

Ex-post-Evaluierung

Ländliche Familienplanung, Phase I-III, Pakistan



| | | | |
|--|---|------------------------|------|
| Titel | Ländliche Familienplanung, Phase I-III | | |
| Sektor und CRS-Schlüssel | 13030 - Familienplanung | | |
| Projektnummer | 2009 66 150, 2010 67 099, 2013 67 408 | | |
| Auftraggeber | Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) | | |
| Empfänger/ Projektträger | Greenstar Social Marketing Pakistan (GS) | | |
| Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument | Phase I: 8,0 Mio. EUR; Phase II: 4,0 Mio. EUR; Phase III: 2,5 Mio. EU FZ-Zuschuss (Haushaltsmittel) | | |
| Projektlaufzeit | 2011-2019 | | |
| Berichtsjahr | 2021 | Stichprobenjahr | 2020 |

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

Das Ziel auf Outcome-Ebene war die verbesserte Versorgung mit und erhöhte Nutzung von Produkten und Leistungen der reproduktiven Gesundheit, bereitgestellt durch private Gesundheitseinrichtungen, insbesondere im ländlichen Raum. Damit sollte ein Beitrag zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte der ärmeren Bevölkerung geleistet werden in Khyber Pakhtunkhwa (KP), Gilgit Baltistan (GB), Asad Jammu and Kaschmir (AJK) und im nördlichen Punjab (NP) sowie in einem Camp für afghanische Flüchtlinge in Islamabad (Impact).

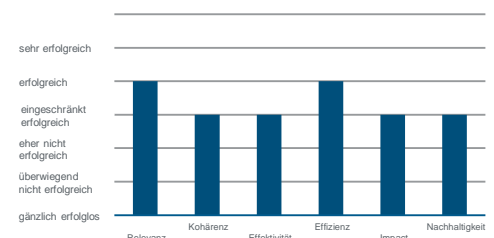
Im Rahmen des FZ-Vorhabens wurde das Kliniknetzwerk einer lokalen NGO im Projektgebiet ausgebaut und qualitativ verbessert (Social Franchising-Ansatz). Außerdem wurde eine von der lokalen NGO betriebene Klinik für Basisgesundheitsdienstleistungen im Flüchtlingscamp in Islamabad ausgestattet. Zusätzlich wurde eine Social Marketing-Komponente umgesetzt über die, flankiert von breit angelegten Aufklärungskampagnen, im gesamten Projektgebiet subventionierte Kontrazeptiva vertrieben wurden. Während sich Phase I auf KP konzentrierte, wurde der Fokus in den Phasen II und III um die anderen Provinzen und Gebiete erweitert.

Wichtige Ergebnisse

Es ist plausibel, dass das FZ-Vorhaben zur Ausweitung des Angebots sowie zu einer Steigerung von Nachfrage und Nutzung von Beratung und reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen in unterversorgten Gebieten beitrug (Outcome). Ebenfalls ist es plausibel, dass es lokal einen (wenngleich beschränkten) Beitrag zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte leistete (Impact):

- Das Vorhaben adressierte dringende Bedarfe über einen etablierten Träger mit bewährtem Ansatz; allerdings wäre eine engere Koordinierung mit dem öffentlichen Sektor wünschenswert gewesen, u.a. um einen „total market approach“ umzusetzen. (Relevanz, Kohärenz)
- Das Klinikangebot wurde gut angenommen und das gesetzte Ziel im Vertrieb von Kontrazeptiva übertroffen; dies erhöhte jedoch nicht die kontrazeptive Prävalenzrate in den Projektgebieten. (Effektivität)
- Die Produktionseffizienz konnte durch die gestiegene Nachfrage nach Kontrazeptiva im Laufe des Vorhabens deutlich gesteigert werden.
- Die Nachhaltigkeit bleibt, auch wegen der geringen Zahlungsfähigkeit der Zielgruppe, eine entscheidende Herausforderung.

Gesamtbewertung: eingeschränkt erfolgreich



Schlussfolgerungen

- Die lokale Verankerung der Franchisenehmerinnen schafft Vertrauen.
- Ein breites Angebot von Kontrazeptiva kann dazu beitragen, trotz lokal vorherrschender Skepsis gegenüber einzelnen Verhütungsmethoden die Nutzung der Dienstleistungen auszuweiten und angebotsseitig die Voraussetzungen für selbstbestimmte Familienplanung zu verbessern.
- Kulturell angemessene Aufklärungsmaßnahmen fokussieren auf die gesundheitlichen und ökonomischen Vorteile längerer Geburtenabstände.
- Bei geringer Zahlungsfähigkeit der Zielgruppe sollte früh über nachhaltige Finanzierungsoptionen nachgedacht werden.

Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 3

Da die drei Phasen inhaltlich nicht voneinander abzugrenzen sind, werden sie einheitlich bewertet.

Teilnoten:

| | |
|--|---|
| Relevanz | 2 |
| Effektivität | 3 |
| Kohärenz | 3 |
| Effizienz | 2 |
| Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen | 3 |
| Nachhaltigkeit | 3 |

Aufschlüsselung der Gesamtkosten

| | | Phase I (Plan) | Phase I (Ist) | Phase II (Plan) | Phase II (Ist) | Phase III (Plan) | Phase III (Ist) |
|--------------------|----------|-------------------|------------------|--------------------|-------------------|---------------------|--------------------|
| Investitionskosten | Mio. EUR | 3,43 | 3,43 | 1,58 | 1,58 | 0,13 | 0,13 |
| Eigenbeitrag* | Mio. EUR | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1,59 | 4,12 |
| Finanzierung | Mio. EUR | 8,00 | 8,00 | 4,00 | 4,00 | 2,50 | 2,50 |
| davon BMZ-Mittel | Mio. EUR | 8,00 | 8,00 | 4,00 | 4,00 | 2,50 | 2,50 |

*Die genaue Aufteilung des durch den kontinuierlichen Vertrieb von Kontrazeptiva generierten Eigenbeitrags über die drei Projektphasen konnte nicht nachvollzogen werden. Sie werden daher vollständig Phase III zugeordnet.

Relevanz

Das Vorhaben zielte darauf ab, wesentliche demographische und gesundheitliche Herausforderungen in Pakistan zu adressieren. Sowohl das Bevölkerungswachstum (2,2 %, 2009; 2,0 %, 2019) als auch die Fertilitätsrate (4,0 Kinder/Frau, 2009; 3,4 Kinder/Frau, 2019) lagen sowohl zu Beginn des FZ-Vorhabens als auch zum Zeitpunkt der Ex-post-Evaluierung (EPE) trotz einer positiven Entwicklung auf hohem Niveau und werden als wesentliche Risiken für die nachhaltige Entwicklung des Landes gesehen, da die wirtschaftliche Entwicklung mit diesem Tempo nicht Schritt halten kann.

Zentrale Gründe für die Bevölkerungsentwicklung sind einerseits soziokulturelle Faktoren wie die gesellschaftliche Benachteiligung von Frauen im wirtschaftlichen und Bildungsbereich, aber auch Einstellungen wie die Ablehnung von Familienplanung aus religiösen Gründen sowie der Wunsch nach vielen Kindern aus kulturellen und ökonomischen Motiven. Andererseits spielt auch der mangelnde Zugang zu Verhütungsmitteln eine wesentliche Rolle, der sich in einer nach wie vor niedrigen kontrazeptiven Prävalenzrate (35 %, 2012; 34 %, 2017) und einem hohen ungedeckten Bedarf nach Kontrazeptiva (17 %, 2018) widerspiegelt.

Die reproduktive Gesundheitsversorgung ist zudem aufgrund des chronisch unterfinanzierten öffentlichen Gesundheitssektors unzureichend, was sich unter anderem in einer im regionalen Vergleich besonders hohen Säuglingssterblichkeit (74/1.000 Lebendgeburten, 2012; 62/1.000 Lebendgeburten, 2017) niederschlägt. Vor allem der ländliche Raum ist von der strukturellen Unterversorgung besonders betroffen.

In den vier durch das FZ-Vorhaben adressierten Provinzen im Norden Pakistans sind die geschilderten Probleme zum Teil besonders ausgeprägt. Beispielsweise ist die kontrazeptive Prävalenzrate in Khyber Pakhtunkhwa (KP) sehr niedrig (23,2 %, 2017), während Gilgit Baltistan (GB) eine der höchsten Fertilitätsraten in Pakistan aufweist (4,7 Kinder/Frau, 2017). In dem ab Phase II adressierten Camp für afghanische Flüchtlinge in Islamabad war weder eine Basis- noch eine reproduktive Gesundheitsversorgung

existent. Die Kernprobleme wurden richtig erkannt und die Auswahl der Interventionsgebiete erscheint auch ex-post sinnvoll.

Die mittelbare Zielgruppe des Vorhabens waren Frauen aus den ärmeren Bevölkerungsschichten in KP, GB, dem nördlichen Punjab und Asad Jammu und Kaschmir (AJK). Diese verfügen in der Regel über sehr geringe finanzielle Ressourcen und können sich, gerade wenn sie im ländlichen Raum leben, den Transportweg zu weiter entfernten öffentlichen Gesundheitseinrichtungen häufig nicht leisten. Gemäß Angaben der Klinikbetreiberinnen und anderen Interviewpartnerinnen und -partnern herrschte in den Einzugsgebieten der Kliniken generell ein hohes Maß an Armut. Zielgruppe einer Komponente waren darüber hinaus afghanische Flüchtlinge in einem Camp in Islamabad. Die unmittelbare Zielgruppe waren die Klinikbetreiberinnen.

Die Wirkungskette ist plausibel. Im Rahmen des FZ-Vorhabens sollte der Ausbau von durch die lokale NGO im Rahmen eines Social Franchising-Konzepts betriebenen sogenannten Kliniken (kleine Gesundheitsstationen für reproduktive Gesundheit) in ländlichen, bislang unterversorgten Regionen im Norden Pakistans unterstützt werden (u.a. durch die Beschaffung von medizinischen Gebrauchsgütern, Ausstattung und Medikamenten sowie Trainings für die Kliniken und die Finanzierung von Gehältern und zu einem geringeren Anteil auch Betriebskosten der lokalen NGO). Eine weitere Komponente umfasste die Beschaffung und den subventionierten Vertrieb von Verhütungsmitteln über diese Kliniken und darüber hinaus auch über den lokalen Privatsektor (z.B. Apotheken), flankiert durch Aufklärungs- und Marketingaktivitäten zur Steigerung der Nachfrage (Social Marketing Komponente). Damit sollte das FZ-Vorhaben einen Beitrag zur Verbesserung des Zugangs zu und der Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen im Bereich Familienplanung und reproduktive Gesundheit im Projektgebiet leisten und damit zu einer Verbesserung der reproduktiven Gesundheit beitragen. Für besonders schwer zugängliche Gebiete war der Einsatz mobiler Kliniken vorgesehen. Ausgewählte Modellkliniken sollten der Weiterbildung für ein erweitertes Angebot an Gesundheitsdienstleistungen dienen.

Die zusätzliche Komponente in einem Camp für afghanische Flüchtlinge in Islamabad sollte zur Verbesserung des Zugangs der Flüchtlinge zu Basis- und reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen und der Nutzung selbiger beitragen, für eine Verbesserung ihrer Gesundheitssituation. Dafür wurde der Aufbau einer ebenfalls durch die lokale NGO betriebenen Klinik unterstützt (u.a. durch die Beschaffung von Ausstattung und Medikamenten sowie zur Stärkung der personellen Kapazitäten und Unterstützung des Betriebs).

Der gewählte Ansatz über die lokale NGO war angesichts von Überlastung und mangelnder Qualität der staatlichen Gesundheitsversorgung nachvollziehbar. Mit der lokalen NGO wurde ein etablierter Träger mit hoher Reputation gewählt, der über starke Strukturen und ein bewährtes Konzept verfügte, um auch entlegene Gebiete zu erreichen.

Der schwierige kulturelle Kontext mit möglichen Vorbehalten gegenüber Leistungen im Bereich Familienplanung wurden im Programmansatz explizit adressiert. So sollten die Leistungen in den von Lady Health Visitors¹ gemanagten Franchise-Kliniken vorwiegend von Frauen angeboten werden, die in der jeweiligen Dorfgemeinschaft verwurzelt waren. In flankierenden Aufklärungskampagnen lag der Fokus u.a. auf den gesundheitlichen und ökonomischen Vorteilen längerer Geburtenabstände. Im Flüchtlingscamp in Islamabad sollte die Akzeptanz der Maßnahme durch die aktive Involvierung eines Ältestenrats in Entscheidungen wie die Preisstruktur der Klinik erhöht werden. Potentiell lokal vorherrschender Skepsis gegenüber einzelnen Verhütungsmethoden sollte durch ein breites Spektrum angebotener Kontrazeptiva begegnet werden. Durch das Angebot von Depotspritzen und Spiralen wurde es Frauen ermöglicht, ggf. auch ohne das Wissen ihrer Ehemänner Verhütung in Anspruch zu nehmen.

Das Vorhaben steht im Einklang mit den Gesundheitszielen der pakistanischen Regierung und mit der 2013 verabschiedeten Sektorstrategie der deutschen EZ im pakistanischen Gesundheitssektor.

Die Relevanz wird als den Erwartungen entsprechend bewertet.

Relevanz Teilnote: 2

¹ Lady Health Visitors sind ausgebildete Gesundheitsfachkräfte, die in städtischen und ländlichen Gemeinden Basisgesundheitsdienstleistungen sowie Dienstleistungen im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit anbieten.

Kohärenz

Das hier evaluierte FZ-Vorhaben schloss an das Vorgängerprojekt „Reproduktive Gesundheit Nordwestgrenzprovinz“ (BMZ 2005 65 010) an und weitete dessen Fokus auf ländliche Regionen und über die Provinz KP hinaus aus. Es war Teil des EZ-Programms "Unterstützung der Gesundheitssystementwicklung in Pakistan", das zum Ziel hat, insbesondere armen und vulnerablen Gruppen Zugang zu qualitativ hochwertigen und erschwinglichen Gesundheitsdienstleistungen zu ermöglichen und wurde in den Schwerpunktregionen des EZ-Programms umgesetzt. Innerhalb des Programms war das hier evaluierte FZ-Vorhaben das einzige mit explizitem Fokus auf Familienplanung und reproduktive Gesundheit.

Zwar pflegt die lokale NGO generell gute Beziehungen zu den regionalen Departments of Health, hat das Vorhaben jedoch ohne Einbindung des öffentlichen Sektors umgesetzt. Dies liegt u.a. an den fehlenden Kapazitäten des auf nationaler Ebene zuständigen Ministry of Population Welfare und der nachgelagerten Ebenen. Der fehlende staatliche Einbezug birgt jedoch das Risiko mangelnder politischer Unterstützung für das Vorhaben und erschwert eine koordinierte und möglichst vollständige Marktabdeckung im Sinne eines "total market approach" (siehe auch unter Effizienz).

Eine aktive Koordination mit anderen Gebern im pakistanischen Gesundheitssektor fand im Rahmen des FZ-Vorhabens nicht statt. Dabei unterstützten andere Geber wie USAID und das britische Foreign Commonwealth and Development Office (FCDO) ebenfalls die Aktivitäten der lokalen NGO. Diese stellte sicher, dass es während der Laufzeit des FZ-Vorhabens keine Überschneidungen in der Finanzierung einzelner Gesundheitseinrichtungen aus unterschiedlichen Gebermitteln gab. Gleichzeitig sorgte die NGO dafür, dass nach Ende des FZ-Vorhabens der Weiterbetrieb der geförderten Kliniken durch die Mittel anderer Geber sichergestellt war.

Aufgrund der Schwächen in der Einbindung des öffentlichen Sektors sowie der eingeschränkten Koordination mit anderen Gebern wird die Kohärenz des Vorhabens insgesamt als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Kohärenz Teilnote: 3

Effektivität

Ziel des Vorhabens auf Outcomeebene war die verbesserte Versorgung mit und erhöhte Nutzung von Produkten und Leistungen der reproduktiven Gesundheit, bereitgestellt durch private Gesundheitseinrichtungen, insbesondere im ländlichen Raum. Die Zielerreichung kann wie folgt zusammengefasst werden:

| Indikator | Zielwert PP | | Status PP** | | Status EPE | |
|--|---|------------|-------------|-------------------|------------|-------------------------------|
| | Region | | Gesamt | Ländlich | Gesamt | Ländlich |
| 1. Kontrazeptive Prävalenzrate (moderne Methoden) Status PP: PDHS 12/13 Status EPE: PDHS 17/18 | KP | 20,7 % | 19,5 % | 17,3 % | 23,2 % | 22,1 % |
| | GB | 20,7 % | 28,2 % | - | 30,2 % | - |
| | Punjab | 25 % | 29,0 % | 27,4 % | 27,2 % | 25,4 % |
| | AJK | 25 % | - | - | 19,1 % | 18,2 % |
| | 2. Couple Years of Protection (CYP) der durch die lokale NGO verkauften Kontrazeptiva | 2 Mio. CYP | | 0,4 Mio. CYP/Jahr | | 3,6 Mio. CYP gesamt (AK 2018) |

| | Jahrestrend (durch das Vorhaben geförderte Kliniken) | | | | | | | |
|--|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2012/ 2013 | 2013/ 2014 | 2014/ 2015 | 2015/ 2016 | 2016/ 2017 | 2017/ 2018 | 2018/ 2019 | 2019/ 2020 |
| 3. CYP alle Klinik- typen | 26.812 | 42.270 | 46.256 | 57.074 | 76.472 | 53.119 | 24.362 | 26.618 |
| 3.1 CYP ländliche Kliniken | - | - | 6.396 | 27.839 | 24.933 | 30.614 | 15.426 | 19.787 |
| 3.2 CYP Modellkli- niken | - | - | - | 1.802 | 3.858 | 3.610 | 8.866 | 6.782 |
| 3.3 CYP Mobile Gesund- heits- dienste | 26.812 | 42.270 | 39.829 | 27.401 | 47.652 | 18.715 | - | - |
| 3.4 CYP Klinik für afghani- sche Flücht- linge | | 42.270 | 31 | 32 | 29 | 180 | 70 | 49 |
| 4. Besu- cherzah- len der Klinik für afghani- sche Flücht- linge (Frauen und Kin- der) | - | - | 2.478 | 4.268 | 7.095 | 12.720 | 13.223 | 8.743 |

**Bei Projektprüfung wurden Zahlen aus der Pakistan Demographic and Health Survey (PDHS) 06/07 verwendet, um die aktuelle Situation abzubilden. Für die EPE werden hingegen Zahlen aus dem PDHS 12/13 verwendet, die den Status der drei vorhergehenden Jahre abbilden. Da die Projektaktivitäten erst 2012 starteten, sind diese Zahlen für den Vorher-Nachher-Vergleich sinnvoller. Daher erklärt sich, dass einige Zielwerte zu Projektbeginn bereits übertroffen waren.

Es ist anzumerken, dass die auf Provinzebene aggregierten Zahlen für die Beurteilung der Effektivität des Projekts aufgrund der Größe der Provinzen z.B. Punjab mit rd. 110 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern und KP mit rd. 31 Mio., aber auch in eingeschränkterem Maße für AJK (4 Mio.) und GB (1,5 Mio.) und der damit verbundenen Attributionslücke nur eingeschränkt aussagekräftig sind. Weiter disaggregierte Zahlen liegen jedoch nicht vor.

Es ist plausibel, dass die Aufklärungskampagnen im Rahmen des FZ-Vorhabens einen Beitrag zu positiven Entwicklungen der kontrazeptiven Prävalenzrate geleistet haben. Diese hat sich in der Schwerpunktprovinz KP, insbesondere im ländlichen Raum, verbessert. Auch in GB ist ein Anstieg zu verzeichnen. Trotz dieses Anstiegs ist die Rate jedoch weiter niedrig und in der größten Provinz Punjab ist sie im Projektverlauf sogar zurückgegangen, damit wurde der Zielwert nur in zwei von vier Provinzen erreicht.

Als Proxy-Indikator für die Verbesserung sowohl der Nachfrage als auch des Zugangs und der Nutzung werden die Couple Years of Protection (CYP) herangezogen, die durch die im gesamten Projektgebiet durch die lokale NGO verkauften Kontrazeptiva erzielt wurden (Social Marketing-Komponente). Der Zielwert von 2 Mio. CYP war zum Zeitpunkt der AK bereits deutlich übererfüllt. Da der Zielwert jedoch nicht an die finanziellen Aufstockungen in Phase II und III angepasst wurde, ist er nur bedingt geeignet für die Bewertung der Zielerreichung. Seit Ende des FZ-Vorhabens wird der Wert nicht mehr gesondert erhoben. Eine nachhaltige Steigerung der Verkaufszahlen scheint plausibel, da die Verkaufsstellen durch andere Geber finanziert weiterhin subventionierte Kontrazeptiva erhalten.

Um den Erfolg des Social Franchising-Modells zu bestimmen, wird im Rahmen der Evaluierung zusätzlich die Trendentwicklung der CYP in den durch das Vorhaben unterstützten Kliniken betrachtet. Über den Projektverlauf hinweg ist hier tendenziell eine positive Entwicklung zu beobachten, insbesondere in den ländlichen Kliniken und Modellkliniken. Den größten Beitrag zu den CYP hatten zwischenzeitlich die mobilen Gesundheitsdienste, die mit Behandlungen in abgelegenen Regionen eine hohe Zahl von Patientinnen erreichten. Deren Wegfall nach Ende des FZ-Vorhabens führte zu einer deutlichen Reduktion der ab 2018 insgesamt jährlich erzielten CYP. Ein darüberhinausgehender Rückgang der Zahlen in den ländlichen Kliniken ist auf einen Lieferengpass bei einer beliebten Marke von Kupferspiralen zurückzuführen. Die Betreiberinnen berichteten außerdem von einem Rückgang der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen aufgrund der COVID 19-Pandemie.

Da bei der Klinik im afghanischen Flüchtlingscamp nicht nur reproduktive Gesundheitsdienstleistungen im Fokus standen, wird hier zusätzlich die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten (Frauen und Kinder) als Indikator verwendet. Der stark steigende Trend deutet auf eine gute Annahme des Angebots hin.

Die Unterstützung im Rahmen des FZ-Vorhabens kam 450 bereits existierenden Kliniken zugute, 110 Kliniken wurden neu gegründet. In der für die EPE interviewten Stichprobe² zeigten sich die Franchise-Klinikbetreiberinnen mit der Unterstützung und der Zusammenarbeit mit der lokalen NGO hoch zufrieden, wobei insbesondere die angebotenen Trainings gelobt wurden. Auch wurde die Versorgung mit Kontrazeptiva als weitgehend reibungslos beschrieben. Die Betreiberinnen bestätigten, dass regelmäßig Besuche durch Personal der lokalen NGO stattfinden, um die Einhaltung der Qualitätsstandards der Leistungen zu kontrollieren.

95 % der im Rahmen der EPE befragten Patientinnen gaben eine hohe oder sehr hohe Zufriedenheit mit dem Angebot an Gesundheitsdienstleistungen und Beratung an und bestätigten, dass die Kliniken der lokalen NGO für sie die einzige Möglichkeit darstellten, reproduktive Gesundheitsleistungen und Kontrazeptiva in Anspruch zu nehmen. Die Aussagekraft ist jedoch anekdotisch, da die Anzahl der befragten Patientinnen gering und die Auswahl der Interviewpartnerinnen durch die lokale NGO vorgegeben war.

Die Leistungen der Kliniken in den nördlichen Provinzen wurden von den Befragten als erschwinglich empfunden. Dies deckt sich mit Aussagen der Klinikbetreiberinnen, dass Behandlungskosten an die Zahlungsfähigkeit der Patientinnen angepasst bzw. teilweise sogar vollständig erlassen werden. Allerdings liegt dies allein im Ermessensspielraum der Betreiberinnen, wodurch ein Risiko besteht, dass Patientinnen von den Leistungen ausgeschlossen werden. Die Preise für einen Großteil der Behandlungen in der Klinik im Camp für afghanische Flüchtlinge in Islamabad werden von befragten Nutzerinnen und Nutzern als erschwinglich angesehen und die Bereitstellung von Medikamenten erfolgt kostenlos.

Im Rahmen der Durchführung wurden weniger Aufklärungskampagnen durchgeführt als ursprünglich geplant (zugunsten einer Steigerung der Bereitstellung von mehr Kontrazeptiva, siehe auch unter Effizienz).

² Aus den über 100 neu eingerichteten Kliniken wurden 9 Standorte für Befragungen ausgewählt. Die Auswahl erfolgte zufällig durch das Evaluierungsteam und deckte sowohl alle Programmregionen als auch Kliniktypen ab. Die Klinik im Camp für afghanische Flüchtlinge wurde aufgrund ihrer zentralen Bedeutung im Vorhaben zusätzlich in die Stichprobe aufgenommen. Insgesamt wurden 10 Klinikbetreiberinnen und 18 Patientinnen befragt. Die Interviewpartnerinnen wurden von der lokalen NGO vermittelt.

Eine durch die lokale NGO durchgeführte Studie in den Projektgebieten zeigt jedoch, dass die positiven Auswirkungen von Familienplanung zwar einem überwiegenden Teil der Befragten bekannt sind, aber bei rund einem Drittel signifikante Vorbehalte gegenüber Kontrazeptiva fortbestehen u.a. aufgrund negativer Gesundheitswirkungen, religiöser Überzeugungen oder Angst vor Unfruchtbarkeit.³ Der besonders hohen Skepsis gegenüber Familienplanung unter den afghanischen Flüchtlingen wurde durch Outreachmaßnahmen und Einbindung insbesondere der religiösen Führungspersönlichkeiten aus dem Camp begegnet. Sie stellt jedoch nach Aussagen befragter Patientinnen weiterhin ein zentrales Hindernis für die Nutzung von Verhütungsmitteln dar.

Die gesetzten Ziele auf Outcomeebene wurden zum Teil übertroffen, zum Teil jedoch auch verfehlt. Die im Rahmen der EPE gesammelten Eindrücke zu einer Veränderung der Einstellungen und des Verhaltens der Zielgruppe in Bezug auf die Nutzung moderner Familienplanungsmethoden deuten auf weiterhin große ungedeckte Bedarfe an Information und Aufklärung hin, Maßnahmen, die im Rahmen der Umsetzung reduziert worden waren. Trotz der aussagegemäß bestätigten Erschwinglichkeit besteht ein Risiko für einen gleichberechtigten Zugang. Daher wird die Effektivität des Vorhabens insgesamt als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Effektivität Teilnote: 3

Effizienz

Aus Sicht der Allokationseffizienz ist die Zusammenarbeit mit einem etablierten Träger positiv zu bewerten, da man sich auf die vorhandenen Strukturen von der lokalen NGO stützen konnte. Die Organisation war in den Projektregionen bereits präsent, was beispielsweise den Aufwand für die Identifikation neuer Klinikstandorte oder die Logistik deutlich reduzierte.

Die lokale NGO verfügt zudem über zentralisierte Beschaffungsprozesse und erwirbt Kontrazeptiva über kompetitive Ausschreibungen zu niedrigen Preisen, sodass z.B. die durch die lokale NGO vertriebene Kondommarke die günstigste auf dem pakistanischen Markt ist. Lediglich bei der Beschaffung von Medikamenten im Bereich Basisgesundheits für die Klinik im Camp für afghanische Flüchtlinge kam es wiederholt zu Lieferengpässen, da die lokale NGO hier anders als im Bereich reproduktive Gesundheit noch nicht auf etablierte Beschaffungsprozesse zurückgreifen konnte.

Durch die Ausweitung des Projekts und die teils gleichzeitige Durchführung der Phasen II und III ergaben sich darüber hinaus erhebliche Synergieeffekte, beispielsweise durch Einsatz des gleichen Personals seitens der lokalen NGO, die ebenfalls zur Effizienz des Vorhabens beitragen.

Inwiefern die im Rahmen des FZ-Vorhabens vertriebenen Kontrazeptiva vorwiegend unterversorgten Bevölkerungsgruppen zugutekamen oder ob damit auch Nutzerinnen und Nutzer von öffentlichen oder anderen privaten Anbietern abgeworben wurden, kann im Rahmen der EPE aufgrund mangelnder Daten nicht bewertet werden. So kann ein abgestimmter "total market approach" die Allokationseffizienz maximieren, dieser wurde hier jedoch nicht umgesetzt (siehe auch unter Kohärenz).

Die Produktionseffizienz konnte im Laufe des Projekts deutlich gesteigert werden. Die Kosten pro erreichtem CYP wurden trotz der Ausdehnung in entlegene Regionen vor allem aufgrund des gestiegenen Kontrazeptivaabsatzes von 674 PKR auf 419 PKR gesenkt und lagen damit sowohl niedriger als der von der lokalen NGO insgesamt in Pakistan erzielte Durchschnittswert als auch deutlich unter relevanten Benchmarks für den asiatischen Raum.⁴ Zudem konnte der Anteil der Verkaufserlöse von Kontrazeptiva an den Durchführungskosten der lokalen NGO von 20 % auf 48 % deutlich erhöht werden, was insbesondere auf die Steigerung der Nachfrage und damit der Verkäufe in den Verkaufsstellen der lokalen NGO zurückzuführen ist. Es ist plausibel, dass die Verschiebung hin zur Subventionierung von Kontrazeptiva, während die Kosten für Trainings- und Aufklärungsmaßnahmen deutlich reduziert wurden, ebenfalls einen positiven Effekt auf die Produktionseffizienz hatte (siehe auch unter Effektivität).

³ Für die Studie wurden 2.252 Haushalte in 24 Tehsils (lokale Verwaltungseinheiten) im gesamten Projektgebiet befragt.

⁴ Vgl. Rudner, Nicole (2012): Social Marketing- und Social Franchising-Ansätze zur Förderung von HIV-Prävention und Familienplanung, KfW Entwicklungsbank.

In den Kliniken stellen die Betreiberinnen selbst sicher, dass Behandlungen betriebskostendeckend durchgeführt werden. In den Interviews wurde jedoch deutlich, dass größere Renovierungs- und Instandhaltungsarbeiten teilweise nicht finanziert werden können. In der Klinik im Camp für afghanische Flüchtlinge hingegen werden nur symbolische Gebühren verlangt, die die Behandlungskosten nicht decken. Dies ist aufgrund der großen Bedürftigkeit der Zielgruppe zwar verständlich aber hinsichtlich der Betriebseffizienz zu bemängeln.

Das Vorhaben wurde kostenneutral um insgesamt 2,5 Jahre verlängert. Da dies vor allem auf Mittelüberschüsse durch Einsparungen (z.B. geringere Kosten für Trainings und Skaleneffekte) und nicht auf Verzögerungen in der Umsetzung zurückzuführen ist, geht es nicht negativ in die Effizienzbewertung ein.

Der FZ-finanzierte Anteil des Vorhabens wurde insbesondere für direkte Projektkosten eingesetzt, während die indirekten Kosten vor allem über den Eigenbeitrag aus Verkaufserlösen von Kontrazeptiva durch die lokale NGO gedeckt wurden.

Aufgrund der Vorteile durch den etablierten Träger sowie der Steigerung der Kosteneffizienz im Projektverlauf wird die Gesamteffizienz des Vorhabens insgesamt als gut bewertet.

Effizienz Teilnote: 2

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel des Vorhabens war, einen Beitrag zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte der ärmere Bevölkerung zu leisten (Impact). Im Projektvorschlag wurden keine Indikatoren auf Impactebene festgelegt. Für die EPE wurden daher vier neue Indikatoren definiert, die wesentliche Entwicklungen in den Bereichen Familienplanung und sexuelle und reproduktive Gesundheit in den betreffenden Regionen abbilden. Die Erreichung des Ziels auf der Impact-Ebene kann wie folgt zusammengefasst werden:

| Indikator | Region | Zielwert PP | Status bei Projektbeginn (PDHS 2012/ 2013) | | Status EPE (PDHS 2017/ 2018) | |
|---|--------|-------------|--|----------|------------------------------|----------|
| | | | Gesamt | Ländlich | Gesamt | Ländlich |
| 1. Fertilitätsrate in der Projektregion (Kinder/Frau) | KP | - | 3,9 | - | 4,0 | 4,2 |
| | GB | - | 3,8 | - | 4,7 | - |
| | Punjab | - | 3,8 | - | 3,4 | 3,7 |
| | AJK | - | - | - | 3,5 | 3,6 |
| 2. Säuglingssterblichkeit in der Projektregion (bei 1.000 Lebendgeburten) | KP | - | 58 | 59 | 53 | 57 |
| | GB | - | 71 | - | 63 | - |
| | Punjab | - | 88 | 96 | 73 | 77 |
| | AJK | - | - | - | 47 | 48 |
| 3. Müttersterblichkeit in der Projektregion (bei 100.000 Geburten)*** | KP | - | 275 | - | 165 | - |
| | GB | - | - | - | 157 | - |

| | | | | | | |
|--|--------|---|------|---|------|------|
| | Punjab | - | 227 | - | 157 | - |
| | AJK | - | - | - | 104 | - |
| 4. Mittlerer Abstand zwischen Geburten (Monate) in der Projektregion | KP | - | 32,0 | - | 31,0 | 31,0 |
| | GB | - | 29,9 | - | 29,9 | - |
| | Punjab | - | 27,0 | - | 26,6 | 25,8 |
| | AJK | - | - | - | 29,3 | 29,3 |

***Die Daten zur Müttersterblichkeit stammen wegen mangelnder Verfügbarkeit aus der PDHS 06/07 bzw der Maternal Mortality Survey 2019.

Für die Zielerreichung im Camp für afghanische Flüchtlinge in Islamabad liegen keine Angaben vor. Teilweise weist die Entwicklung der Indikatoren in den vier Provinzen im Norden Pakistans in eine positive Richtung. So sind bei der Mütter- und Säuglingssterblichkeit, soweit Vergleichswerte zu Projektbeginn vorliegen, Fortschritte zu verzeichnen. Dies deutet auf eine insgesamt verbesserte Gesundheitsversorgung, sowohl durch den öffentlichen als auch den privaten Sektor, sowie eine bessere Aufklärung über Schwangerschaftsvor- und Nachsorge hin. Während es plausibel scheint, dass das FZ-Vorhaben einen Beitrag zu dieser positiven Entwicklung leistete, ist dieser, gerade in den bevölkerungsreichen Regionen KP und Punjab, realistischerweise begrenzt (zur eingeschränkten Aussagekraft von Daten auf Provinzebene siehe auch unter Effektivität).

Die anhaltend hohe Fertilitätsrate, die im Projektverlauf in KP leicht bzw. in GB sogar deutlich zunahm, und der stagnierende bzw. sogar teilweise verminderte Abstand zwischen Geburten bereitet hingegen Anlass zur Sorge. Eine Verlängerung des Abstands zwischen Geburten ist mit signifikanten gesundheitlichen Verbesserungen für Mutter und Kind verbunden und die Information hierüber war zentraler Bestandteil der Aufklärungsmaßnahmen. Eine sinkende Fertilitätsrate wiederum gilt als zentrale Voraussetzung für die Stabilisierung bzw. Senkung des Bevölkerungswachstums und damit, flankiert durch Bildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen für Jugendliche, für die Realisierung einer demographischen Dividende. Um die Zahl von Geburten nachhaltig zu senken, bedarf es jedoch neben einer weiteren Ausweitung des Familienplanungsangebots sowohl wirtschaftlicher Entwicklung als auch eines kulturellen Wandels bezüglich der Stellung der Frau, der von politischen und religiösen Institutionen unterstützt wird.

Trotz der genannten Einschränkungen ist es plausibel davon auszugehen, dass das Vorhaben auf lokaler Ebene zu Verbesserungen insbesondere der Situation von Frauen beitrug. Gerade im ländlichen Raum sind die Kliniken oftmals die einzigen Anbieter von Beratung und Familienplanungsdiensten. Durch das breite Spektrum an Verhütungsmethoden trägt das FZ-Vorhaben zur Verbesserung der angebotsseitigen Voraussetzungen für selbstbestimmte Familienplanung bei. Die Unterstützung durch die lokale NGO ist dabei Voraussetzung für den Klinikbetrieb und trägt zu einer deutlichen Verbesserung des angebotenen Leistungsspektrums und der Qualität bei. Für das Leben der Frauen kann dieses Angebot durchaus transformative Wirkung entfalten: Weniger Geburten in größeren Abständen haben das Potential, die Gesundheit und Bildungschancen von Frauen erheblich zu verbessern und ihnen dadurch auch eine größere Teilhabe am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Trotz der plausiblen Verbesserungen auf lokaler Ebene und in Bezug auf Mütter- und Säuglingssterblichkeit, konnte das Projekt die Entwicklung der Fertilitätsrate und der Geburtenabstände auf Impactebene nicht positiv beeinflussen. Da der Einfluss des Projekts auf die Gesamtsituation in den Projektgebieten nur sehr beschränkt ist, wird die übergeordnete Wirkung noch als eingeschränkt erfolgreich eingestuft.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 3

Nachhaltigkeit

Seit Ende der Förderung werden einige Aktivitäten weiter über das reguläre Budget der lokalen NGO finanziert, während andere aus Kostengründen zurückgefahren wurden. Die durch das Programm unterstützten Kliniken erhalten so weiterhin subventionierte Kontrazeptiva und können das gleiche Leistungsspektrum anbieten. Auch die Besuche durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der lokalen NGO zur Qualitätssicherung finden weiter regelmäßig statt. Das fehlende Instandhaltungskonzept und -budget stellt jedoch ein Risiko für den nachhaltigen Betrieb der Kliniken dar. Einige der befragten Betreiberinnen gaben an, dass in ihren Einrichtungen Renovierungsarbeiten nötig seien, für die sie zusätzliche Unterstützung benötigten. Dies ist von der lokalen NGO bislang jedoch nicht vorgesehen.

Das flankierende Angebot an Trainings und personalintensiven Aufklärungskampagnen im Umfeld der Kliniken wurde mit Auslaufen der Förderung deutlich zurückgefahren. Gerade diese Komponenten werden von den Betreiberinnen jedoch als zentraler Mehrwert des FZ-Vorhabens betrachtet. Es ist daher zu befürchten, dass sowohl die Qualität der Leistungen als auch die Nachfrage nach modernen Familienplanungsmethoden von dieser Reduktion langfristig negativ betroffen sein könnten. Auch die mobilen Gesundheitsdienste wurden eingestellt, wodurch gerade in sehr entlegenen Regionen wichtige Versorgungsmöglichkeiten wegfielen. An sechs der zuvor von ihnen bedienten Standorte wurden jedoch Containerkliniken installiert, die ebenfalls von Franchisees betrieben werden und eine Weiterversorgung sicherstellen.

Insbesondere der Betrieb der Klinik im Camp für afghanische Flüchtlinge weist im Hinblick auf Nachhaltigkeit deutliche Defizite auf. Nach Wegfall der Förderung wird auch diese Klinik über das reguläre Budget der lokalen NGO getragen und musste ihr Personal daraufhin aus Kostengründen von neun auf sechs Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reduzieren. Um den anhaltend hohen Bedarf im Camp zu decken, bedarf es nach Einschätzung der zuständigen Ärztin sowohl zusätzlicher personeller als auch technischer Ausstattung. Darüber hinaus ist die langfristige Zukunft des Flüchtlingscamps und damit auch der Klinik am derzeitigen Standort ungeklärt, und es besteht das Risiko einer Verlegung durch die Regierung. Ein enger Kontakt zu staatlichen Behörden hätte hier möglicherweise eine höhere Planungssicherheit ermöglicht (siehe auch unter Kohärenz).

Die COVID 19-Pandemie hat zunächst zu einem Rückgang der Behandlungszahlen in den Kliniken geführt. Allerdings werden Behandlungen unter Einhaltung der Hygienevorschriften weiter fortgeführt und temporäre Einkommensrückgänge können bisher überbrückt werden, sodass von den Betreiberinnen kein langfristiger negativer Effekt auf den Betrieb erwartet wird.

Während der reguläre Betrieb der Kliniken weitgehend sichergestellt ist, wurden zentrale Programmkomponenten wie Trainings- und Aufklärungsmaßnahmen reduziert und Instandhaltungsrisiken für den langfristigen Projekterfolg nicht vollständig ausgeräumt. Die Nachhaltigkeit des Vorhabens wird daher als eingeschränkt erfolgreich eingestuft.

Nachhaltigkeit Teilnote: 3

Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

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

| | |
|----------------|--|
| 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.

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

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

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

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

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

Die **Gesamtbewertung** auf der sechsstufigen Skala wird aus einer projektspezifisch zu begründenden Gewichtung der 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 Oberzelebene („Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen“) **als auch** die Nachhaltigkeit mindestens als „eingeschränkt erfolgreich“ (Stufe 3) bewertet werden.