

Ex-post-Evaluierung KV-Programm zur Entwicklung des Gesundheitssektors, Kenia



Titel	KV-Programm zur Entwicklung des Gesundheitssektors (Reproduktive Gesundheit HIV/AIDS-Bekämpfung)		
Sektor und CRS-Schlüssel	Reproduktive Gesundheit (CRS-Code: 1302000)		
Projektnummer	2004 65 245		
Auftraggeber	BMZ		
Empfänger/ Projektträger	Ministry of Health, vormalis Ministry of Health and Sanitation		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	7,5 Mio. EUR (Haushaltsmittel)		
Projektlaufzeit	22.09.2006 bis 14.06.2018		
Berichtsjahr	2022	Stichprobenjahr	2019

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

Das Ziel auf Outcome-Ebene war die Steigerung der Nachfrage und Nutzung von Familienplanungsdiensten durch die gesamte sexuell aktive und von Armut betroffene Bevölkerung im reproduktiven Alter sowie die Leistung eines Beitrags zum Abbau geschlechts-spezifischer Benachteiligungen. Auf Impact-Ebene war das Ziel, einen strukturellen Beitrag zur Reduzierung der Säuglings-/Kinder- und Müttersterblichkeit sowie zur Bekämpfung von HIV/AIDS zu leisten.

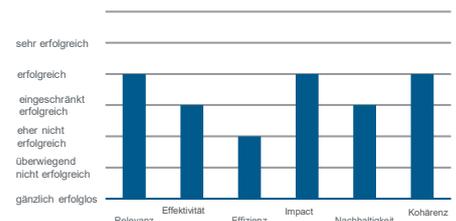
Zur Zielerreichung dienten die Bereitstellung moderner und bedarfsgerechter Kontrazeptiva sowie auf Verhaltensänderung ausgerichtete Aufklärungs- und Beratungsaktivitäten. Darüber hinaus sollten vorbereitende Arbeiten zur Teilnahme an der Gestaltung und Umsetzung der Sektorpolitik im Rahmen eines sektorweiten Ansatzes (SWAp) getätigt werden. Es zeigte sich jedoch, dass der Gesundheitssektor in Kenia nicht für die Beteiligung an einem SWAp bereit war, da der Partner die dafür erforderlichen Führungs- und Koordinierungsaufgaben nicht wahrnahm. Daher entschieden sich die Entwicklungspartner inklusive deutscher EZ, sich nicht an einem SWAp zu beteiligen.

Wichtige Ergebnisse

Das Vorhaben wird insgesamt als „eingeschränkt erfolgreich“ bewertet. Die ausschlaggebenden Gründe lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Effizienz des Vorhabens wurde insbesondere durch die enorme zeitliche Verzögerung und den dadurch bedingten großen Abstand zwischen den Komponenten sowie der Umsetzung nicht adäquater vorbereitender Arbeiten zur Implementierung des SWAp eingeschränkt.
- Die Nachhaltigkeit des Vorhabens ist aufgrund der starken Geberabhängigkeit bei der Bereitstellung von Kontrazeptiva sowie der abrupten Einstellung der Informations- und Verhaltensänderungskampagne ohne Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierungsbereitschaft durch den Partner gefährdet.
- Das Fehlen von Frühwarnindikatoren zur Erkennung der mangelnden Wahrnehmung von Koordinierungs- und Führungsaufgaben des Partners hatte zur Folge, dass nicht zeitnah, flexibel und effizient auf veränderte Rahmenbedingungen reagiert werden konnte.

Gesamtbewertung: eingeschränkt erfolgreich



Schlussfolgerungen

- Die gesellschaftliche Stellung von Frauen bleibt kritischer Erfolgsfaktor für die entwicklungspolitische Wirksamkeit.
- Ausreichende und belastbare Kapazitäten beim Partner und sein Umsetzungswille sind essenziell für die Umsetzung anspruchsvoller Komponenten.
- Durch den Einsatz des Direktzahlungsverfahrens hätte die Effizienz des Vorhabens erhöht werden können.
- Die digitale Verhaltensänderungskampagne ist auf ähnliche Regionen und Zielgruppen übertragbar. Um einen nachhaltigen Erfolg zu sichern, sollte die Umsetzung an die Fortführung durch den Partner geknüpft werden.

Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 3

Teilnoten:

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

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Das hier evaluierte Vorhaben (BMZ 2004 65 245) ist eine Fortführung und konzeptionelle Weiterentwicklung der drei vorangegangenen FZ-Vorhaben Familienplanung I, II und III und sollte drei Komponenten fördern: (1) Bereitstellung moderner und bedarfsgerechter Kontrazeptiva sowohl über den öffentlichen wie auch über den privaten Sektor, (2) zielgruppenspezifische Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen zur besseren Nutzung von Diensten der reproduktiven Gesundheit sowie zur Erhöhung der Nachfrage von Verhütungsmitteln sowie (3) vorbereitende Arbeiten zur Teilnahme an der Gestaltung und Umsetzung der Sektorpolitik im Rahmen des Sector-Wide Approach (SWAp). Die Komponente (1) wird durch die FZ-Vorhaben (BMZ 2007 65 131 und BMZ 2010 66 943) fortgeführt, welche ebenfalls die soziale Vermarktung klinischer Familienplanung (Social Franchising) aus dem Vorhaben Familienplanung III weiterführen. Dieser Ansatz trägt auch dazu bei, falsche Auffassungen der Zielgruppe in Bezug auf moderne Verhütungsmethoden zu reduzieren und die Bereitschaft einer kontinuierlichen Familienplanung zu erhöhen, und unterstützt somit Komponente (2) des zu evaluierenden Vorhabens (BMZ 2004 65 245). Die Folgevorhaben (BMZ 2007 65131 und BMZ 2010 66 943) werden bei der Evaluierung inhaltlich berücksichtigt. Familienplanung I wurde bereits evaluiert und mit einer Gesamtnote 3 als noch zufriedenstellend bewertet¹.

Aufschlüsselung der Gesamtkosten

Für das Vorhaben wurden Haushaltsmittel in Höhe von 7,5 Mio. EUR bereitgestellt. Der Eigenbetrag der kenianischen Seite betrug 0,9 Mio. EUR.

		2004 65 245 (Plan)	2004 65 245 (Ist)
Investitionskosten	Mio. EUR	8,40	8,40
Eigenbeitrag	Mio. EUR	0,90	0,90
Finanzierung	Mio. EUR	7,50	7,50
davon BMZ-Mittel	Mio. EUR	7,50	7,50

Relevanz

Zum Zeitpunkt der Projektprüfung (PP) im Jahr 2005 war die Lage im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRG) in Kenia in hohem Maße unbefriedigend und besorgniserregend. Kenia gehörte zu den Ländern mit den schlechtesten gesundheitlichen Schlüsselindikatoren²: Müttersterblichkeit (590 je 100.000 Lebendgeburten) sowie Säuglings- und Kindersterblichkeit (114 und 76 pro 1.000) Lebend-

¹ Zu Familienplanung II und III siehe Kapitel Kohärenz.

² Die Säuglingssterblichkeit in Kenia befindet sich auf Rang 149 von 196.

geburten. Die HIV/AIDS-Prävalenzrate war zwar rückläufig; mit 6,7 % war sie jedoch nach wie vor die siebthöchste weltweit.³

Rund 90 % der Gesamtbevölkerung hatte keinen Zugang zu adäquater Versorgung mit Leistungen zur Aufrechterhaltung oder Verbesserung ihrer SRG. Vorrangig waren hiervon 8,6 Mio. Frauen (26 % der Gesamtbevölkerung (2005)) im reproduktiven Alter (15 bis 49 Jahre) betroffen. Bei einem durchschnittlichen Bevölkerungswachstum von 2,4 % wurde ihr Wachstumsanteil an der Gesamtbevölkerung bis 2015 auf 10,5 Mio. prognostiziert; Kenias Bevölkerung zählte zu den am schnellsten wachsenden in Afrika.

Die Geburtenzahl pro Frau (Fertilitätsrate) war seit Einführung des Familienplanungsprogramms im Jahr 1968 kontinuierlich gesunken (von durchschnittlich 8,1 Geburten im Jahr 1977 auf 4,7 Geburten im Jahr 1998). Dieser Trend stagnierte vorrangig bei sozial benachteiligten Anwenderinnen von Kontrazeptiva nach der Jahrtausendwende⁴ und stieg auf durchschnittlich 4,8 Geburten im Jahr 2003 an. Der durchschnittliche Kinderwunsch der kenianischen Frauen lag bei 3,9 Kindern und damit unter der Fertilitätsrate, was auf einen ungedeckten Bedarf an Familienplanungsmethoden hinwies. Nur etwa die Hälfte der Frauen war an Entscheidungen beteiligt, die ihre eigene Gesundheitsversorgung betreffen. Rund 78 % der frisch verheirateten Frauen sprachen sich für einen größeren Abstand zwischen den Geburten oder gegen einen Kinderwunsch aus. Insgesamt waren rund 20 % der Geburten unerwünscht und 25 % erst zu einem späteren Zeitpunkt geplant.

Die kontrazeptive Prävalenz bei modernen Methoden⁵ lag im Jahr der PP, 2005, bei rund 39 % unter verheirateten Frauen und unterschied sich drastisch zwischen Einkommensgruppen, Schulbildung sowie nach Stadt/Land. Rund 53 % aller Frauen nahmen für SRG öffentliche Leistungsanbieter in Anspruch, während 41 % private Anbieter aufsuchten. Dabei kam es landesweit und/oder überregional immer wieder zu Mangelsituationen bei der Versorgung mit modernen Kontrazeptiva durch das öffentliche Gesundheitswesen und es war zu diesem Zeitpunkt absehbar, dass verfügbare Bestände nur noch bis März 2006 reichen. Hohe Abbruchquoten bei den Anwenderinnen wiesen zudem auf einen deutlichen Bedarf an verbesserter Information und Beratung, um Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen Kinderanzahl, Gesundheitszustand, Armutssituation im Haushalt und reproduktive Rechte zu vermitteln. Die Unzufriedenheit der Frauen mit den Leistungen im Bereich Familienplanung lag bei 24 %.

Die zugrundeliegende Wirkungskette für das Projekt ist auch aus heutiger Sicht nachvollziehbar:

Durch (1) zielgruppenspezifische Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen zur besseren Nutzung von Diensten der reproduktiven Gesundheit sowie zur Erhöhung der Nachfrage von Verhütungsmitteln und (2) die Bereitstellung moderner und bedarfsgerechter Kontrazeptiva über den öffentlichen als auch privaten Sektor wird die Nutzung von Familienplanungsdiensten durch die gesamte sexuell aktive und von Armut betroffene Bevölkerung im reproduktiven Alter (Zielgruppe) gesteigert als auch ein Beitrag zum Abbau geschlechtsspezifischer Benachteiligungen geleistet (Outcome). Es erscheint plausibel, dass die Steigerung der Nutzung moderner Familienplanungsmethoden zum einen zur Reduktion der Fertilitätsrate und damit zur Vermeidung von Todesfällen und Erkrankungen von Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaften und Geburten als auch zum anderen zur Verringerung von ungewollten Schwangerschaften und Risikogeburten und damit zur Reduzierung der Säuglings- bzw. Kindersterblichkeit beiträgt. Ebenfalls ist es plausibel anzunehmen, dass eine Änderung des Sexualverhaltens, mit Blick auf den angestrebten Anstieg des geschützten Geschlechtsverkehrs, einen Beitrag zur Bekämpfung von HIV/AIDS leistet. Die Beiträge zur Gesundheitssektorreform durch Unterstützung des geplanten SWAp unterstützen den Gesamtrahmen, in dem sich das Vorhaben bewegt.

Die Maßnahmen orientierten sich an den developmentpolitischen Bedürfnissen der Zielgruppe (wie oben beschrieben), welche die gesamte sexuell aktive und von Armut betroffene Bevölkerung im reproduktiven Alter, insbesondere Frauen und Mädchen sowie Jugendliche, Mütter und Kinder, umfasst.

³ Die Schlüsselindikatoren beruhen auf Daten der Weltbank, 2022, <https://data.worldbank.org>.

⁴ Insgesamt ergeben sich mehrere Erklärungen für diese Stagnation. Die politischen Unruhen und folgende ökonomische Schwierigkeiten Kenias in den 1990er Jahren sowie die daraus resultierenden Bildungslücken werden oft als Grund für die Stagnation der Geburtenraten in den 2000er Jahren angegeben (Kebede et al. (2019): Stalls in Africa's fertility decline partly result from disruptions in female education, Proceedings of the National Academy of Sciences).

⁵ Als moderne Methoden definiert sind Kondome, die Anti-Baby-Pille, Dreimonatsspritzen, die Spirale und Hormonimplantate.

Der Projektansatz entsprach den zum Zeitpunkt der Konzeption des Projekts gültigen deutschen und internationalen entwicklungspolitischen Prioritäten, die ihren Ausdruck in MDG 4 (Verringerung der Kindersterblichkeit), MDG 5 (Verbesserung der Müttergesundheit) und MDG 6 (Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten) fanden.

Aus heutiger Sicht ist das Vorhaben weiterhin relevant und hat den Erwartungen entsprochen.

Relevanz Teilnote: 2

Kohärenz

Das Vorhaben weist eine hohe interne Kohärenz auf, da es sich um die konzeptionelle Weiterentwicklung der laufenden deutschen Unterstützung im Subsektor Reproduktive Gesundheit handelt. Sie umfasste in der Vergangenheit die FZ-finanzierten Programme unter anderem zur Lieferung von Kontrazeptiva, Beschaffung sowie eines Social-Franchising Ansatzes (Family Planning I – III; BMZ-Nummern 1995 66 597; 1999 65 955 und 2000 65 664). Ebenfalls im Sektor angesiedelt ist das Kooperationsvorhaben (KV) „Entwicklung des Gesundheitssektors“ zur Subvention definierter SRG Leistungen (BMZ-Nr. 2002 66 338). Konkrete Synergieeffekte ergeben sich im Subsektor SRG durch die Verzahnung der FZ- und TZ-Komponenten. Beispielsweise war eine intensive TZ-Unterstützung des SWAp geplant, welche jedoch aufgrund der geänderten Projektabläufe nicht vollkommen umgesetzt werden konnte.

Einen wichtigen Beitrag dazu sehen wir in der mit dem MoH (Ministry of Health) vereinbarten gemeinsamen Vertretung der deutschen EZ-Vorhaben in einem regelmäßig tagenden Steering-Committee unter der Leitung des Staatssekretärs im MoH. Insgesamt ist das Vorhaben sinnvoll in die deutsche EZ mit Kenia eingebettet und konsistent mit anderen Maßnahmen und Grundsätzen der deutschen EZ. Die Maßnahmen stimmten mit den Prioritäten der Partnerregierung unter dem zweiten National Health Sector Strategic Plan (NHSSP II) für die Periode 2005 bis 2010 überein. Der NHSSP ist integraler Bestandteil der nationalen Armutsbekämpfungsstrategie (Economic Recovery Strategy for Wealth and Employment Creation (ERSWEC)) und bildet die Grundlage für die mittelfristige Finanzplanung, die vom Finanzministerium erstellt wird. Darüber hinaus orientierte sich das Modul an der Strategie zur Förderung der reproduktiven Gesundheit, National Reproductive Health Strategy (NRHS) des kenianischen Gesundheitsministeriums.

Die Konzeption der Maßnahme ist im Sinne der externen Kohärenz im Einklang mit den Aktivitäten anderer Geber, hauptsächlich USAID und DFID, im Bereich reproduktive Gesundheit. Insbesondere ist hier auf das "DELIVER"-Vorhaben von USAID zu verweisen, welches die staatliche Medikamentenbeschaffungs- und -verteilungsagentur Kenya Medical Supply Agency (KEMSA) in Fragen der Beschaffung, Lagerung und Verteilung von Medikamenten unterstützt. Zudem konnte beispielsweise die weitere Finanzierung der Kontrazeptiva abgestimmt und erreicht werden.

Im Sinne der Eigenanstrengungen des Partners ist das Vorhaben gut in die Nationale Strategie zur reproduktiven Gesundheit eingebettet und orientiert sich an Aktivitäten des MoH. Wie bereits erwähnt stimmten die Maßnahmen mit den Prioritäten der Partnerregierung unter dem National Health Sector Strategic Plan II (NHSSP II) für die Periode 2005 bis 2010 überein.

Aus heutiger Sicht wäre die interne Kohärenz nicht mehr gegeben, da die deutsche EZ aus dem Gesundheitsschwerpunkt aussteigt.

Insgesamt entspricht die Kohärenz des Vorhabens den Erwartungen.

Kohärenz Teilnote: 2

Effektivität

Das Ziel auf Outcome-Ebene war die Steigerung der Nachfrage und Nutzung von Familienplanungsdiensten durch die gesamte sexuell aktive und von Armut betroffene Bevölkerung im reproduktiven Alter (Zielgruppe) sowie die Leistung eines Beitrags zum Abbau geschlechtsspezifischer Benachteiligungen. Zudem waren Beiträge der deutschen EZ zur Gesundheitsstrukturreform durch Unterstützung des SWAp geplant.

Die drei Komponenten des Vorhabens waren (1) die Bereitstellung moderner und bedarfsgerechter Kontrazeptiva, (2) zielgruppenspezifische Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen sowie (3) vorbereitende Arbeiten zur Teilnahme an der Gestaltung und Umsetzung der Sektorpolitik im Rahmen des SWAp.

Die erste Komponente deckte einen Großteil des Finanzvolumens ab und umfasste die Beschaffung sowie Verteilung moderner Kontrazeptiva durch KEMSA.

Mit der zweiten Komponente wurden zwei Informations- und Verhaltensänderungskampagnen durchgeführt. Eine erste Kampagne wurde im Jahr 2012 mit gedruckten Aufklärungsmaterialien umgesetzt. Nachdem der hierzu eingesetzte Dispositionsfond im Jahr 2014 geschlossen wurde, wurde von September 2020 bis April 2021 eine zweite, digitale Kampagne im Einklang mit den Covid-19 Regulationen durchgeführt. Die landesweite Informations- und Verhaltensänderungskampagne Tujulishane (Deutsch: Lasst uns einander erziehen) wurde zunächst durch Tests mit potenziellen Zielgruppen entwickelt. Schwerpunkte der Kampagne im Einklang mit den COVID-19 Richtlinien waren: reproduktive Gesundheit und Müttergesundheit, sexuelle und geschlechtsspezifische Gewalt, sexuelle und reproduktive Gesundheit bei Jugendlichen sowie Familienplanung. Zielgruppe waren Frauen im reproduktiven Alter, junge Menschen von 10 - 24 Jahren, Männer als Partner von Frauen im reproduktiven Alter und Gesundheitsdienstleister in allen 47 Counties Kenias. Der Fokus lag hierbei auf der Informationsverbreitung durch Influencerinnen und Influencer und Mainstreammedien sowie der Einrichtung eines Contact Centers mit gebührenfreier Rufnummer. Die Kampagne wurde im April 2021 beendet und das Contact Center geschlossen.

Da langfristig der Gesundheitssektor nicht aus nationalen Mitteln finanziert werden kann, war es ursprüngliches Ziel, mittels eines SWAp (Komponente drei) die Diskrepanz zwischen den wirtschaftlichen Möglichkeiten Kenias und den angebotenen Gesundheitsdienstleistungen nachhaltig zu minimieren. Dabei ging es nicht primär um den Ausbau des Gesundheitssektors, sondern um die langfristige Verbesserung aller Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen koordinierter Maßnahmen die verfügbaren Eigen- und Gebermittel effizienter einzusetzen. Dabei sollte die Nachhaltigkeit durch erhöhte Effektivität und Effizienz des Mitteleinsatzes verbessert und das MoH in seiner Funktion als Regulator gestärkt werden. Die dritte Komponente konnte jedoch nicht wie geplant umgesetzt werden, weil die dafür erforderlichen Führungs- und Koordinierungsaufgaben seitens der kenianischen Partner nicht realisiert werden konnten. Die Entwicklungspartner einschließlich der deutschen EZ entschieden sich, sich nicht am SWAp zu beteiligen.

Zur Messung der Zielerreichung auf Outcome-Ebene wurden im Rahmen der Evaluierung folgende Indikatoren herangezogen: (1) kontrazeptive Prävalenzrate, (2) ungedeckter Bedarf an Familienplanung, (3) Erstgebärende im Alter 15 bis 19 und (4) Angebot kurzfristig wirkender Verhütungsmittel.

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
(1) Kontrazeptive Prävalenzrate	<p>Verheiratete Frauen: -alle Methoden⁶ 39 % (2003), 62 % (2010) -moderne Methoden⁷ 32 % (2003)</p> <p>Alle Frauen: -alle Methoden⁸ 28,4 % (2003) -moderne Methoden (keine Daten vorhanden)</p>	<p>Verheiratete Frauen: -alle Methoden⁵ 65 % (2020) -moderne Methoden⁶ 61 % (2020)</p> <p>Alle Frauen: -alle Methoden 45,7 % (2019)⁹ -moderne Methoden⁹ 44,9 % (2021)</p>

⁶ <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONU.ZS?locations=KE>

⁷ <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONM.ZS?locations=KE>

⁸ Kenya Demographic and Health Survey (2003), <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr151/fr151.pdf>

⁹ Kenya Family Planning, <http://www.track20.org/ext/countryData.php?code=kenya>

(2) Ungedeckter Bedarf für Familienplanung sinkt unter verheirateten Frauen	24,5 % (2003) ⁷ , 6 % (2010) "Unmet need for limiting birth": 10,1 % (2003) ⁷ "Unmet need for spacing birth": 14,4 % (2003) ⁷	15,0 % (2019) ¹⁰ "Unmet need for limiting birth": 6,7 % (2019) ⁹ "Unmet need for spacing birth": 8,3 % (2019) ⁹
(3) Anteil der Erstgebärenden im Alter zwischen 15 und 19 Jahren	23 % (2003), 10 % (2010)	7,5 % (2015 - 2020) ¹¹
(4) Der Anteil der Gesundheitseinrichtungen, in denen das gesamte Spektrum kurzfristig wirkender Verhütungsmittel angeboten wird, steigt	73 % (2004); 80 % (2010)	89 % (2018) ¹²

Indikator 1: Die kontrazeptive Prävalenzrate (alle Methoden) für verheiratete Frauen konnte zwischen 2005 und 2014 von 39,3 % auf 58,0 % statt auf die geplanten 62,0 % erhöht werden. Der Zielwert wurde erstmalig im Jahr 2015 (64,7 %) erreicht und verbesserte sich nach einem Absinken erneut (65,1 %; 2020). Hinsichtlich der Anwendung moderner Methoden lag die kontrazeptive Prävalenzrate für verheiratete Frauen im Jahr 2014 bei 53,4 %, stieg bis 2015 auf 62,4 % und betrug im Jahr 2020 61,2 %.

Während die kontrazeptive Prävalenzrate (alle Methoden) unter allen Frauen im Jahr 2003 noch bei 28 % lag, konnte diese bis zum Jahr 2019 auf 46 % gesteigert werden.

Dreimonatsspritzen (DMPA) sowie hormonelle Verhütungsstäbchen (Hormonimplantate) wurden vorrangig angeboten und wurden sowohl bei verheirateten als auch bei unverheirateten Frauen nachgefragt. Die Anti-Baby-Pille nahm bei verheirateten Anwenderinnen und Kondome durch den männlichen Partner bei unverheirateten Anwenderinnen den dritten Platz ein¹³. Der Mix an modernen Kontrazeptiva spiegelt sich in der Auswahl der unter dem Vorhaben beschafften Kontrazeptiva (DMPA, Hormonimplantate, Anti-Baby-Pille) wider. Somit wurde eine individuelle Auswahl, die sich an den Prioritäten der Frau hinsichtlich Effektivität und Zykluskontrolle, den Nebenwirkungen und Risiken sowie möglichen therapeutischen, beziehungsweise präventiven Zielen orientiert, ermöglicht.

Im Vergleich zu den Nachbarländern¹⁴ konnten in Kenia bisher hohe Prävalenzraten erzielt werden. Dass sich die kontrazeptive Prävalenz nicht weiter erhöhte, ist den anhaltenden Schwierigkeiten bei der Versorgung und dem Fehlen einer von Gebern unabhängigen Finanzierung für bedarfsgerechte und moderne Kontrazeptiva Kenias geschuldet.

Indikator 2: Der ungedeckte Bedarf an Familienplanung gibt Aufschluss darüber, inwieweit Frauen in der Lage sind, die von ihnen gewünschte Familiengröße und den Abstand zwischen den Geburten zu erreichen bzw. weist auf die Kluft zwischen den reproduktiven Absichten der Frauen und ihrem Verhütungsverhalten hin. Er gibt auch Aufschluss über den Erfolg von Programmen der reproduktiven Gesundheit hinsichtlich der Befriedigung der Nachfrage nach Dienstleistungen. Der Indikator ergänzt die kontrazeptive Prävalenzrate, indem er das zusätzliche Ausmaß des Bedarfs zur Verzögerung oder Begrenzung von Geburten angibt. Die angestrebte Senkung des (insgesamt) ungedeckten Bedarfs an Familienplanung

¹⁰ PMA 2020, https://www.pmadata.org/sites/default/files/data_product_results/PMA2020-Kenya-R7-FP-brief.pdf

¹¹ UNDP Human Development Report 2020

¹² Abschlusskontrolle 2018

¹³ PMA 2020,

¹⁴ Die entsprechenden kontrazeptiven Prävalenzraten bei verheirateten Frauen liegen in den Nachbarländern Äthiopien bei 38 % (2020), Somalia bei 7 % (2019), Tansania bei 38 % (2016) und Uganda bei 50 % (2021) (Weltbank, 2022, https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONU.ZS?locations=KE-SO-TZ&most_recent_value_desc=false)

von 24 % im Jahre 2003 auf 6 % bis zum Jahr 2010 erscheint in der Retroperspektive äußerst ambitioniert: So sank die Rate bis zum Jahr 2019 auf 15 %.

Hinsichtlich der gewünschten Familiengröße bzw. des Abstands zwischen Geburten, sank der "unmet need of limiting birth"¹⁵ von 10,1 % (2003, verheiratete Frauen) auf 6,7 % (2019, verheiratete Frauen) und der "unmet need of spacing birth"¹⁶ von 14,4 % auf 8,3 % für denselben Zeitraum. Durch eine Verringerung ungewollter Schwangerschaften einschließlich einhergehender körperlicher und auch Krankheitsbelastung aufgrund von zu geringen Abständen zwischen den Geburten, kann sowohl zu einer Verringerung der Säuglings-/Kinder¹⁷- als auch Müttersterblichkeit beigetragen werden (Wirkung auf Impact-Ebene).

Indikator 3: Der Anteil der Erstgebärenden im Alter zwischen 15 und 19 Jahren sank von 23 % (2003) auf 15 % (2014). Somit konnte der Zielwert nicht im angestrebten Zeitraum erreicht werden. Auch dieser Indikator ist in Retrospektive als zu ambitioniert einzuschätzen; der Anteil ist immer noch hoch (7,5 %, 2015-2020).

Indikator 4: Der Anteil der Gesundheitseinrichtungen, in denen das gesamte Spektrum kurzfristig wirkender Verhütungsmittel angeboten wird, konnte mit 89 % statt der geplanten 80 % sogar übertroffen werden. Der Indikator soll den Aspekt der qualitativen Verbesserung des Angebots an kurzfristig wirkenden Verhütungsmitteln erfassen. Er trifft jedoch weder eine Aussage über die Nutzung des Angebotsspektrums (Outcome-Ebene) noch über den Grad der Versorgung der Zielgruppe mit modernen und bedarfsgerechten Kontrazeptiva im Sinne des Total Market Approach (heute state-of-the-art)¹⁸.

Hinsichtlich der Versorgung der Zielgruppe über den öffentlichen als auch privaten Sektor ergibt sich folgendes Bild: Im Zeitraum von 2014 bis 2018 boten von den Einrichtungen des öffentlichen Sektors durchschnittlich 95,6 % drei oder mehr Familienplanungsmethoden und durchschnittlich 65,2 % fünf oder mehr Familienplanungsmethoden an. Hier gab es eine hohe Verfügbarkeit von Dreimonatsspritzen (80,2 %), Spiralen (65,7 %), hormonellen Verhütungstäbchen (79,9 %) und Anti-Baby-Pillen (74,2 %)¹⁹. Im privaten Sektor waren jedoch mitunter keine Bestände vorhanden. Spiralen, Dreimonatsspritzen, hormonelle Verhütungstäbchen wurden über den privaten Sektor eher weniger angeboten. Die Anti-Baby-Pille war mit 70,5 % im privaten Sektor häufig verfügbar. Der Zugang zu Kondomen über den öffentlichen als auch über den privaten Sektor war durchweg zu 90 % gewährleistet²⁰.

Die Informations- und Verhaltensänderungskampagnen werden als grundsätzlich zielführend und sinnvoll zur Erreichung der Ziele des Vorhabens angesehen. Die Kampagnen erfolgten jedoch nicht zeitgleich mit der Durchführung von Komponente 1, das heißt sie erfolgten jeweils nach der Bereitstellung der Kontrazeptiva.

Hinsichtlich der zweiten Kampagne wird insbesondere im Hinblick auf die COVID-19 Regularien aber auch zum Erreichen der jungen Zielgruppe der Einsatz der sozialen Medien als sinnvoll erachtet. Zudem wurden Massenmedien wie Radio eingesetzt, wodurch möglichst viele Menschen zu Hause erreicht werden konnten. Dadurch konnten auch vulnerable Gruppe oder ländliche Bewohnerinnen und Bewohner erreicht werden. Hierbei ist vor allem das Einbeziehen von Männern in die Zielgruppe sowie die Berücksichtigung verschiedener Sprachen und kultureller Unterschiede innerhalb Kenias positiv zu bewerten - insbesondere auch hinsichtlich des Abbaus geschlechtsspezifischer Benachteiligungen. Jedoch wurde

¹⁵ Dieser Indikator beschreibt den ungedeckten Bedarf an Geburtenbeschränkung, also Frauen, die keine Kinder wollen, aber keine Verhütung anwenden.

¹⁶ Dieser Indikator beschreibt den ungedeckten Bedarf an Geburtenverzögerung, also Frauen, welche gerne einen größeren Abstand zwischen den Geburten möchten, aber keine Verhütung anwenden.

¹⁷ "Kinder, die im Abstand von mindestens drei, aber weniger als fünf Jahren geboren wurden, haben im Vergleich zu Kindern, die im Abstand von weniger als zwei Jahren geboren wurden, eine 1,5-mal höhere Wahrscheinlichkeit, die ersten 7 Tage zu überleben, eine 2,2-mal höhere Wahrscheinlichkeit, die ersten 28 Tage zu überleben, eine 2,3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, das erste Jahr zu überleben, eine 2,4 Mal so hohe Wahrscheinlichkeit, das fünfte Lebensjahr zu erreichen." (World Visison, 2022, <https://www.wvi.org/maternal-newborn-and-child-health/healthy-timing-and-spacing-pregnancies>).

¹⁸ Mit dem Total Market Approach ist ein System gemeint, in welchem der öffentliche Sektor, der Privatsektor und Mischformen effektiv zusammenwirken, um alle Segmente der Bevölkerung zu bedienen.

¹⁹ PMA 2020, Performance Monitoring for Action, www.pma2020.org

²⁰ PMA 2020 Performance Monitoring for Action, www.pma2020.org

auch im Zuge der Befragung angemerkt, dass grundsätzliche gesellschaftliche Ursachen schwer veränderbar sind.

Durch die Bereitstellung und Vereinfachung des Zugangs zu kostenfreien Kontrazeptiva konnte die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf Ebene benachteiligter und vulnerabler Gruppen beitragen. Wie bereits erwähnt, wurde dies auch durch Informations- und Verhaltensänderungskampagnen, wenn auch zeitlich versetzt, gefördert. Die Zielwerte der Indikatoren konnten im vorgesehenen Zeitraum sowie zum Zeitpunkt der EPE zum Teil erfüllt werden.

Insgesamt ist die Effektivität als eingeschränkt erfolgreich zu bewerten.

Effektivität Teilnote: 3

Effizienz

Bedingt durch Verzögerungen in der Projektabwicklung und konzeptioneller Veränderungen dauerte die Durchführung des Vorhabens insgesamt 139 Monate. Ursprünglich vorgesehen war eine Gesamtlaufzeit von 36 Monaten bei einem Durchführungsbeginn Ende 2006. Hauptsächlich Gründe für diese Verzögerung waren unter anderem die Schließung des Dispositionsfonds und die damit verbundene spätere Durchführung der zweiten Kampagne, welche erst 2020 startete. Mit Schließung des Dispositionsfonds konnten verbleibende Mittel für die zweite Kampagne festgestellt und verwendet werden. Zudem gab es Verzögerung bei der Verteilung der Kontrazeptiva.

Die wichtigste Komponente des Vorhabens beinhaltete die Bereitstellung moderner und bedarfsgerechter Kontrazeptiva im Umfang von rund 5,6 Mio. EUR und deckte mit 74,6 % den größten Kostenanteil des Vorhabens ab. Der Durchschnittspreis je CYP (Couple-Years of Protection) betrug 3,56 EUR und liegt somit unter dem UNFPA Contraceptive Price Indicator. Folglich waren die Beschaffungskosten der Kontrazeptiva in diesem Vorhaben vergleichsweise niedrig. Die mit der Beschaffung verbundenen Consultingkosten in Höhe von 10.840 EUR werden ebenfalls als niedrig angesehen. Die Beschaffung und Verteilung der Kontrazeptiva erfolgte als Eigenbeitrag der Regierung über KEMSA. Durch diesen zentralisierten Mechanismus konnten die bereitgestellten Mittel effizient genutzt und mit nationalen Anstrengungen koordiniert werden, um bedarfsgerecht verteilt zu werden und um doppelte Bemühungen zu vermeiden. Zudem profitierte das Vorhaben von den bereits bestehenden Strukturen der KEMSA, da diese das Land kannten und auf eventuelle Hürden im Verteilungsprozess vorbereitet waren. Jedoch ergaben sich Zeitverzögerungen in der Zusammenarbeit mit KEMSA und es wurde erkennbar, dass die Versorgung entlegener Gebiete sowie von Menschen mit Behinderung nicht immer vollständig oder nur erschwert gewährleistet werden konnte. Gründe hierfür waren vermutlich die Kapazitäten bei KEMSA sowie die institutionelle Krise, welche KEMSA 2008/09 durchlief. Die Verteilung der Kontrazeptiva erfolgte nachfragebasiert.

Aus Sicht der Allokationseffizienz bleibt zu hinterfragen, ob eine rein nachfragebasierte Verteilung der Kontrazeptiva sinnvoll war, da somit Regionen mit bisherig niedriger Nachfrage wenig gefördert wurden.

Kritisch zu sehen ist zudem die unklare Aufteilung der Kontrazeptiva auf öffentliche und private Einrichtungen. Es kann nicht nachvollzogen werden, wie viele Kontrazeptiva an private oder öffentliche Einrichtungen geliefert wurden. Private Einrichtungen und Apotheken geben Kontrazeptiva gegen Entgelt ab und mindern damit den individuellen positiven Effekt für die Empfänger der Kontrazeptiva.

Die zielgruppenspezifischen Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen und die vorbereitenden Arbeiten zur Teilnahme an der Gestaltung und Umsetzung der Sektorpolitik im Rahmen des SWAp sollten mittels zweier Dispositionsfonds realisiert werden. Dabei sollten umfangreiche Kompetenzen auf Seiten des Gesundheitsministeriums mit TZ-Unterstützung liegen. Es zeigte sich, dass die Verwaltung des Dispositionsfonds durch den Träger ohne Consultingunterstützung nicht sinnvoll war und das auch eine TZ-Unterstützung nur begrenzt ausgleichen konnte. Das Gesundheitsministerium nahm aufgrund mangelnder Kapazitäten seine Koordinierungs- und Führungsaufgaben insbesondere beim SWAp-Prozess nicht wie gewünscht wahr. Entscheidende Gründe hierfür waren sowohl Kapazitätsdefizite wie auch Abwesenheiten und Überlastung wichtiger Führungskräfte. Beispielsweise ist die im Gesundheitsministerium Anfang 2012 speziell für die FZ-Maßnahmen nominierte Referentin übergangsweise freigestellt, ohne dass für den Zeitraum bis zu ihrer Rückkehr ein Nachfolger für diese Funktion benannt wurde. Hinzu kamen laut Berichterstattung die politische Krise und Neustrukturierung der Regierung, die Gründe für das Stagnieren des SWAp-Prozesses waren. Aus Steuerungs- und Effizienzgründen wurden von Seiten der deutschen FZ

beide Dispositionsfonds Ende 2014 geschlossen, woraus sich ein möglicher Effizienzverlust durch die Kosten zur Schließung der Dispositionsfonds jedoch definitiv eine unnötige Verzögerung bei Durchführung des Vorhabens ergaben. Die Maßnahmen wurden im Direkterstattungsverfahren fortgesetzt.

Während die Kontrazeptiva den Bedarf von 2007 bis 2009 abdeckten und die Durchführung dieser Komponente im Jahr 2010 abgeschlossen war, startete die erste Kampagne zu zielgruppenspezifischen Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen aufgrund des ineffizienten Managements des Dispositionsfonds verspätet und endete nachgelagert im Jahr 2017.

Die sich abzeichnenden verfügbaren Projektmittel (0,7 Mio. EUR) hätten aus Effizienzgründen bereits zu diesem Zeitpunkt zur Deckung der erhöhten Nachfrage nach Kontrazeptiva verwendet werden können. Stattdessen sollten die Restmittel in Absprache mit dem Gesundheitsministerium jedoch in Aufklärungskampagnen in Verbindung mit Social Media Kampagnen sowie Printmedien und Merchandisingprodukte investiert werden. COVID-19 bedingt wurden die finanziellen Mittel für Printmedien und Merchandisingprodukte zur Unterstützung der laufenden digitalen Kampagne mit Schwerpunkt auf Social Media und Online-Konsultationen verwendet, was der effektivste Weg war, um die Maßnahmen unter Beachtung der durch COVID-19 veränderten Rahmenbedingungen erfolgreich abschließen zu können. Diese Kampagne wurde im Zeitraum von September 2020 bis April 2021 durchgeführt. Der Fokus auf digitale Übermittlungswege sollte die Wirksamkeit der Kampagne sicherstellen, da viele Menschen zu Hause waren und überwiegend digitale Inhalte konsumierten. Dies war insbesondere für die Zielgruppe der Heranwachsenden der ideale Kanal, zumal Schulen geschlossen waren. Während der aktuellen gesundheitsbedingten Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit war die Bevölkerung in besonderem Maße auf digitale Informationsplattformen des Gesundheitsministeriums angewiesen.

Aufgrund der kurzen Dauer von acht Monaten der "zweiten" Kampagne und der Einstellung des Contact Centers ist die Komponente wenig effizient. Es wird angenommen, dass die Kosten zum weiteren Betrieb der Kampagne und des Contact Centers im Vergleich zu den einmaligen Kosten, welche zur Einrichtung nötig waren, relativ gering sind. Die fehlenden Mittel zum weiteren Betrieb der Kampagne wurden auch in der Befragung der Partner als eines der größten Probleme benannt. Hinzu kommt die anhaltende Abwanderung geschulten Personals.

Hinsichtlich des geplanten SWAp wäre es in der Retrospektive sinnvoll gewesen, ein eigenständiges Vorhaben für diesen anspruchsvollen Ansatz zu wählen. Die hierfür vorgesehenen Mittel ebenso wie die Mittel zur Ko-Finanzierung der Haushaltsstudie hätten sinnvoller für die Beschaffung von bedarfsgerechten und modernen Kontrazeptiva eingesetzt werden können - direkt zu dem Zeitpunkt als eindeutig war, dass der SWAp sich nicht materialisieren würde.

Insgesamt können die Nutzung lokaler Strukturen und die geringen Beschaffungs- und Consultingkosten im Bereich der Kontrazeptiva als positiv bewertet werden, ebenso wie die vergleichsweise effiziente Kontrazeptiva-Komponente, die mit fast 75 % kostenmäßig einen großen Anteil des Vorhabens ausmacht. Dem gegenüber stehen allerdings der Abbruch der Beteiligung am SWAp und die enorme zeitliche Verzögerung, die so zu einem großen Abstand der Durchführung von Komponente (1) und (2) führte.

Daher wird die Effizienz als eher nicht erfolgreich bewertet.

Effizienz Teilnote: 4

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel (Impact-Ebene) war es, einen strukturellen Beitrag zur Reduzierung der Säuglings- bzw. Kinder- und Müttersterblichkeit sowie zur Bekämpfung von HIV/AIDS zu leisten und damit zu den auf nationaler Ebene formulierten Entwicklungszielen, die im Einklang zu den UN-Millennium Entwicklungszielen (MDGs 4, 5 und 6) standen, beizutragen. Als Indikatoren für die Zielerreichung werden die Säuglings- bzw. Kinder- und Müttersterblichkeitsraten und die HIV/AIDS-Prävalenz herangezogen und im Rahmen der EPE durch die Indikatoren HIV-Inzidenzrate und Fruchtbarkeitsrate komplementiert. Es zeigt sich folgendes Bild:

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
Müttersterblichkeitsrate (Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten)	590 (2005); 560 (2008) (MDG: 147 (2015))	342 (2017)
Kindersterblichkeit (Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten) ²¹	76 (2005) (MDG: 33 (2015))	42 (2020)
Säuglingssterblichkeit (Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten)	114 (2005); 110 (2008) (MDG: 25 (2015))	31 (2020)

Quelle: Alle Daten basieren auf Angaben der Weltbank.

Insgesamt konnte die Müttersterblichkeit von 590 (2005) auf 342 / 100.000 Lebendgeburten (2017) stark gesenkt werden. Die Müttersterblichkeit liegt damit unter dem Durchschnitt Subsahara-Afrikas von 534 (2017).

Die Anwendung moderner Kontrazeptiva kann durch das Verhindern ungewollter Schwangerschaften, Risikoschwangerschaften oder illegaler Abtreibungen sowie durch die generelle Senkung der Geburten pro Frau zur Reduzierung der Müttersterblichkeit beitragen²². So zeigt eine Modellierung von Cleland et al. (2012), dass pro Prozentpunkt Anstieg in der Anwendung von Kontrazeptiva die Müttersterblichkeit um 8,5 Fälle pro 100.000 Lebendgeburten gesenkt werden kann²³. Konkret konnten im Jahr 2021 in Kenia 2.340.000 ungewollte Schwangerschaften und 6.000 Fälle von Müttersterblichkeit verhindert werden, die sich auf den Einsatz moderner Kontrazeptiva zurück führen lassen²⁴.

Zudem können Kontrazeptiva, vor allem durch die bereits diskutierte Erhöhung der Geburtenabstände, zur Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit beitragen. Würden alle Geburten in einem Abstand von mindestens 2 Jahren auftreten, könnte die Sterblichkeit der 1-4-Jährigen um 21 % und die Säuglingssterblichkeit um 10 % gesenkt werden (Cleland et al., 2012). Konkret konnten in Kenia die Kindersterblichkeit (Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten) von 76 (2005) auf 42 (2020) und die Säuglingssterblichkeit (Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten) von 114 (2005) auf 31 (2020) gesenkt werden.

Die HIV/AIDS-Prävalenz sank von 6,8 % zum Zeitpunkt der PP auf 4,0 % im Jahr 2021. Der Indikator war bereits im Jahr 2008 (6,0 %) erfüllt. Grundsätzlich ist zu beachten, dass sich die Behandlung von HIV/AIDS mithilfe antiretroviraler Medikamente positiv auf die HIV/AIDS-Prävalenzrate auswirkt und dieser Effekt bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss. Mit Blick auf die HIV/AIDS Inzidenzrate zeigt sich ein abnehmender Trend von 3,0 % auf 0,72 %.

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
HIV/AIDS Prävalenzrate (15-46-jährige)	6,8 % (2005), 6 % (2010)	4,0 % (2021)
HIV-Inzidenzrate (Gesamt)	3,0 (2005)	0,72 (2020)

Quelle: Alle Daten basieren auf Angaben der Weltbank.

²¹ Im Laufe des Projektzyklus wurden uneinheitlich sowohl Kinder-, Säuglings- als auch die Neugeborenensterblichkeit als Indikatoren herangezogen.

²² Stover & Ross (2014): Erratum to: How Increased Contraceptive Use has Reduced Maternal Mortality. *Maternal and Child Health Journal*, 18(1), 333–333.

²³ Cleland et al. (2012): Contraception and health. *The Lancet*, 380(9837), 149–156.

²⁴ Kenya Family Planning 2030, <http://www.track20.org/Kenya>

Der Indikator Fruchtbarkeitsrate weist darauf hin, dass das Vorhaben einen Beitrag zur verbesserten reproduktiven Gesundheit geleistet hat. Die Fruchtbarkeitsrate sank von 4,9 Geburten pro Frau im Jahr 2003 auf 4,6 Geburten in den Jahren 2008-09 und weiter auf 3,9 im Jahr 2014, was ein bemerkenswerter Rückgang um ein Kind innerhalb von 10 Jahren ist. Die angestrebte Zielgröße von 3,5 Geburten für das Jahr 2010 wurde dagegen verfehlt (4,37). Zum Zeitpunkt der EPE liegt die Fruchtbarkeitsrate mit 3,37 (2020) unter dem hohen Durchschnitt Subsahara Afrikas von 4,56 (2020)²⁵.

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
Fruchtbarkeitsrate (Total Fertility Rate) ²⁶	4,9 (2003), 3,5 (2010)	3,37 (2020)

Quelle: Alle Daten basieren auf Angaben der Weltbank.

Methodisch ist natürlich grundsätzlich zu beachten, dass die Wirkungen auf Impact-Ebene aufgrund des vergleichsweise kleinen Umfangs des Vorhabens und den multiplen Faktoren, die diese beeinflussen, nicht direkt oder ausschließlich dem Vorhaben zugeordnet werden können (Attributionsproblematik).

Insgesamt kann aufgrund der positiven Trends aller Indikatoren und der plausiblen Wirkungskette angenommen werden, dass das Vorhaben positive übergeordnete entwicklungspolitische Wirkung entfaltet hat, wenngleich die verfügbaren Daten und das Problem der Zurechenbarkeit keinen eindeutigen Schluss zulassen.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2

Nachhaltigkeit

Die beiden wesentlichen Risiken für die Nachhaltigkeit des Vorhabens sind die bestehende Geberabhängigkeit und mangelnde Eigenfinanzierung bei der Beschaffung von Kontrazeptiva, sowie die gesellschaftliche Stellung von Frauen in Kenia als Ursache für Müttersterblichkeit und HIV-Prävalenz.

Die kenianische Seite hat ihren Anteil an der Finanzierung von Kontrazeptiva um 25 % gemäß Durchführungsvereinbarung zum geplanten Zeitpunkt erfüllt. Wie bereits diskutiert konnte eine darüberhinausgehende Finanzierung jedoch nicht gesichert werden. Zwar ist das Recht auf eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in der kenianischen Verfassung seit dem Jahr 2010 verankert²⁷ und auch konnten die Haushaltsmittel der Regierung für Familienplanung von 2,5 Mio. US-Dollar (2005) auf 17,49 Mio. US-Dollar (2017) erheblich gesteigert werden, trotzdem ist es insgesamt bis heute nicht gelungen, die kenianische Regierung zur Finanzierung eines entscheidenden Teils der Kontrazeptiva zu bewegen. Unklar bleibt, ob die Finanzierung wirklich nicht möglich oder nicht gewollt ist. Zur weiteren Finanzierung der Kontrazeptiva sind daher immer wieder kurzfristig andere Geber eingesprungen. Insbesondere FCDO²⁸ und USAID²⁹ haben nach der Beendigung des hier evaluierten Vorhabens große Teile der Finanzierung von Kontrazeptiva übernommen, sodass Lieferengpässe vermieden wurden. Damit konnte die erhebliche Geberabhängigkeit bei der Beschaffung von bedarfsgerechten und modernen Kontrazeptiva bis heute nicht verringert werden³⁰, sodass die nachhaltige Bereitstellung bedarfsgerechter und moderner Kontrazeptiva für eine in den letzten Jahren angewachsene Zielgruppe der ärmeren Nutzerinnen gefährdet ist. Eine langfristig positive Wirkung des Vorhabens durch den Aufbau einer nachhaltigen Finanzierung ist gehemmt. Es wurde keine strukturelle Veränderung und Integration der Maßnahme in das Gesundheitssystem, beispielsweise durch eine Weiterführung der Kampagne oder eine langfristige und größere Erhöhung der Ausgaben für Kontrazeptiva, erzielt. Zudem fließen lediglich 5 % der ODA-Mittel externer Geber in den Gesundheitssektor und die deutsche EZ steigt komplett aus dem Gesundheitssektor aus³¹. Im

²⁵ <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

²⁶ Geburten pro Frau

²⁷ GIZ, 2022, <https://www.giz.de/de/weltweit/19798.html>

²⁸ Foreign, Commonwealth & Development Office

²⁹ United States Agency for International Development

³⁰ Nach dem Ausstieg der USAID finanziert aktuell vor allem die FCDO Familienplanungsvorhaben in Kenia

³¹ KENIA: BMZ Länderstrategie 2018-2024, S. 7

Finanzjahr 2020/21 wären 14,9 Mio. EUR zur Finanzierung von Familienplanung nötig gewesen. Insgesamt konnten jedoch nur 11,6 Mio. EUR bereitgestellt werden, wodurch sich eine Finanzierungslücke von 3,3 Mio. EUR ergab. Die größten Geber waren UNFPA, die Weltbank und der Global Fund³².

Ein zusätzliches Problem stellte die Dezentralisierung des Gesundheitssektors in Kenia dar, weil die für die Beschaffung und teilweise auch die Finanzierung der Kontrazeptiva zuständigen Bundesstaaten (Counties) mit den neuen Aufgaben weitgehend überfordert waren und teilweise noch sind. Die Reform ergab sich aus der im Jahr 2010 verabschiedeten neuen Verfassung und war anfangs vor allem durch unklare Zuständigkeiten und Personalmangel in entlegenen Gebieten geprägt³³. Vereinzelt kam es hierdurch auch zu Streiks des Gesundheitspersonals³⁴. Dies sollte aber nach den üblicherweise mit solchen Reformen verbundenen Startschwierigkeiten mittelfristig kein Problem darstellen.

Da der Gesundheitssektor langfristig nicht aus nationalen Mitteln finanziert werden kann, war es das Ziel mittels eines SWAp, die Diskrepanz zwischen wirtschaftlichen Möglichkeiten Kenias und den angebotenen Gesundheitsdienstleistungen nachhaltig zu minimieren. Vorbereitende Arbeiten zur Teilnahme an der Gestaltung und Umsetzung der Sektorpolitik im Rahmen eines SWAp konnten nicht wie geplant umgesetzt werden. Das bei PP erkannte Risiko, dass der SWAp-Prozess im Gesundheitssektor in Kenia möglicherweise nicht erfolgreich vorangetrieben werden könnte, hat sich bestätigt.

Sehr schwierig gestaltet sich zudem die Messung der Nachhaltigkeit der Verhaltensänderungskampagne. Es ist fraglich, ob die Kampagne einen nachhaltigen Effekt erzielt hat oder lediglich einen Einmaleffekt. Vor allem die Beendigung der gebührenfreien Rufnummer des Contact Center wirkt der Nachhaltigkeit des Vorhabens entgegen, da der Betrieb des Contact Center zwar sehr erfolgreich und bekannt war, aber eingestellt werden musste. Wie bereits erläutert, mangelt es auch hier an weiterer Finanzierung. Dies wurde auch in der Befragung der Partner aufgeführt und als eine der größten Probleme des Vorhabens benannt. Zudem bleibt die gesellschaftliche Stellung von Frauen und Mädchen als eine der Ursachen für Müttersterblichkeit und HIV-Prävalenz in Kenia weiterhin bestehen. Frühe Verheiratung, Stigmatisierung und Nichtakzeptanz von Verhütungsmitteln sind als eines der Risiken für den Erfolg des Vorhabens eingetreten. Auch in der Befragung der Partner im Rahmen der EPE wurde bestätigt, dass gesellschaftliche patriarchale Strukturen weiterhin ein Hindernis zur Umsetzung reproduktiver Rechte sind.

Die positive entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich zurückgehen, aber noch positiv bleiben, da aktuell und in absehbarer Zukunft andere Geber wie beispielsweise FCDO, UNFPA, die Weltbank und die Bill & Melinda Gates Foundation im Bereich der Familienplanung in Kenia aktiv sind. Daher ist die Nachhaltigkeit des Vorhabens seit Abschluss und mit Blick in die Zukunft zusammenfassend als noch zufriedenstellend zu bezeichnen.

Nachhaltigkeit Teilnote: 3

³² DESIP (2021): Increasing domestic financing for family planning commodities in Kenya, https://options.co.uk/sites/default/files/desip-funding-fp_v6.pdf

³³ GIZ (2014): https://www.giz.de/projektseiten/projects.action?request_locale=de_DE&pn=201321470

³⁴ KMA Online (2013): Ärztestreik in Kenia legt Krankenhäuser lahm, <https://www.kma-online.de/aktuelles/panorama/detail/aerztestreik-in-kenia-legt-krankenhaeuser-lahm-a-27707>

Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den Kriterien **Relevanz, Kohärenz, Effektivität, Effizienz, übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen und Nachhaltigkeit** sowie zur abschließenden **Gesamtbewertung** der entwicklungspolitischen Wirksamkeit wird eine sechsstufige Skala verwandt. Die Skalenergebnisse 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 Stufen 1–3 kennzeichnen eine positive bzw. erfolgreiche, die Stufen 4–6 eine nicht positive bzw. nicht erfolgreiche Bewertung.

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.