückgegangen ist.



Quelle: PP und EDS 2018

Die Einstellung der Bevölkerung zur zukünftigen Nutzung moderner Verhütungsmethoden hat sich während der Projektlaufzeit sehr positiv entwickelt: sowohl für Männer als auch für Frauen hat sich der Anteil derer, die der Nutzung moderner Verhütungsmethoden positiv gegenüberstehen, zwischen 2017 und 2020 etwa verdreifacht.



Quelle: PP und EDS 2018

Auch in Bezug auf die Kenntnis moderner Verhütungsmethoden waren während der Projektlaufzeit positive Entwicklungen zu verzeichnen. Der Anteil der Frauen, die Kenntnis über mindestens 3 moderne Verhütungsmethoden haben, erreichte 2020 47,7 % und konnte damit gegenüber 2017 nahezu verdoppelt werden. Für Männer fiel diese Entwicklung mit einer Steigerung von 22,5 % auf 29,7 % deutlich moderater aus.

8. Beitrag zur Erreichung der Ziele

Wenngleich es nicht möglich ist, die positiven Entwicklungen der Indikatoren eindeutig auf die Projektmaßnahmen zurückzuführen, ist es dennoch sehr plausibel, dass die Maßnahmen maßgeblich zur Zielerreichung beigetragen haben. Auf der Angebotsseite hat das Vorhaben durch die enge Begleitung und Supervision der

Franchise-Kliniken, die im Rahmen der Evaluierung durch das Gesundheitspersonal als besonders positiv hervorgehoben wurde, sowie durch Fortbildungen des Gesundheitspersonals und die Bereitstellung von Ausstattungsgegenständen zu einer deutlichen Qualitätssteigerung beigetragen. 305 der 372 akkreditierten Gesundheitseinrichtungen erfüllten bei einer externen Evaluierung der Qualität im Jahr 2019 alle Qualitätskriterien zu 100 %-iger Zufriedenheit. Der Zielwert von 300 wurde leicht übertroffen. Die restlichen Gesundheitseinrichtungen erfüllten einen qualitativen Mindeststandard. Auch die Verfügbarkeit von Kontrazeptiva in den Franchise-Kliniken erfuhr während der Projektlaufzeit hohe Zufriedenheitswerte der Nutzerinnen (87 % in 2017, 90 % in 2020) und wurde in den Gesprächen mit dem Gesundheitspersonal im Rahmen der Evaluierung bestätigt. Über das *Social Franchise*-Netzwerk wurden verschiedene kurz- und langfristige Verhütungsmethoden angeboten (Pille, Dreimonatsspritze, Hormonimplantat, Spirale, „Pille danach“). Insbesondere das Angebot an Langzeitmethoden war vor Beginn des Vorhabens sehr limitiert bzw. nicht vorhanden. Durch die Ausweitung des Angebotes wurde den Frauen damit eine auf individuellen Erwägungen basierte, selbstbestimmte Auswahl der für sie passenden Verhütungsmethode ermöglicht. Daten zu Entwicklungen des Gesamtmarkts an Kontrazeptiva liegen nicht vor.

Auf der Nachfrageseite lässt die positive Entwicklung der Indikatoren hinsichtlich Wissens und Einstellung der Bevölkerung darauf schließen, dass die Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen, die im Rahmen des Vorhabens umgesetzt wurden, grundsätzlich zielführend waren. Wenngleich es keine Datengrundlage gibt, um die Effektivität der verschiedenen Maßnahmen vergleichend zu bewerten, wurde von den verschiedenen Gesprächspartnern im Rahmen der Evaluierung insbesondere die Einbindung traditioneller Autoritäten in die Sensibilisierungskampagnen als besonders wirksam hervorgehoben.

Neben den Kernaktivitäten im Bereich Familienplanung umfasste das Vorhaben vereinzelt Aktivitäten, die nicht in direktem Zusammenhang mit Familienplanung standen (z.B. Bereitstellung von Nahrungsergänzungsmitteln für Säuglinge). Diese Maßnahmen sollten das Marketing von Familienplanungsdienstleistungen unterstützen, in dem sie dazu beitragen, dass schwangere Frauen und Mütter die Einrichtungen besuchen und dann über die Bereitstellung der Nahrungsergänzungsmittel hinaus auch Zugang zu Informationen und Dienstleistungen im Bereich Familienplanung haben. Sie wurden aussagegemäß von der Bevölkerung sehr geschätzt.

9. *Qualität der Implementierung*

ACMS, unterstützt durch Population Services International (PSI), zeichnete sich im Allgemeinen durch eine gute Qualität in der Steuerung und Implementierung des Vorhabens aus. Die Projektumsetzung wurde von verschiedenen Studien zur Wirkungsmessung begleitet. Die erhobenen Daten stellten eine wichtige Grundlage für die EPE dar. In der Region Est wurde das Vorhaben im Unterauftrag durch die kamerunische NRO CAMNAFAW durchgeführt. Die Managementkapazitäten dieser kleinen NRO erwiesen sich als vergleichsweise schwach, sodass die Umsetzungsqualität in dieser Region insgesamt geringer einzustufen ist. Personalwechsel und Schwächen im Finanzmanagement gingen dort mit Verzögerungen in der Umsetzung der Projektaktivitäten einher. Seitens ACMS ergab sich ein hoher Unterstützungsbedarf, um diese Schwächen auszugleichen.

10. *Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)*

Aus heutiger Sicht sind keine positiven oder negativen nicht-intendierten Wirkungen des Vorhabens zu erkennen.

Zusammenfassung der Benotung:

Durch den umfassenden Projektansatz, der sowohl angebots- als auch nachfrageseitige Aspekte der Familienplanung adressierte, hat sich der Zugang zu und die Nutzung moderner Familienplanungsmethoden während der Projektlaufzeit spürbar verbessert. Zum Zeitpunkt des Endes der Umsetzung des FZ-Vorhabens wurden die Zielwerte der Outcome-Indikatoren jedoch nur teilweise erfüllt und es ist plausibel davon auszugehen, dass sich diese in der Zwischenzeit aufgrund nachfrage- und angebotsseitiger Einschränkungen verschlechtert haben. Die Effektivität des Vorhabens wird damit in der Gesamtschau als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Effektivität: 3

Effizienz

11. Produktionseffizienz

Das Vorhaben sollte mit einer Laufzeit von 48 Monaten umgesetzt werden. In dieser Zeit konnten alle Outputs realisiert werden und verbleibende Restmittel konnten genutzt werden, um die Projektmaßnahmen weitere 15 Monate fortzuführen. Dies war insbesondere durch Einsparungen in der Beschaffung von Kontrazeptiva sowie durch höhere Verkaufserlöse der Kontrazeptiva möglich. Die Gesamtkosten des Vorhabens beliefen sich auf 16,39 Mio. EUR. Neben dem FZ-Beitrag in Höhe von 16 Mio. EUR wurden 391.470 EUR durch den Verkaufserlös der Kontrazeptiva gedeckt; die im Rahmen des Vorhabens beschafften Kontrazeptiva wurden zu den nationalen Standardpreisen zur weiteren Verteilung an die Regionalfonds verkauft. Daten zur Bewertung der Erschwinglichkeit in Bezug auf den internationalen Standard: Chapman Index⁷, liegen nicht vor.

Insgesamt gab es nur geringfügige Abweichungen zur Budgetplanung. Kostensteigerungen waren insbesondere für die laufenden Durchführungskosten (+26 %) zu verzeichnen, die vor dem Hintergrund der Laufzeitverlängerung nachvollziehbar sind. Zu Mehrkosten kam es außerdem bei der Durchführung der Marketing-, Kommunikations- und Fortbildungsmaßnahmen (+12,5 %). Diese Kostenüberschreitungen sind mitunter darauf zurückzuführen, dass Fortbildungsmaßnahmen wegen der hohen Personalfuktuation in den Gesundheitseinrichtungen mehrfach wiederholt werden mussten. So wurden bei einem ursprünglichen Zielwert von 750 insgesamt 1.030 Gesundheitsmitarbeitende in Familienplanung geschult. Der Anteil an internationalen Consultingkosten von rund 10 % war verglichen mit anderen FZ-Vorhaben im Subsektor und in der Region angemessen.

Die Gesamtkosten des Vorhabens pro realisiertem Paar-Verhütungsjahr belaufen sich auf 27,8 €/CYP. Wenngleich dieser Effizienzindikator unter dem zu Projektbeginn geschätzten Wert (35,5 €/CYP) liegt, erscheint er im Vergleich zu anderen Familienplanungsprogrammen in der Region hoch. Da der *Social Franchise*-Ansatz allerdings nicht nur den Vertrieb von Kontrazeptiva umfasste, sondern auch umfangreiche Maßnahmen zur Kapazitätsstärkung der Gesundheitseinrichtungen sowie zur Sensibilisierung und Aufklärung der Bevölkerung durchgeführt wurden, hat der Indikator €/CYP für die Effizienz des Programms nur eine begrenzte Aussagekraft. Betrachtet man nur die Beschaffungskosten der Kontrazeptiva ergeben sich Kosten von 1,90€/CYP, was unter dem UNFPA *Contraceptive Price Indicator*⁸ liegt. Die Beschaffungskosten der Kontrazeptiva im Rahmen des Vorhabens können damit als vergleichsweise niedrig betrachtet werden.

12. Allokationseffizienz

Die Projektregionen waren insgesamt sehr schwach in Bezug auf Zugang zu Familienplanung und Indikatoren im Bereich Mutter/Kind-Gesundheit (siehe auch unter Relevanz). Das FZ-Vorhaben adressierte mit dem *Social Franchise*-Ansatz in den Regionen nicht die allerschwächsten Einrichtungen. Dies scheint dem Ansatz angemessen. Die Bedarfe an den teilnehmenden Einrichtungen waren vor dem Hintergrund der insgesamt sehr schwachen Ausgangslage gegeben. Die staatliche Gesundheitsverwaltung ist sehr schwach. ACMS konnte eine deutlich qualitativ hochwertigere und engere Begleitung der teilnehmenden Einrichtungen sicherstellen, als das öffentliche Gesundheitswesen sie hätte bieten können. Für die Verteilung der Kontrazeptiva wurden bestehende nationale Strukturen genutzt. Die Betriebskosten von ACMS und der NGO in der Region Est (CAMNAFAW) zum Aufbau und Erhalt des *Social Franchise*-Netzwerkes und Sicherstellung der Qualität und Quantität der Familienplanungsdienste waren, auch im Vergleich mit anderen *Social Franchise*-Vorhaben, mit rund 50 % der Gesamtkosten hoch. Inwiefern diese Kosten mit Blick auf die Zielerreichung dennoch angemessen waren bzw. ob eine alternative Budgetverteilung eine effizientere Zielerreichung erlaubt hätte, lässt sich nicht eindeutig beurteilen. Die enge Begleitung der Gesundheitseinrichtungen im Rahmen des Franchise-Netzwerkes mit monatlichen Qualitätskontrollen war zwar ressourcenintensiv, trug aber auch zu einer deutlichen Qualitätssteigerung der Familienplanungsdienste bei. Insbesondere die enge Begleitung durch ACMS wurde von dem Gesundheitspersonal im Rahmen der Evaluierung als sehr positiver Aspekt des Vorhabens hervorgehoben.

Zusammenfassung der Benotung:

Das Vorhaben wurde ohne größere Verzögerungen umgesetzt und die Projektmaßnahmen konnten sogar kostenneutral verlängert werden. Die Consultingkosten waren im Vergleich zu ähnlichen Vorhaben angemessen und

⁷ Chapman Index: die Kosten für ein Paarverhütungsjahr sollen nicht mehr als 1% des jährlichen Haushaltseinkommens ausmachen.

⁸ UNFPA Contraceptives Price Indicator Year 2020

die Beschaffungskosten der Kontrazeptiva niedrig. Nur bei den Fortbildungen des Gesundheitspersonals kam es zu Effizienzeinbußen. Die Produktionseffizienz wird damit als gut bewertet.

Hinsichtlich der Allokationseffizienz sind einerseits die hohen Betriebskosten für die Unterhaltung des *Social Franchise*-Netzwerkes zu berücksichtigen, die andererseits aber mit einer – zwar etwas weniger sichtbaren aber durchaus bedeutsamen – Output-Generation, nämlich der Qualitätssteigerung der Familiendienste, in Verbindung stehen. Vor diesem Hintergrund bewerten wir die Allokationseffizienz ebenfalls als gut, sodass die Effizienz des Vorhabens insgesamt als erfolgreich bewertet wird.

Effizienz: 2

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

13. Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen

Das im Rahmen der EPE angepasste Ziel war es, einen Beitrag zur Verbesserung der Mutter- und Kind-Gesundheit zu leisten.

Die Erreichung des Ziels auf Impact-Ebene kann wie folgt zusammengefasst werden:

Indikator	Status PP	Zielwert EPE	Ist-Wert bei EPE
(1) Senkung der Müttersterblichkeit	National: 782/100.0000 EDS 2011	National: 70 pro 100.000 Lebendgeburten bis 2030 (SDGs)	National: 406/100.0000 EDS 2018 Nicht erfüllt
(2) Senkung der Kindersterblichkeit unter 5 Jahren	National: 62/1000 Nord: 96/1000 Extr.-Nord: 86/1000 Adamaoua: 74/1000 Est: [48/1000] ⁹ EDS 2011	National: 25 pro 1.000 Lebendgeburten bis 2030 (SDGs)	National: 28/1000 Nord: 76/1000 Extr.-Nord: 53/1000 Adamaoua: 56/1000 Est: 77/1000 EDS 2018 Nicht erfüllt

Es gibt zwar positive Entwicklungen in Bezug auf die Impact-Indikatoren, es ist jedoch plausibel, dass die Ziele auf Impact-Ebene nicht erfüllt sind.

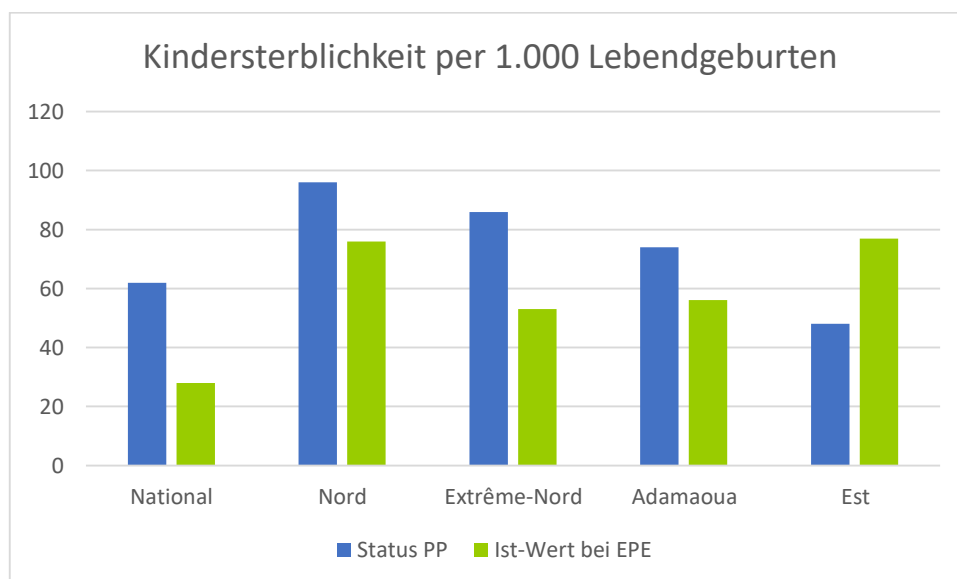
Im Zeitraum 2011 bis 2018 konnten positive Entwicklungen in Bezug auf die Mütter- und Kindersterblichkeit beobachtet werden. Die Müttersterblichkeit ging von 782 auf 406 pro 100.000 Lebendgeburten stark zurück. Diese Entwicklung ist vor allem vor dem Hintergrund positiv zu bewerten, dass zwischen 1998 bis 2011 ein Anstieg der Müttersterblichkeit verzeichnet wurde.¹⁰ Die Kindersterblichkeit konnte von 62 auf 28 Todesfälle pro 1.000 Kinder unter 5 Jahren reduziert werden. Im Vergleich zu den Entwicklungen in den vorherigen Jahren, in denen der Rückgang deutlich weniger stark war, ist auch diese Entwicklung positiv zu bewerten.¹¹ Neben diesem nationalen Wert sind vergleichbare positive Tendenzen auch für die Projektregionen des Vorhabens zu beobachten, wenngleich das Ausgangsniveau in diesen Regionen deutlich höher war und die Kindersterblichkeit dort auch weiterhin über dem nationalen Durchschnitt liegt. Allgemein bleibt zu berücksichtigen, dass keine vergleichbaren aktuellen Daten für 2022 vorliegen, weshalb auf die Daten des letzten EDS 2018 zurückgegriffen wurde. Aufgrund

⁹ Für die Region Est ist der Indikator nur begrenzt aussagekräftig, da die Kindersterblichkeit in der EDS 2011 vermutlich unterschätzt wurde.

¹⁰ 511/100.000 (1998); 669/100.000 (2004)

¹¹ 80/1000 (2001); 77/1000 (2006)

dessen, dass sich die Versorgungslage im Rahmen der COVID-Pandemie zumindest zwischenzeitlich verschlechtert hat und die für den Gesundheitssektor verfügbaren Mittel gesunken sind, ist davon auszugehen, dass sich die aktuelle Situation eher etwas schlechter darstellt als 2018. Sollte sich die Entwicklung wider Erwarten so fortgesetzt haben, wie in der Projektlaufzeit, könnten die SDG-Ziele bis 2030 knapp erreicht werden.



Quelle: PP und EDS 2018

14. Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Der Beitrag der Projektmaßnahmen zu diesen Entwicklungen lässt sich ex-post nicht mit Gewissheit feststellen oder gar quantifizieren. Die Anwendung moderner Kontrazeptiva kann grundsätzlich zur Reduzierung der Müttersterblichkeit beitragen, indem ungewollte Schwangerschaften, Risikoschwangerschaften oder illegale Abtreibungen verhindert und die Geburtenrate pro Frau reduziert wird. Sie kann außerdem zur Verlängerung der Geburtenabstände beitragen, was neben der Müttersterblichkeit auch besonders relevant zur Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit ist. Da die im Rahmen des Vorhabens angestrebten Outputs und Outcomes erreicht werden konnten und die Wirkungskette zwischen Outcome und Impact grundsätzlich plausibel erscheint, ist davon auszugehen, dass das Vorhaben auch einen Beitrag zur Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit geleistet hat. Darüber hinaus kann zur Plausibilisierung der Wirkungskette als Proxy-Indikator die Entwicklung der Geburtenrate herangezogen werden. Erstere hat sich im nationalen Durchschnitt zwischen 2011 und 2018 leicht reduziert von 5,1 auf 4,8 Geburten pro Frau. Diese rückläufige Entwicklung ist auch in den vier Projektregionen zu beobachten, wobei der Rückgang in Adamaoua (um 0,6 Geburten pro Frau) und in Extrême-Nord (um 0,9 Geburten pro Frau) den nationalen Durchschnitt sogar übersteigt. Um diese Entwicklung zu bewerten ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass es sich um einen Indikator handelt, der mehrere Generationen umfasst, sodass sich Veränderungen in jüngeren Generationen erst mit einem gewissen zeitlichen Verzug spürbar in dem Indikator widerspiegeln. Vor diesem Hintergrund ist die rückläufige Tendenz der Geburtenzahlen in dem 7-Jahreszeitraum grundsätzlich positiv zu bewerten und bekräftigt die Annahme, dass das Vorhaben einen positiven Beitrag zur Reduzierung der Mütter- und Kindersterblichkeit geleistet hat.

15. Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Bei der EPE wurden keine nicht-intendierten entwicklungspolitischen Veränderungen festgestellt. Auch die Gespräche mit Projektverantwortlichen und -beteiligten lieferten keine Hinweise auf nicht-intendierte Veränderungen auf Impact-Ebene.

Zusammenfassung der Benotung:

Das Vorhaben zielte auf übergeordneter entwicklungspolitischer Ebene darauf ab, zu einer deutlichen Reduzierung der Mütter- und Kindersterblichkeit beizutragen. Diesbezüglich konnten positive Tendenzen verzeichnet werden und es erscheint plausibel, dass das Vorhaben durch die gesteigerte Nutzung moderner Kontrazeptiva

einen Beitrag zu diesen Entwicklungen geleistet hat. Allerdings liegen keine aktuellen Daten vor und es ist plausibel davon auszugehen, dass sich die positiven Trends zumindest abgeschwächt haben. Vor diesem Hintergrund wird das Vorhaben in Bezug auf die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: 3

Nachhaltigkeit

16. Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Die Trägerorganisation ACMS setzt ihre Aktivitäten projektgebunden um und finanziert diese aus den jeweiligen Projektbudgets. Darüber hinaus verfügt ACMS über keine eigenen Mittel und war damit nicht in der Lage, den Betrieb des *Social Franchise*-Netzwerkes über die Projektlaufzeit hinaus weiterzuführen. Der kamerunische Staat finanziert traditionell keine NGOs und *Social Franchise*-Ansätze mit eigenen Mitteln. Die Preisstruktur erlaubt keine nachhaltige Finanzierung der Aktivitäten und auch nicht der Kontrazeptiva ohne externe finanzielle Unterstützung. Damit ist es auch auf Ebene der teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen nicht möglich, die Familienplanungsdienste in der Qualität und Quantität fortzusetzen, geschweige denn die Nachfrageseite hinreichend zu adressieren.

Die teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen standen ohne die technische und materielle Unterstützung durch das Projekt vor großen Herausforderungen, das durch das Franchise-Netzwerk geförderte Leistungsangebot und Qualitätsniveau nach Projektende aufrecht zu erhalten. Eine projekteigene Datenerhebung, die Ende 2022 in Vorbereitung auf die Folgephase II durchgeführt wurde, zeigt dennoch ein gemischtes Bild: 47 % der Gesundheitseinrichtungen des ProFam-Netzwerkes waren 2,5 Jahre nach Projektende weiterhin in der Lage, Familienplanungsdienstleistungen in ausreichender Qualität anzubieten (d.h. sie verfügen über mindestens zwei ausgebildete und zertifizierte Mitarbeiter, erforderliche Ausstattung bzw. Material sowie Kontrazeptiva). Auf der anderen Seite benötigten 26 % der Gesundheitseinrichtungen erhebliche Investitionen, um die Qualitätsstandards ein gutes Jahr nach Projektende wieder herzustellen. Die Situation variiert erheblich zwischen den Regionen: während die Resilienz der Gesundheitseinrichtungen in den Regionen Nord (35 %) und Extrême-Nord (40 %) größer ist, da dort andere Geber unterstützten, konnten in den Regionen Adamaoua (17 %) und Est (8 %) deutlich weniger Einrichtungen den Qualitätsstandard halten. Ein Unterschied in der Resilienz privater und öffentlicher Einrichtungen lässt sich aus der Erhebung nicht ableiten.

Dieses gemischte Bild deckt sich mit den Eindrücken der Evaluierung vor Ort, die auf die Region Nord beschränkt war. Ein Teil der besuchten Gesundheitseinrichtungen konnte ihr Angebot an Familienplanung – insbesondere mithilfe der Finanzierung durch andere Geber – weiterführen. In anderen Gesundheitseinrichtungen wurden die Familienplanungsdienste vollständig eingestellt. Als eine der größten Herausforderungen in der Aufrechterhaltung des Angebotes nannten die besuchten Gesundheitseinrichtungen die Verfügbarkeit von Kontrazeptiva über das nationale Verteilsystem nach Ende der Projektumsetzung. Zum Zeitpunkt der Evaluierung herrschte auf verschiedenen Ebenen des Verteilsystems (Zentralapotheke, regionale Verteilzentren, Gesundheitseinrichtungen) Stock-out, sodass den Gesundheitseinrichtungen zum Teil bereits mehrere Monate keine Kontrazeptiva zur Verfügung standen. Die Hintergründe für diesen Stock-out liegen laut Expertenaussagen mitunter in Schwächen der Lieferkette von der Zentralapotheke bis hin zu den Gesundheitseinrichtungen. Daneben wird das nationale Beschaffungs- und Verteilsystem der Kontrazeptiva in Kamerun hauptsächlich durch die Bereitstellung kostenloser Kontrazeptiva durch UNFPA alimentiert. Im Zuge der COVID-19 Pandemie kam es zu Lieferengpässen, die sich auf die Bereitstellung von Kontrazeptiva durch UNFPA auswirkten und zu Versorgungslücken führten. Darüber hinaus waren die Bemühungen der Geber und Partner im Bereich reproduktive Gesundheit (unter anderem auch der deutschen EZ gemeinsam mit UNFPA) für ein verbindliches Engagement der kamerunischen Regierung für Familienplanung zwar insofern erfolgreich, als eine Budgetlinie für die Beschaffung von Kontrazeptiva eingerichtet wurde, trotzdem wurden bislang keine Mittel dafür eingeplant.

In Bezug auf die Fortführung der gemeindebasierten Kommunikationsmaßnahmen wurde im Rahmen der Evaluierung zwar vereinzelt berichtet, dass die Arbeit der durch das Vorhaben ausgebildeten, gemeindebasierten Gesundheitsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter mithilfe von Finanzierungen anderer Geber oder auf freiwilliger Basis fortgeführt werden konnte. In den meisten Gemeinden konnten diese Aktivitäten mangels finanzieller Ressourcen aber nicht fortgeführt werden.

Insgesamt zeigt sich, dass die Projektbeteiligten (Gesundheitseinrichtungen, ACMS, Gesundheitsministerium) vor allem finanziell nicht in der Lage waren, die Projektmaßnahmen über die Projektlaufzeit hinaus fortzuführen und die positiven Wirkungen damit über die Zeit zu erhalten. Es war vorgesehen, dass die Finanzierung der Folgephase des FZ-Vorhabens nahtlos anschließt und Maßnahmen in denselben Projektgebieten umsetzt. Neben einer Aufstockung des nationalen Budgets gab es weitere Ideen für die Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit wie z.B. die Integration von Familienplanungsdiensten in das Konzept des von der Weltbank finanzierten *Results Based Financing* (RBF) oder die Aufnahme der Maßnahmen in das (u.a. durch die FZ geförderte) *Cheque-Santé*-Projekt für schwangere Frauen. Diese konnten jedoch bislang nicht realisiert werden und übersteigen den Einflussbereich des FZ-Vorhabens. Zum Zeitpunkt der EPE sind die Nachhaltigkeitsrisiken eingetreten.

17. Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten

Die Interventionsstrategie des Vorhabens zielte in einzelnen Aspekten darauf ab, zu einer nachhaltigen institutionellen Verankerung beizutragen. Durch die Nutzung des nationalen Verteilsystems für Kontrazeptiva beispielsweise wurden die beteiligten Akteure (regionale Verteilzentren, Gesundheitseinrichtungen) in wichtigen Aspekten wie Lagerverwaltung und Bestellsystem gestärkt. Ebenso wurde zur Erfassung und Analyse der Projektdaten auf das nationale Datensystem zurückgegriffen. Außerdem wurde der Qualitätssicherungsansatz des Vorhabens in ein nationales Handbuch des kamerunischen Gesundheitsministeriums überführt und damit formal verankert. In der Praxis findet dieses Handbuch bislang allerdings kaum Anwendung.

Der *Social Franchise*-Ansatz selbst ist mit hohen operativen Kosten verbunden und zielte in seiner Ausgestaltung nicht darauf ab, einen substanziellen Kostendeckungsgrad durch den Verkaufserlös der Kontrazeptiva oder die Franchisegebühren privater Gesundheitseinrichtungen zu erreichen. Das Vorhaben konnte damit nicht dazu beitragen, finanzielle Kapazitäten zur Fortführung der Maßnahmen nach Aussetzen der externen Finanzierung zu stärken. Wegen ungeklärten Steuerfragen kam es zu Verzögerungen des Starts der Folgephase des hier evaluierten FZ-Vorhabens (Phase I) und damit zu einer mehrjährigen Unterbrechung der Finanzierung. Die FZ-Folgephase II hat erst im September 2022 vorbereitende Aktivitäten aufgenommen. Im Rahmen der Folgephase ist vorgesehen, die im Rahmen der hier evaluierten Phase I aufgebauten Kapazitäten, die zum Zeitpunkt der EPE nicht mehr bestehen, in den Gesundheitseinrichtungen wieder herzustellen. Auf Basis der im Rahmen der EPE vorliegenden Informationen zur Folgephase, bestehen die Risiken für die Nachhaltigkeit jedoch fort.

18. Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit

Zum Zeitpunkt der Evaluierung liegen keine aktuellen Daten vor, die für eine datengestützte Bewertung der Dauerhaftigkeit der Wirkungen herangezogen werden können. Bei den im Rahmen der Evaluierung besuchten Gesundheitseinrichtungen konnte stichprobenhaft festgestellt werden, dass sich insbesondere die eingeschränkte Verfügbarkeit von Kontrazeptiva negativ auf die Nachhaltigkeit der durch das Vorhaben erzielten Erfolge auswirkt. In den besuchten Gesundheitseinrichtungen wurde ein deutlicher Rückgang in der Zahl der Frauen konstatiert, die durch Familienplanungsdienste erreicht werden. Vereinzelt mussten die Familienplanungsdienste seit mehreren Monaten ausgesetzt werden. In anderen Fällen musste das Angebot auf bestimmte Methoden der Familienplanung begrenzt werden, für welche die erforderlichen Produkte verfügbar waren. Um die Versorgungslücke auf Ebene der Gesundheitseinrichtungen auszugleichen und ihre Familienplanungsmethode der Wahl fortführen zu können, kauften manche Frauen die Produkte Berichten zufolge zu deutlich höheren Preisen bei Apotheken ein. Die Tatsache, dass einige Frauen bereit sind, diesen zusätzlichen Aufwand und die erhöhten Kosten in Kauf zu nehmen, deutet zwar einerseits darauf hin, dass die positiven Einstellungen gegenüber Familienplanung zumindest in Teilen der Bevölkerung auch nach Projektende weiter anhalten – der Zugang für vulnerable und preissensiblere Frauen ist aber beschränkt. Zugang zu bzw. die Verfügbarkeit von Familienplanungsdienstleistungen sind ein zentraler Faktor für die Nachfrage nach und tatsächliche Nutzung von Kontrazeptiva. Es ist davon auszugehen, dass das mithilfe des Vorhabens aufgebaute Nachfrage nach Familienplanung durch die Nicht-Verfügbarkeit von Kontrazeptiva insgesamt rückläufig ist; insbesondere in Teilen der Bevölkerung, denen aufgrund von finanziellen Restriktionen keine Alternativen, wie die eigenständige Versorgung über Apotheken, zur Verfügung stehen.

Zusammenfassung der Benotung:

Die Herausforderungen für die nachhaltige Wirksamkeit des Vorhabens liegen insbesondere in der fehlenden finanziellen Nachhaltigkeit des *Social Franchise*-Ansatzes mit öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, der nicht

auf Kostendeckung ausgerichtet ist und damit ohne weiterführende FZ-Finanzierung nach Projektende nicht fortgeführt werden konnte. Dadurch fielen wichtige Unterstützungsmaßnahmen für Gesundheitseinrichtungen zur Sicherstellung eines qualitativen Angebots an Familienplanungsdienste weg. Zusätzlich kamen nach Ende der Umsetzung des Vorhabens erschwerend Versorgungsengpässe mit Kontrazeptiva dazu. Fast ausschließlich solche Gesundheitseinrichtungen, die außer durch das FZ-Vorhaben noch durch andere Finanzierungsquellen (hier vor allem externe Geber) unterstützt wurden, konnten nach Ende des hier evaluierten FZ-Vorhabens die aufgebauten Kapazitäten halten und weiter qualitativ angemessene Familienplanungsdienstleistungen anbieten. Es ist davon auszugehen, dass die deutliche Reduzierung des Angebots an Familienplanungsdienstleistungen auch Auswirkungen auf die Nachfrage und die Nutzung hatte und damit auf die Nachhaltigkeit der entwicklungspolitischen Wirkungen. Zum Zeitpunkt des Projektendes war eine Unterbrechung des Vorhabens von drei Jahren nicht vorgesehen. Eigentlich sollte die FZ-Folgephase unterbrechungslos anknüpfen, weitere Überlegungen für andere Anschlussfinanzierungen haben sich nicht materialisiert. Die unvorhergesehene Unterbrechung hat die Herausforderungen hinsichtlich der Nachhaltigkeit des Ansatzes deutlich gemacht. Wenngleich knapp die Hälfte der Gesundheitseinrichtungen auch 2,5 Jahre nach Projektende weiterhin in der Lage ist, Familienplanungsdienstleistungen in ausreichender Qualität anzubieten, trifft dies für die Mehrheit der unterstützten Einrichtungen – und insbesondere für nahezu alle Einrichtungen in besonders benachteiligten Projektregionen bzw. Regionen, in denen keine anderen Geber im Bereich reproduktive Gesundheit aktiv sind – nicht zu. Vor diesem Hintergrund wird die Nachhaltigkeit als eher nicht erfolgreich bewertet.

Nachhaltigkeit: 4

Gesamtbewertung:

Das Vorhaben war angesichts der großen Bedarfe in den vier Projektregionen relevant und in seiner Konzeption sehr gut geeignet, um die Kernprobleme in Bezug auf einen verbesserten Zugang und eine verstärkte Nutzung moderner Kontrazeptiva zu adressieren. Die Ziele des Vorhabens wurden teilweise erreicht.

Die größte Herausforderung besteht in der nachhaltigen Finanzierung der Maßnahmen, die ohne weitergehende Finanzierung durch die FZ, andere Geber oder den kamerunischen Staat nach Projektende nicht fortgeführt werden konnten. Dazu kamen Versorgungslücken in der Bereitstellung von Kontrazeptiva erlaubten es einer großen Zahl an Gesundheitszentren nicht, das Angebot an Familienplanungsdiensten nach Projektende aufrecht zu erhalten. Dabei ist angesichts der großen Herausforderungen hinsichtlich der Fortführung der Aktivitäten positiv anzuerkennen, dass immerhin knapp die Hälfte der Gesundheitseinrichtungen auch 2,5 Jahre nach Projektende vor allem mit Hilfe anderer Geber weiterhin in der Lage sind, Familienplanungsdienstleistungen in ausreichender Qualität anzubieten.

Aufgrund der eingeschränkten Nachhaltigkeit, die ein großes Risiko für die dauerhafte Wirksamkeit der Maßnahmen darstellt, bewerten wir das Vorhaben trotz der positiven Ergebnisse in den anderen Bewertungsdimensionen insgesamt als eher nicht erfolgreich.

Beiträge zur Agenda 2030

Das Vorhaben leistete einen Beitrag zu den SDG 3 (Gesundheit und Wohlergehen) und 5 (Geschlechtergerechtigkeit) der Agenda 2030. Insbesondere wurden die Ziele SDG 3.7 („weltweit universellen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit“) und SDG 5.6 („Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und zu reproduktiven Rechten sicherstellen“) adressiert. Darüber hinaus leistete das Vorhaben durch das verbesserte Angebot an Familienplanungsdiensten einen Beitrag zur Reduzierung der Müttersterblichkeit (SDG 3.1) und der Säuglingssterblichkeit (SDG 3.2). Das Vorhaben trägt außerdem zur Verwirklichung des Menschenrechts auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung und Gesundheit bei.

Projektspezifische Stärken und Schwächen sowie projektübergreifende Schlussfolgerungen und Lessons Learned

Zu den **Stärken** des Vorhabens zählen insbesondere¹²:

- Hohe Relevanz zur Verbesserung der Familienplanung
- Umfassender Projektansatz, der sowohl angebots- als auch nachfrageseitige Aspekte der Familienplanung adressiert
- Einbindung traditioneller Autoritäten in Kommunikations- und Sensibilisierungsmaßnahmen
- ACMS/PSI als professionelle Umsetzungsstruktur

Zu den **Schwächen** des Vorhabens zählen insbesondere:

- Fortführung des *Social Franchise*-Ansatzes von weiterführender Finanzierung (FZ, andere Geber, Staat) abhängig
- Nachhaltige Wirksamkeit ohne Fortführung der Maßnahmen eingeschränkt, insbesondere durch eingeschränkte Verfügbarkeit von Kontrazeptiva nach Projektende

Schlussfolgerungen und Lessons Learned :

- Die Umsetzung über die nichtstaatliche Organisation ACMS erwies sich im kamerunischen Kontext und angesichts der schwachen staatlichen Gesundheitsverwaltung als effektiv.
- Mit der Übertragung des aus dem Privatsektor entlehnten *Social Franchise*-Ansatzes auch auf öffentliche Gesundheitseinrichtungen konnte deren Angebot an Gesundheitsdienstleistungen im Bereich Familienplanung verbessert werden.
- Bei der Ausgestaltung von *Social Franchise*-Ansätzen sollte die Förderung der finanziellen Nachhaltigkeit von Beginn an mitgedacht werden. Da die Vorhaben im Kontext von Zielgruppen mit geringem Einkommen umgesetzt werden und Kontrazeptiva zu erschwinglichen Preisen angeboten werden müssen, ist eine Steigerung des Kostendeckungsgrades nur bedingt geeignet. Für zukünftige Finanzierung ähnlicher Art bedarf es einer expliziten Exit-Strategie bzw. einer mittel-/längfristigen Finanzierung, um die nachhaltige Wirksamkeit der Maßnahmen sicherzustellen. Im vorliegenden Fall war die Diversifizierung von Finanzierungsquellen zentral.
- Um die erwünschten Wirkungen auch unter Jugendlichen zu erreichen, ist ein spezifisches Angebot für Jugendliche erforderlich, welches die besonderen Herausforderungen dieser Zielgruppe im Zugang zu Familienplanungsdiensten berücksichtigt.
- Zielformulierung und Nachhaltigkeitsanspruch im Bereich soziale Basisdienstleistungen mit eher armen Zielgruppen und einem hohen Anteil nicht-kostendeckender Leistungen sollten nicht zu ambitioniert sein.

Evaluierungsansatz und Methoden

Methodik der Ex-post-Evaluierung

Die Ex-post-Evaluierung folgt der Methodik eines Rapid Appraisal, d.h. einer datengestützten, qualitativen Kontributionsanalyse und stellt ein Expertenurteil dar. Dabei werden dem Vorhaben Wirkungen durch Plausibilitätsüberlegungen zugeschrieben, die auf der sorgfältigen Analyse von Dokumenten, Daten, Fakten und Eindrücken beruhen. Dies umschließt – wenn möglich – auch die Nutzung digitaler Datenquellen und den Einsatz moderner Techniken (z.B. Satellitendaten, Online-Befragungen, Geocodierung). Ursachen für etwaige widersprüchliche Informationen wird nachgegangen, es wird versucht, diese auszuräumen und die Bewertung auf solche Aussagen zu stützen, die – wenn möglich – durch mehrere Informationsquellen bestätigt werden (Triangulation).

Dokumente:

Interne Projektdokumente, Projektberichterstattung des Projektträgers, Wirkungsmonitoring des Projektes, Strategiedokumente der kamerunischen Regierung, staatliche Statistiken

Datenquellen und Analysetools:

Monitoringdaten des Projektträgers, Informationssammlung durch Gespräche vor Ort

Interviewpartner:

Projektträger, Gesundheitsministerium, Zielgruppe (Ebene der Gesundheitseinrichtungen), andere Entwicklungsorganisationen, lokale und regionale Verwaltung

Der Analyse der Wirkungen liegen angenommene Wirkungszusammenhänge zugrunde, dokumentiert in der bereits bei Projektprüfung entwickelten und ggf. bei Ex-post-Evaluierung aktualisierten Wirkungsmatrix. Im Evaluierungsbericht werden Argumente dargelegt, warum welche Einflussfaktoren für die festgestellten Wirkungen identifiziert wurden und warum das untersuchte Projekt vermutlich welchen Beitrag hatte (Kontributionsanalyse). Der Kontext der Entwicklungsmaßnahme wird hinsichtlich seines Einflusses auf die Ergebnisse berücksichtigt. Die Schlussfolgerungen werden ins Verhältnis zur Verfügbarkeit und Qualität der Datengrundlage gesetzt. Eine Evaluierungskonzeption ist der Referenzrahmen für die Evaluierung.

Die Methode bietet für Projektevaluierungen ein – im Durchschnitt - ausgewogenes Kosten-Nutzen-Verhältnis, bei dem sich Erkenntnisgewinn und Evaluierungsaufwand die Waage halten, und über alle Projektevaluierungen hinweg eine systematische Bewertung der Wirksamkeit der Vorhaben der FZ erlaubt. Die einzelne Ex-post-Evaluierung kann daher nicht den Erfordernissen einer wissenschaftlichen Begutachtung im Sinne einer eindeutigen Kausalanalyse Rechnung tragen.

Folgende Aspekte limitierten die Evaluierung:

Aus Sicherheitsgründen konnten nicht alle vier Projektregionen bereist werden. Die Evaluierung vor Ort beschränkte sich auf die Region Nord.

Methodik der Erfolgsbewertung

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den OECD DAC-Kriterien wird eine sechsstufige Skala verwandt. Die Skalenwerte sind wie folgt belegt:

- Stufe 1** sehr erfolgreich: deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
- Stufe 2** erfolgreich: voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
- Stufe 3** eingeschränkt erfolgreich: liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
- Stufe 4** eher nicht erfolgreich: liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
- Stufe 5** überwiegend nicht erfolgreich: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
- Stufe 6** gänzlich erfolglos: das Vorhaben ist nutzlos bzw. die Situation ist eher verschlechtert

Die Gesamtbewertung auf der sechsstufigen Skala wird aus einer projektspezifisch zu begründenden Gewichtung der sechs 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 „eingeschränkt erfolgreich“ (Stufe 3) bewertet werden.

Impressum

Verantwortlich:

FZ E
Evaluierungsabteilung der KfW Entwicklungsbank
FZ-Evaluierung@kfw.de

Kartografische Darstellungen dienen nur dem informativen Zweck und beinhalten keine völkerrechtliche Anerkennung von Grenzen und Gebieten. Die KfW übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit oder Vollständigkeit des bereitgestellten Kartenmaterials. Jegliche Haftung für Schäden, die direkt oder indirekt aus der Benutzung entstehen, wird ausgeschlossen.

KfW Bankengruppe
Palmengartenstraße 5-9
60325 Frankfurt am Main, Deutschland

Anlagenverzeichnis:

Anlage 1: Zielsystem und Indikatoren

Anlage 2: Risikoanalyse

Anlage 3: Evaluierungsfragen entlang der OECD DAC-Kriterien/ Ex-post-Evaluierungsmatrix

Anlage 1: Zielsystem und Indikatoren

Projektziel auf Outcome-Ebene		Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)				
Bei Projektprüfung: Vermehrte Nutzung und Verfügbarkeit von qualitativ verbesserten Gesundheitsdienstleistungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte.		Das Projektziel sollte in Anbetracht der durchgeführten Maßnahmen enger gefasst werden. In erster Linie wurden Kontrazeptiva durch die Social Franchise-Kliniken vertrieben und Sensibilisierungs- und Trainingsmaßnahmen im Bereich Familienplanung durchgeführt. Darüberhinausgehende, geförderte Gesundheitsdienstleistungen beschränken sich auf die beschränkte Abgabe von Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln für Schwangere. Daher sollte sich das Projektziel auf die verstärkte Nutzung und Verfügbarkeit von Familienplanungsmethoden beschränken.				
Bei EPE (falls Ziel modifiziert): Verstärkte Nutzung moderner Kontrazeptiva sowie eine beobachtbare Verhaltensänderung der Zielgruppe im Hinblick auf selbstbestimmte Familienplanung.						
Indikator	Bewertung der Angemessenheit	Begründung der Angemessenheit	Zielniveau PP Optional: Zielniveau EPE	Status PP (2014)	Status AK (2021)	Status EPE (2023)
Kontrazeptive Prävalenzrate (moderne Methoden) – Durchschnittswert der vier Projektregionen	angemessen	Die Häufigkeit der Verwendung von Verhütungsmitteln ist ein angemessener Indikator für die vermehrte Nutzung von Familienplanungsmethoden.	12 %	7 % Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2011 Nord: 4,7% Extrême-Nord: 3,3% Est: 9,1% Adamoua: 10,6% EDS, 2011	11,8 % EDS 2018 Nord: 6% Extrême-Nord: 6,7% Est: 27,6% Adamaoua: 6% EDS, 2018	s. AK
Anzahl der vom Vorhaben bereitgestellten Paar-Verhütungsjahre (Couple-Years of Protection, CYP)	angemessen	CYP ist ein Output-Indikator, aber geeignet, um den Beitrag zu einer verbesserten Verfügbarkeit	PP: 200.000 ¹ EPE: 450.000	0	In allen Gesundheitseinrichtungen der Projektregionen: 576.626 CYP	s. AK

¹ Dieser Wert bezog sich allein auf das 3. Jahr der Umsetzung und damit auf den voraussichtlich höchsten Jahreswert. Mit der BE 2017 wurde dieser Wert durch die Summe aller Jahreswerte über die Projektlaufzeit ersetzt.

über die gesamte Projektlaufzeit		von Verhütungsmitteln für die Bevölkerung zu messen.			Innerhalb des Franchise-Netzwerkes: 342.507 CYP	
NEU: Ungedeckter Bedarf an Familienplanung	-		EPE ² : Nord: 26,6 % Extrême-Nord: 17,8 % Est: 26,8 % Adamaoua: 16,8 %	Nord: 31,6 % Extrême-Nord: 22,8% Est: 31,8 % Adamaoua: 21,8 % EDS, 2011	Nord: 20 % Extrême-Nord: 22 % Est: 13 % Adamaoua: 28 % EDS, 2018	s. AK
NEU: positive Einstellung zur zukünftigen Nutzung moderner Verhütungsmethoden in der Projektregion	-		EPE: Frauen: 21,2 % Männer: 23,6 %	Frauen: 11,2 % Männer: 13,6 % Projektinterne Erhebung, 2017	Frauen: 34,1 % Männer: 40,8 % Projektinterne Erhebung, 2020	s. AK
NEU: Kenntnis von mind. 3 von 4 modernen Verhütungsmethoden in der Projektregion	-		EPE: Frauen: 48,4 % Männer: 45 %	Frauen: 24,2 % Männer: 22,5 % Projektinterne Erhebung, 2017	Frauen: 47,4 % Männer: 29,7 % Projektinterne Erhebung, 2020	s. AK

² Zielwerte bei EPE: Angenommene Zunahme von 1% pro Jahr der Projektumsetzung.

Projektziel auf Impact-Ebene			Bewertung der Angemessenheit			
Bei Projektprüfung: --			Im Rahmen der EPE wird das Impact-Ziel ergänzt.			
Bei EPE (falls Ziel modifiziert): Beitrag zur Verbesserung der Mutter- und Kind-Gesundheit.						
Indikator	Bewertung der Angemessenheit	Begründung der Angemessenheit	Zielniveau PP / EPE (neu)	Status PP (Jahr)	Status AK (Jahr)	Status EPE (Jahr)
Senkung der Müttersterblichkeit	angemessen	Es ist plausibel, dass verbesserter Zugang zu und Nutzung von FP u.a. durch größere Geburtenabstände, Vermeidung ungewollter Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen und Vermeidung von Teenager-Schwangerschaften zu einer Reduzierung der Müttersterblichkeit beiträgt.	National: 70 pro 100.000 Lebendgeburten bis 2030 (SDGs)	National: 782/100.000 EDS 2011	National: 406/100.000 EDS 2018	s. AK
Senkung der Kindersterblichkeit	angemessen		National: 25 pro 1.000 Lebendgeburten bis 2030 (SDGs)	National: 62/1000 Nord: 96/1000 Extr.-Nord: 86/1000 Adamaoua: 74/1000 Est: [48/1000] ³ EDS 2011	National: 28/1000 Nord: 76/1000 Extr.-Nord: 53/1000 Adamaoua: 56/1000 Est: 77/1000 EDS 2018	s. AK

³ Für die Region Est ist der Indikator nur begrenzt aussagekräftig, da die Kindersterblichkeit in der EDS 2011 vermutlich unterschätzt wurde.

Anlage 2: Risikoanalyse

Ex-ante wurden die angespannte Sicherheitslage in den Projektregionen, Probleme bei der Beschaffung der Kontrazeptiva, eine mögliche andere Prioritätensetzung bei ACMS sowie eine mögliche fehlende Unterstützung des Gesundheitsministeriums als Risiken identifiziert. Die erwarteten Risiken sind nicht eingetreten:

- 1) **Sicherheitslage:** Abgesehen von einigen grenznahen Gesundheitseinrichtungen in der Region extremer Norden, die wegen der islamistischen Bedrohung nicht weiter unterstützt werden konnten und daher aus dem ProFam-Netzwerk ausscheiden mussten, konnten die geplanten Maßnahmen des Vorhabens weitgehend plangemäß umgesetzt werden.
- 2) **Probleme bei der Beschaffung von Kontrazeptiva** wurden ex-ante insbesondere mit Blick auf mögliche Verzögerungen bei der Zulassung durch das kamerunische Qualitätskontrolllabor identifiziert. Solche Verzögerungen konnten durch eine enge und frühzeitige Abstimmung zwischen ACMS und dem kamerunischen Kontrolllabor vermieden werden. Nach Abschluss der Umsetzung kam es zu Versorgungsengpässen.
- 3) **Eine andere Prioritätensetzung bei ACMS**, die sich negativ auf die Umsetzung des FZ-Vorhabens auswirkte, war nicht zu beobachten, wenngleich das Vorhaben und insbesondere die Steuerung des Unterauftragnehmers CAMNAFAW eine große Herausforderung für ACMS darstellte.
- 4) **Fehlende Unterstützung des Gesundheitsministeriums** stellte kein Hindernis für die effektive Projektumsetzung dar. Das Gesundheitsministerium beteiligte sich aktiv am Monitoring zur Projektsteuerung. Das Ministerium wurde jedoch seiner Rolle bei der Finanzierung der Kontrazeptiva nicht gerecht. Nach wie vor werden in Kamerun die Kontrazeptive nur von den Partnern finanziert.

Risiko	Relevantes OECD-DAC Kriterium
Sich verschlechternde Sicherheitslage	Effektivität
Probleme bei der Beschaffung von Kontrazeptiva	Effektivität, Effizienz
Andere Prioritätensetzung bei ACMS	Effektivität, Effizienz
Fehlende Unterstützung des Gesundheitsministeriums	Effektivität, Effizienz

Anlage 3: Evaluierungsfragen entlang der OECD-DAC-Kriterien/ Ex-post Evaluierungsmatrix

Relevanz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Ausrichtung an Politiken und Prioritäten			2	0	--
Sind die Ziele der Maßnahme an den (globalen, regionalen und länderspezifischen) Politiken und Prioritäten, insbesondere der beteiligten und betroffenen (entwicklungspolitischen) Partner und des BMZ, ausgerichtet?	<p>Wie bedeutend sind Familienplanung und Mutter-Kind-Gesundheit als Gesundheitsherausforderungen im nationalen Kontext in Kamerun?</p> <p>Welche Bedeutung hat Familienplanung und die Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit in der nationalen Strategie Kameruns?</p> <p>Welche BMZ Strategien sind in diesem Zusammenhang relevant?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Programmvorschlag Teil A - Modulvorschlag Folgephase (BMZ Nr. 2019 67 280) - Zwischenbericht BE 2019 - Stratégie sectorielle de la santé (2016 – 2027) - Plan stratégique de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile SRMNI (2014-2020) - Plan opérationnel de planification familiale (2015-2020) - Gespräche mit Projektpartnern (ACMS, MINESANTE) 			
Berücksichtigen die Ziele der Maßnahme die relevanten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetzgebung, Verwaltungskapazitäten, tatsächliche Machtverhältnisse (auch bzgl. Ethnizität, Gender, etc.))?	Werden Ressourcen (Personal etc.) für Familienplanung und die Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit bereitgestellt?	<ul style="list-style-type: none"> - PV - Modulvorschlag Folgephase (BMZ Nr. 2019 67 280) - Gespräche mit Projektpartnern (ACMS, MINESANTE) 			
Bewertungsdimension: Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			1	0	--

<p>Sind die Ziele der Maßnahme auf die developmentpolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausgerichtet? Wurde das Kernproblem korrekt identifiziert?</p>	<p>Wie stellte sich die Situation bzgl. Müttersterblichkeit und Familienplanung zum Prüfungszeitpunkt dar?</p> <p>Nach welchen Kriterien wurden die Projektregionen ausgewählt?</p> <p>Inwiefern spielten/spielen kulturelle Vorbehalte in der Nutzung von Familienplanungsmethoden eine Rolle?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PV - Bericht Zwischenevaluierung - Gespräche mit Projektpartnern (ACMS, Kliniken) 			
<p>Wurden dabei die Bedürfnisse und Kapazitäten besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.) berücksichtigt? Wie wurde die Zielgruppe ausgewählt?</p>	<p>Sind die Preise der Kliniken auch für besonders Arme Frauen bezahlbar? Erreichen die Maßnahmen auch die arme Bevölkerung in entlegenen Regionen?</p> <p>Wurde bei den Sensibilisierungsmaßnahmen nach Alter der Zielgruppe differenziert? Falls nicht, hätten Wirkungen damit gesteigert werden können?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BE 2019 - AK - Bericht Zwischenevaluierung - Gespräche mit Projektpartnern (ACMS, Kliniken) 			
<p>Hätte die Maßnahme (aus ex-post Sicht) durch eine andere Ausgestaltung der Konzeption weitere nennenswerte Genderwirkungspotenziale gehabt? (FZ E spezifische Frage)</p>	<p>Durch den Fokus auf Mutter-Kind-Gesundheit bzw. Familienplanung zielt das Vorhaben an sich schon auf genderspezifische Wirkungen ab. Die Frage ist daher nicht auf das Projekt anwendbar.</p>				
<p>Bewertungsdimension: Angemessenheit der Konzeption</p>			3	0	--
<p>War die Konzeption der Maßnahme angemessen und realistisch (technisch, organisatorisch und finanziell) und grundsätzlich geeignet zur Lösung des Kernproblems beizutragen?</p>	<p>Inwiefern war der privatwirtschaftlich geprägte Ansatz eines Social-Franchise Netzwerkes (mit Umsetzung über eine NRO) im politischen/wirtschaftlichen Kontext der Projektregionen sinnvoll?</p> <p>Welchen spezifischen Herausforderungen sollten/konnte durch diesen Ansatz begegnet werden? (z.B. Schwäche der öffentlichen Gesundheitsverwaltung?)</p> <p>Welche Nachteile/Herausforderungen ergeben sich ggf., das Thema</p>	<ul style="list-style-type: none"> - AK - Gespräche mit Projektpartnern (ACMS, Kliniken, MINESANTE) - Gespräche mit operativer Abteilung (PM, TSV) 			

	<p>Familienplanung über einen privatwirtschaftlichen Ansatz zu adressieren? (z.B. Fehlanreize?)</p> <p>Wurden die verschiedenen Dimensionen des Kernproblems (Nachfrage vs. Angebot von FP-Dienstleistungen) jeweils ausreichend adressiert?</p> <p>Wurden die Anreize für alle Beteiligten (Franchise-Nehmer/-Geber, Patientinnen) richtig gesetzt?</p> <p>Wird die Zielgruppe durch die ProFam-Kliniken angesprochen hinsichtlich Preises und wie verhält es sich zu anderen Kliniken außerhalb des Netzwerks?</p> <p>Wie wird die finanzielle Nachhaltigkeit sichergestellt?</p>	
<p>Ist die Konzeption der Maßnahme hinreichend präzise und plausibel (Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit des Zielsystems sowie der dahinterliegenden Wirkungsannahmen)?</p>	<p>Welche Maßnahmen wurden durch das Vorhaben konkret umgesetzt? Fokus des Zielsystems auf FP, aber zum Teil auch weitere Maßnahmen (Nahrungsergänzungsmittel, Schwangerschaftskomplikationen etc.)?</p> <p>Welchen Anteil hatten diese „weiteren“ Maßnahmen am Gesamtprojekt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PV - AK - Ggf. Consultingberichte - Gespräche mit Projektpartnern (ACMS)
<p>Waren die gewählten Indikatoren und deren Wertbestückung in ihrer Gesamtheit angemessen (zur Beantwortung eine der folgenden Angaben auswählen: Indikatoren und Wertbestückung waren angemessen / teilweise angemessen / nicht angemessen)? Die Begründung erfolgt differenziert nach Indikatoren in Anlage 1. (FZ E spezifische Frage)</p>	<p>Indikatoren und Wertbestückung waren weitestgehend angemessen.</p>	
<p>Bitte Wirkungskette beschreiben, einschl. Begleitmaßnahmen, ggf. in Form</p>	<p>Der Social-Franchise Ansatz zielt darauf ab qualitativ hochwertige</p>	

<p>einer grafischen Darstellung. Ist diese plausibel? Sowie originäres und ggf. angepasstes Zielsystem unter Einbezug der Wirkungsebenen (Outcome- und Impact) nennen. Das (angepasste) Zielsystem kann auch grafisch dargestellt werden. (FZ E spezifische Frage)</p>	<p>Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu sozial verträglichen Preisen anzubieten. Durch diese verbesserte Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen (v.a. Familienplanung) und Sensibilisierungsmaßnahmen wird der Zugang zu modernen Verhütungsmethoden verbessert und die Nachfrage nach ihnen wird erhöht (Outcome). Dadurch gibt es weniger ungewollte (Risiko-)Schwangerschaften, wodurch die Gesundheitssituation von Müttern und Kindern verbessert und deren Sterblichkeitsrate gesenkt wird (Impact).</p>				
<p>Inwieweit ist die Konzeption der Maßnahme auf einen ganzheitlichen Ansatz nachhaltiger Entwicklung (Zusammenspiel der sozialen, ökologischen und ökonomischen Dimensionen der Nachhaltigkeit) hin angelegt?</p>	<p>-</p>				
<p>Bei Vorhaben im Rahmen von EZ-Programmen: ist die Maßnahme gemäß ihrer Konzeption geeignet, die Ziele des EZ-Programms zu erreichen? Inwiefern steht die Wirkungsebene des FZ-Moduls in einem sinnvollen Zusammenhang zum EZ-Programm (z.B. Outcome-Impact bzw. Output-Outcome)? (FZ E spezifische Frage)</p>	<p>Entfällt hier, da kein EZ-Programm.</p>				
<p>Bewertungsdimension: Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit</p>			<p>2</p>	<p>-</p>	<p>Keine wesentlichen Veränderungen, die Reaktionsfähigkeit erfordern hätten</p>
<p>Wurde die Maßnahme im Verlauf ihrer Umsetzung auf Grund von veränderten Rahmenbedingungen (Risiken und Potentiale) angepasst?</p>	<p>Haben sich das Umfeld bzw. die Rahmenbedingungen während der Projektlaufzeit verändert (z.B. Sicherheitslage)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - AK - Gespräche mit operativer Abteilung (PM, TSV) 			

Kohärenz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Interne Kohärenz (Arbeitsteilung und Synergien der deutschen EZ):			2	0	
Inwiefern ist die Maßnahme innerhalb der deutschen EZ komplementär und arbeitsteilig konzipiert (z.B. Einbindung in EZ-Programm, Länder-/Sektorstrategie)?	<p>Welche anderen Projekte im Bereich gibt es in Kamerun? Entstehen Synergien oder Dopplungen in manchen Bereichen?</p> <p>Was genau beinhaltet das GIZ-Vorhaben? Inwiefern fanden Abstimmungen statt / wurden Synergien genutzt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PV - AK - Gespräche mit operativer Abteilung (PM, TSV) - Gespräche mit Projektpartnern (ACMS) - Gespräche zu anderen Projekten (GIZ, KfW-Voucherprogramm) 			
Greifen die Instrumente der deutschen EZ im Rahmen der Maßnahme konzeptionell sinnvoll ineinander und werden Synergien genutzt?	Siehe oben.	Siehe oben.			
Ist die Maßnahme konsistent mit internationalen Normen und Standards, zu denen sich die deutsche EZ bekennt (z.B. Menschenrechte, Pariser Klimaabkommen etc.)?	Konsistenz mit Menschenrechtsaspekten durch verbesserten Zugang der Zielgruppe zu Gesundheitsdienstleistungen/FP.				
Bewertungsdimension: Externe Kohärenz (Komplementarität und Koordinationsleistung im Zusammenspiel mit Akteuren außerhalb der dt. EZ):					

<p>Inwieweit ergänzt und unterstützt die Maßnahme die Eigenanstrengungen des Partners (Subsidiaritätsprinzip)?</p>	<p>Wie wurde das Ministerium (MINSANTE) eingebunden? Gab es Eigenbeiträge zu den größtenteils staatlichen Kliniken im Vorhaben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PV - BV - AK
<p>Ist die Konzeption der Maßnahme sowie ihre Umsetzung mit den Aktivitäten anderer Geber abgestimmt?</p>	<p>Welche anderen Akteure sind im Bereich FP in Kamerun aktiv? Wie ist die Abstimmung? Gibt es Synergiepotentiale und wurden diese genutzt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PV - AK - BE (2019) - Gespräche mit operativer Abteilung (PM, TSV, LFK) - Gespräche mit anderen Gebern (z.B. UNFPA)
<p>Wurde die Konzeption der Maßnahme auf die Nutzung bestehender Systeme und Strukturen (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für die Umsetzung ihrer Aktivitäten hin angelegt und inwieweit werden diese genutzt?</p>	<p>Wurde die Konzeption der Maßnahme auf die Nutzung bestehender Strukturen und Systeme von anderen Partnern im Gesundheitsbereich genutzt? Wie funktioniert das nationale Verteilungssystem für Kontrazeptiva („fonds régionaux“) bzw. wie wurde es in der Projektumsetzung berücksichtigt? Inwiefern war die Einbindung des nationalen Verteilungssystems und die Zusammenarbeit mit UNFPA für den Erfolg des Vorhabens wichtig?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PV - AK - Gespräche mit Projektpartnern
<p>Werden gemeinsame Systeme (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für Monitoring/Evaluierung, Lernen und die Rechenschaftslegung genutzt?</p>	<p>-</p>	<p></p>

Effektivität

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Erreichung der (intendierten) Ziele			3	0	--
Wurden die (ggf. angepassten) Ziele der Maßnahme erreicht (inkl. PU-Maßnahmen)? Indikatoren-Tabelle: Vergleich Ist/Ziel	Abgleich Indikatoren: 1) Kontrazeptive Prävalenz 2) CYP --	- AK			
Bewertungsdimension: Beitrag zur Erreichung der Ziele:			3	0	--
Inwieweit wurden die Outputs der Maßnahme wie geplant (bzw. wie an neue Entwicklungen angepasst) erbracht? (Lern-/Hilfsfrage)	Gab es in der Erbringung der Outputs Anpassungen?				
Werden die erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten genutzt?	Werden die Kliniken und FP-Dienste (weiterhin) genutzt? Ist die Zielgruppe tatsächlich besser über das Thema Familienplanung informiert und nutzt das Beratungsangebot ausreichend?	- Gespräche mit Projektpartnern (Kliniken) - Patientenstatistiken einzelner Kliniken			
Inwieweit ist der gleiche Zugang zu erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten (z.B. diskriminierungsfrei, physisch erreichbar, finanziell erschwinglich, qualitativ, sozial und kulturell annehmbar) gewährleistet?	Erreichbarkeit? Preisgestaltung?	- AK			
Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele beigetragen?	Ist die Erhöhung der kontrazeptiven Prävalenz in den Projektregionen auf	- Gespräche mit Klinikpersonal zur Projektumsetzung			

	<p>die Projektmaßnahmen zurückzuführen?</p> <p>Wie hat sich die kontrazeptive Prävalenz im gleichen Zeitraum im restlichen Land entwickelt?</p> <p>Gab es ggf. Entwicklungen, die unabhängig vom Vorhaben zu einer Verbesserung der Situation beigetragen haben?</p>	
Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?	-	
Hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler beteiligter und betroffener Gruppen (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), beigetragen?	s.o. (entlegene Gebiete) → mobile Kliniken)	
Gab es Maßnahmen, die Genderwirkungspotenziale gezielt adressiert haben (z.B. durch Beteiligung von Frauen in Projektgremien, Wasserkomitees, Einsatz von Sozialarbeiterinnen für Frauen, etc.)? (FZ E spezifische Frage)	s.o. (Gesamtausrichtung des Vorhabens genderwirksam)	
Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	<p>Wie genau funktioniert das Social-Franchise-System von ProFam? Rolle und Verantwortlichkeiten der verschiedenen Beteiligten (Träger, Franchise-Geber, Kliniken etc.)?</p> <p>Inwiefern hat der neuartige Franchise-Ansatz durch das starke Interesse der Beteiligten zur erfolgreichen Umsetzung beigetragen?</p> <p>Wie bedeutend war der systematische Qualitätsmanagement-Ansatz?</p>	- Gespräche mit Projektpartnern (ACMS, Kliniken)

Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme (auch unter Berücksichtigung der vorab antizipierten Risiken)? <i>(Lern-/Hilfsfrage)</i>	Welche externen Faktoren haben besonders zum Erfolg des Projekts beigetragen?	- Gespräche mit Projektpartnern (ACMS, Kliniken)			
Bewertungsdimension: Qualität der Implementierung			2	0	
Wie ist die Qualität der Steuerung und Implementierung der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung zu bewerten?	Wie ist die Qualität von Steuerung/Implementierung durch ACMS zu bewerten? Welche Rolle hatte PSI? Und das Gesundheitsministerium?				
Wie ist die Qualität der Steuerung, Implementierung und Beteiligung an der Maßnahme durch die Partner/Träger zu bewerten?	-				
Wurden Gender Ergebnisse und auch relevante Risiken im/ durch das Projekt (genderbasierte Gewalt, z.B. im Kontext von Infrastruktur oder Empowerment-Vorhaben) während der Implementierung regelmäßig gemonitort oder anderweitig berücksichtigt? Wurden entsprechende Maßnahmen (z.B. im Rahmen einer BM) zeitgemäß umgesetzt? (FZ E spezifische Frage)	-				
Bewertungsdimension: Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)			2	-	Keine Hinweise auf nicht-intendierte Wirkungen
Sind nicht-intendierte positive/negative direkte Wirkungen (sozial, ökonomisch, ökologisch sowie ggf. bei vulnerablen Gruppen als Betroffene) feststellbar (oder absehbar)?	Hatte die Förderung von FP-Dienstleistungen und der Aufbau eines Franchise-Kliniknetzwerks positive oder negative Nebeneffekte (s. Spalte „vorliegende Informationen“)?	- Gespräche mit Klinikvertretern und ACMS			

Welche Potentiale/Risiken ergeben sich aus den positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen und wie sind diese zu bewerten?	-	
Wie hat die Maßnahme auf Potentiale/Risiken der positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen reagiert?	-	

Effizienz

Evalierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / 0 / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Produktionseffizienz			2	0	
Wie verteilen sich die Inputs (finanziellen und materiellen Ressourcen) der Maßnahme (z.B. nach Instrumenten, Sektoren, Teilmaßnahmen, auch unter Berücksichtigung der Kostenbeiträge der Partner/Träger/andere Beteiligte und Betroffene, etc.)? (Lern- und Hilfsfrage)	Wie viel haben die einzelnen Inputs gekostet (Consultant, lokales Personal, Unterhaltskosten, Betriebsanschaffungen, Ware, Social Marketing & Ausbildung, Frais)?	- AK			
Inwieweit wurden die Inputs der Maßnahme im Verhältnis zu den erbrachten Outputs (Produkte, Investitionsgüter und Dienstleistungen) sparsam eingesetzt (wenn möglich im Vergleich zu Daten aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)? Z.B. Vergleich spezifischer Kosten.	Ist der Kostenanteil für die Verwaltung, Betrieb, Personal im Vergleich zu den Outputs angemessen?				
Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten die Outputs der Maßnahme durch einen alternativen Einsatz von Inputs erhöht werden können (wenn möglich im Vergleich zu Daten	-				

aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)?				
Wurden die Outputs rechtzeitig und im vorgesehenen Zeitraum erstellt?	Wurden die Outputs rechtzeitig und im vorgesehenen Zeitraum erstellt?	- AK		
Waren die Koordinations- und Managementkosten angemessen? (z.B. Kostenanteil des Implementierungsconsultants)? (FZ E spezifische Frage)	Waren die Verwaltungskosten (Durchführungsconsultant etc.) angemessen? Anteil am Gesamtbudget? Vergleichswerte?	- AK		
Sonstige Evaluierungsfrage 1	In welchem Umfang wurden durch den Verkauf von Kontrazeptiva Eigeneinnahmen generiert? Wie wurden diese Eigeneinnahmen reinvestiert? Kostendeckungsgrad durch Eigeneinnahmen?	- AK		
Bewertungsdimension: Allokationseffizienz			2	0
Auf welchen anderen Wegen und zu welchen Kosten hätten die erzielten Wirkungen (Outcome/Impact) erreicht werden können? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Andere Ansätze (anstelle von Social Franchise) zur Förderung von Familienplanung?			
Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – die erreichten Wirkungen kostenschonender erzielt werden können?				
Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – mit den vorhandenen Ressourcen die positiven Wirkungen erhöht werden können?				

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen			3	0	
Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Sind Änderungen in der Mutter-Kind-Gesundheit in den Projektregionen feststellbar? Gab es Änderungen in der Mütter- und Kindersterblichkeit? Wie hat sich die Mütter-/Kindersterblichkeit im nationalen Vergleich entwickelt?	- EDSC 2011 & 2018			
Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen (sozial, ökonomisch, ökologisch und deren Wechselwirkungen) auf Ebene der intendierten Begünstigten feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)					
Inwieweit sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Die oben beschriebenen entwicklungspolitischen Veränderungen sind bereits auf die vulnerable Zielgruppe der Frauen und Mädchen ausgerichtet.				
Bewertungsdimension: Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen			3	0	--
In welchem Umfang hat die Maßnahme zu den festgestellten bzw. absehbaren übergeordneten					

<p>entwicklungspolitischen Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, tatsächlich beigetragen?</p>		
<p>Inwieweit hat die Maßnahme ihre intendierten (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele erreicht? D.h. sind die Projektwirkungen nicht nur auf der Outcome-Ebene, sondern auch auf der Impact-Ebene hinreichend spürbar? (z.B. Trinkwasserversorgung/Gesundheitswirkungen)</p>	<p>Gab es eine signifikante Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit in Kamerun?</p>	
<p>Hat die Maßnahme zur Erreichung ihrer (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?</p>	<p>s.o.</p>	
<p>Hat die Maßnahme zu übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen bzw. Veränderungen von Lebenslagen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, beigetragen?</p>	<p>s.o.</p>	
<p>Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)</p>	<p>Es wurden keine Zielwerte für die Veränderung der Mütter- und Kindersterblichkeit im Vorhinein festgelegt.</p>	
<p>Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)</p>	<p>-</p>	

<p>Entfaltet das Vorhaben Breitenwirksamkeit?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inwieweit hat die Maßnahme zu strukturellen oder institutionellen Veränderungen geführt (z.B. bei Organisationen, Systemen und Regelwerken)? (Strukturbildung) - War die Maßnahme modellhaft und/oder breitenwirksam und ist es replizierbar? (Modellcharakter) 	<p>Hat das Vorhaben breitenwirksame Veränderungen im kamerunischen Gesundheitssystem bewirkt?</p> <p>Nachhaltige Verankerung des Franchise Ansatzes? Nachahmer?</p>				
<p>Wie wäre die Entwicklung ohne die Maßnahme verlaufen? (entwicklungspolitische Additionalität)</p>	<p>Wie haben sich die Kliniken in den Projektregionen, die nicht Teil des Programms waren, entwickelt? Gab es dort ebenfalls Qualitätssteigerungen?</p>				
<p>Bewertungsdimension: Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen</p>			2	-	Keine Hinweise auf nicht-intendierte Wirkungen
<p>Inwieweit sind übergeordnete nicht-intendierte entwicklungspolitische Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität) feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)?</p>	<p>Haben der Aufbau des Franchise-Netzwerks und die Sensibilisierungsmaßnahmen zusätzliche über die Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit hinausgehende Wirkungen erzielt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gespräche mit Projektpartnern (ACMS, Kliniken) 			
<p>Hat die Maßnahme feststellbar bzw. absehbar zu nicht-intendierten (positiven und/oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen beigetragen?</p>	<p>s.o.</p>				
<p>Hat die Maßnahme feststellbar (bzw. absehbar) zu nicht-intendierten (positiven oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen auf der Ebene besonders</p>	<p>Gab es weitere entwicklungspolitische Wirkungen durch das Vorhaben von denen Frauen, Kinder oder weitere vulnerable Gruppen profitieren oder leiden?</p>				

benachteiligter bzw. vulnerabler Gruppen (innerhalb oder außerhalb der Zielgruppe) beigetragen (Do 200h arm, z.B. keine Verstärkung von Ungleichheit (Gender/ Ethnie, etc.)?		
--	--	--

Nachhaltigkeit

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			4	0	
Sind die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit (nach Beendigung der Förderung) zu erhalten?	Haben die Durchführungsorganisationen, die Kliniken und das kamerunische Gesundheitsministerium die Kapazitäten, um die Aktivitäten nach Projektende fortzusetzen? Kann die verbesserte kontrazeptive Prävalenz und die Sensibilisierung zum Thema Familienplanung auch in Zukunft aufrechterhalten werden? Wer zahlt für die Instandhaltung und Neubeschaffung der medizinischen Ausstattung in den Kliniken?	<ul style="list-style-type: none"> - Aktuelle Daten zu Outcome-Indikatoren - Gespräche mit Projektpartnern (v.a. Kliniken) 			
Inwieweit weisen Zielgruppe, Träger und Partner eine Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber zukünftigen Risiken auf, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten?	Sind die geschaffenen Strukturen in Kamerun resilient gegenüber möglichen zukünftigen Risiken? Welche Risiken könnten auf das Projekt zukommen? Welche Auswirkungen hatte die COVID-Pandemie auf den	<ul style="list-style-type: none"> - Gespräche mit Projektpartnern 			

	Gesundheitssektor in Kamerun und das Themenfeld FP?				
Bewertungsdimension: Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten:			4	0	
Hat die Maßnahme dazu beigetragen, dass die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) sind die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit zu erhalten und ggf. negative Wirkungen einzudämmen?	Wurde die Kapazität der Projektbeteiligten im Verlauf des Projekts gestärkt, so dass sie in der Lage sind, das Klinik-Netzwerk sowie die Sensibilisierung der Bevölkerung besser durchzuführen und die verbesserte kontrazeptive Prävalenz aufrecht zu erhalten?	- Gespräche mit Projektpartnern			
Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Zielgruppe, Träger und Partner, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?					
Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) besonders benachteiligter Gruppen, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?					
Bewertungsdimension: Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit			4	0	
Wie stabil ist der Kontext der Maßnahme) (z.B. soziale Gerechtigkeit, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, politische Stabilität, ökologisches Gleichgewicht) (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Wie stabil ist das politische Umfeld in Kamerun? Wird die Familienplanung auch in zukünftigen Plänen der Regierung enthalten sein?	- Gesundheitssektorstrategie			

<p>Inwieweit wird die Dauerhaftigkeit der positiven Wirkungen der Maßnahme durch den Kontext beeinflusst? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)</p>	<p>Wie hängen die Wirkungen der Maßnahme von den politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ab?</p>	<p>Gespräche mit Projektpartnern</p>
<p>Inwieweit sind die positiven und ggf. negativen Wirkungen der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen?</p>		