

Evaluierung des
Basisgesundheitsbereichs
im Förderbereich
Gesundheit des
Hilfswerkes MISEREOR
e.V.

Synthesebericht

30.10.2013

Evaluierung des
Basisgesundheitsbereichs
im Förderbereich
Gesundheit des
Hilfswerkes MISEREOR
e.V.

Synthesebericht

30/10/2013

Evaluierung des Basisgesundheitsbereichs - Förderbereich Gesundheit des Bischöflichen Hilfswerkes MISEREOR e.V.

Auftraggeber Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR e.V.

Durchführung evaplan GmbH am Universitätsklinikum Heidelberg

Autoren Valerie Broch-Alvarez
 Svetla Loukanova
 Angelika Pochanke-Alff
 Winfried Zacher

Synthesebericht
Evaluierung des Basisgesundheitsbereichs -
Förderbereich Gesundheit des Hilfswerkes
MISEREOR e.V.

Oktober 2013

evaplan GmbH am Universitätsklinikum Heidelberg
Ringstraße 19b
D-69115 Heidelberg
Tel. 0049 (0) 6221 138320

Danksagung

Das evaplan Team möchte allen, die uns bei der Evaluierung unterstützt haben, für die kompetente, freundliche und aufmerksame Zusammenarbeit danken. Insbesondere möchten wir uns bei den Projektmitarbeiter(innen) der in der Feldphase evaluierten Projekte bedanken sowie bei der Geschäftsführung und den Mitarbeiter(innen) von MISEREOR. Die offenen und interessanten Gespräche sowie die umfangreiche Hilfestellung, die wir insbesondere von den Mitarbeiterinnen der Einheit EQM bei der Vorbereitung und Durchführung dieser Studie erhalten haben, ermöglichten uns, die Evaluierung erfolgreich durchzuführen.

Abkürzungsverzeichnis

AGEH	Arbeitsgemeinschaft Entwicklungshilfe
AKAP	ALTERNATIBONG KALUSUGAN SA PAMAYANAN (Alternative Health Programme in Aurora Province)
BAZ	Berater auf Zeit
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
CBHP	Community Based Health Programmes
CHAI	Catholic Health Association, India
CHS	Catholic Health Secretariat (Liberia)
CHD	Council for Health Development (Philippines)
CRS	Förderbereichsschlüssel (CRS Code BMZ)
DAC	Development Assistance Committee
EED	Evangelischer Entwicklungsdienst e.V.
EQM	Evaluierung und Qualitätsmanagement
GFATM	Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria
HIV	Human Immunodeficiency Virus
KZE	Katholische Zentralstelle für Entwicklungshilfe
M&E	Monitoring und Evaluierung
MDG	Millennium Development Goals / Millenniumentwicklungsziele
MPCHS	Mother Patern College of Health Science (Liberia)
NRO	Nichtregierungsorganisation
OCHA	Orissa Catholic Health Association (India)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PHC	Primary Health Care
PME	Planung Monitoring und Evaluierung
RAHA	Raigarh Ambikapur Health Association (India)
SOCHARA	Society for Community Health Awareness, Research and Action (India)
SVN	Schlussverwendungsnachweis
TOR	Terms of Reference
VHW	Village Health Worker
WHO	World Health Organisation

Tabellenverzeichnis

TAB. 1	Verteilung der Maßnahmenpakete (Aktivitäten) von 74 Projekten auf die Interventionsbereiche des Wirkungsgefüges (S. 32)
--------	--

Abbildungsverzeichnis

ABB. 1	Zielgruppen (S. 30)
ABB. 2	Interventionsbereiche - Wirkungsgefüge - in % (S. 31)
ABB. 3	Wirkungsraum der Projekte (S. 33)
ABB. 4	Modifiziertes Wirkungsgefüge (Annex 5)

Zusammenfassung

Die vorliegende Evaluierung des Basisgesundheitsbereichs im Förderbereich Gesundheit soll - entsprechend der Zielsetzung - einen wertvollen Beitrag für den Lernprozess leisten, den MISEREOR im Dialog mit seinen Partnern anstrebt, sowie einen Beitrag zur Rechenschaftslegung gegenüber der Öffentlichkeit und dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). Es handelt es sich hierbei nicht um eine Evaluierung, die einen Überblick über den gesamten Förderbereich Gesundheit gibt, sondern Erkenntnisse aus dem Förderbereich Basisgesundheit für den Zeitraum von 2005 - 2007 liefern soll. Insgesamt wurde ein sehr weites Spektrum von Partnerorganisationen und verschiedenen Projekten mit einem weiten fachlichen Spektrum des Basisgesundheitsbereichs auf drei Kontinenten (Afrika, Asien, Lateinamerika) erfasst.

In dem für die Studie vorgesehenen Zeitraum von 2005 bis 2007 wurden im Gesundheitsbereich 264 Projektanträge bewilligt. Davon wurden von MISEREOR 119 Projekte als Gegenstand dieser Förderbereichsevaluierung ausgewählt. Der Gesundheitsbereich ist über verschiedene Förderschlüssel in fünf Teilbereiche untergliedert. Im Rahmen einer Vorselektion wurden von MISEREOR hauptsächlich Projekte aus dem Bereich Basisgesundheitsdienste für die Förderbereichsevaluierung ausgewählt. Zusammenfassend sind somit etwa die Hälfte des für den Gesundheitsbereich bewilligten Projektvolumens in den Jahren 2005 bis 2007 Gegenstand dieser Evaluierung.

Das Volumen der einzelnen Projekte reicht von € 25 000 bis € 1,2 Millionen, die Inhalte vom Kauf eines Autos bis zu umfangreichen Basisgesundheitsprogrammen mit einer geographischen Verteilung auf drei unterschiedliche Kontinente mit 18 afrikanischen, 10 asiatischen und 10 lateinamerikanischen Ländern. Die ausgewerteten und evaluierten Projekte sind insgesamt nicht vollkommen vergleichbar und setzen auch teilweise methodisch und inhaltlich unterschiedliche Schwerpunkte. Dennoch lassen sich aufgrund des verwendeten Evaluierungsdesigns allgemeine Schlussfolgerungen und Empfehlungen ableiten. Die zusammengetragenen Ergebnisse können somit interessante Hinweise für den Lernprozess liefern.

Im Folgenden werden die wichtigsten Lernerfahrungen als Synthese aus der Desk-Studie und den Evaluierungen der Feldphase aufgeführt.

Strategische und entwicklungspolitische Ausrichtung

Es gab für den Gesundheitssektor im untersuchten Zeitraum keine inhaltlichen Vorgaben für eine bereichsspezifische Förderstrategie und auch keinen verbindlichen Orientierungsrahmen für den Bewilligungsprozess der Projekte. Dennoch kann zusammenfassend gesagt werden, dass viele Basisgesundheitsprojekte in ihrer strategischen und entwicklungspolitischen Ausrichtung eine Vielzahl von Gemeinsamkeiten aufweisen und sich dementsprechend den Interventionsbereichen des von MISEREOR entwickelten Wirkungsgefüges zuordnen lassen. Das deutet auf ein ähnliches Verständnis von Basisgesundheit bei MISEREOR und den Partnerorganisationen hin. Dieser Basisgesundheits-Ansatz wird - entsprechend der Ermittlungen im Rahmen der Desk-Studie - durch den Bewilligungsprozess, den die Projekte durchlaufen, von MISEREOR unterstützt und gefördert. Auch die große Unterschiedlichkeit der Projekte - von komplexen Basisgesundheitsprojekten bis hin zu Lieferungen von Ausrüstungsgegenständen - kann als Ausdruck einer bedarfsorientierten und der landesspezifischen Situationen und Problemen angepassten Förderung in den verschiedenen Ländern gewertet werden.

An dieser Stelle soll jedoch auch darauf hingewiesen werden, dass bei der Vielzahl von Projektansätzen im Basisgesundheitsbereich im evaluierten Zeitraum MISEREOR nur über ein Projekt die formale Ausbildung von Gesundheitsfachkräften unterstützte (Liberia). Da professionelle Fachkräfte

für Gesundheitssysteme insgesamt und somit auch für Basisgesundheitsysteme eine entscheidende Voraussetzung sind - die häufig nicht erfüllt ist - wird hier nach Meinung des Evaluationsteams ein strategisch wichtiger und entwicklungspolitisch relevanter Bereich von MISEREOR nicht ausreichend gefördert, wenn sich dieser Tatbestand auf den gesamten Förderbereich Gesundheit und nachfolgende Förderphasen übertragen lässt.

Auch für das Thema Gender, das über den „Gender-Orientierungsrahmen“ von MISEREOR als Querschnittsthema in der internationalen Zusammenarbeit verfolgt werden soll, ist keine verbindlich strategische Vorgehensweise seitens MISEREORs erkennbar, die Projekte in Bezug auf mehr Gendergerechtigkeit zu unterstützen (z.B. durch die Empfehlung und Förderung eines genderdifferenzierten Monitorings). Das gilt sowohl für die Partnerorganisationen, deren Projektinhalte und -ansätze sowie die Projektumsetzung (siehe hierzu auch Handlungskompetenz der Partner).

Bewertung der Projekte nach den DAC Kriterien

Die Beurteilung der Projekte nach den DAC-Kriterien basiert auf den Ergebnissen der Desk-Studie sowie auf den Ergebnissen der Projektevaluierungen während der Feldphase. Insgesamt wird die Relevanz als sehr gut eingeschätzt: die Projekte entsprechen dem prioritären Bedarf der Zielgruppen, sind in Regionen mit einem hohen Anteil an bedürftigen Menschen angesiedelt und sind zudem weitgehend komplementär zu bestehenden Angeboten. Soweit sich die Effektivität oder Zielerreichung auf die Beurteilung der "Leistungen" der Projekte bezieht, liegen auch bei diesem Parameter insgesamt gute Ergebnisse vor. Die Effizienz ist schwerer zu beurteilen als die beiden vorgenannten Kriterien, da sich Kosten-Nutzen-Relationen auf der Basis der vorhandenen Informationen im Rahmen der Desk-Studie nicht herstellen lassen. Im Rahmen der Ergebnisse der Feldphase wird die Effizienz jedoch als gut eingeschätzt. Der Impact oder die übergeordneten Wirkungen werden in den Planungen der meisten Projekte angesprochen und man kann annehmen, dass die Projekte tatsächlich ihren Beitrag zu dieser übergeordneten entwicklungspolitischen Ebene leisten. Ein entsprechender Nachweis konnte jedoch nur in Bezug auf direkte Wirkungen der in der Feldphase evaluierten Projekte ermittelt werden. In diesem Kontext können die Wirkungen als gut bis befriedigend eingestuft werden. Die Einschätzung der Nachhaltigkeit basiert auf den Ergebnissen der *Commission on Macroeconomics and Health* der WHO (siehe Kapitel 3.5), die in ihrem Report den Nachweis entwickelt, dass effektive Investitionen in Gesundheit Armut reduziert und wirtschaftliches Wachstum fördert. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die hier evaluierten Projekte, die insgesamt eine gute Effektivität und erkennbare Wirkungen aufweisen, auch einen entsprechenden Beitrag zu nachhaltiger Entwicklung vorweisen können.

Wirkungsgefüge

Das für die Querschnittsevaluierung von MISEREOR entwickelte Wirkungsgefüge entspricht der Wirkungslogik, wie sie vom OECD-DAC entwickelt wurde. Auch die im Wirkungsgefüge dargestellten Wirkungshypothesen entsprechen in ihrer Zielsetzung bezüglich der übergeordneten Wirkungen den Entwicklungszielen wie sie in der internationalen Gemeinschaft diskutiert werden. Bei der Entwicklung des aktuellen Wirkungsgefüges im Gesundheitsbereich hat MISEREOR sich auf fünf Interventionsbereiche bzw. Handlungsfelder festgelegt. Die vom Gutachterteam identifizierten Haupthandlungsfelder bzw. Maßnahmen der evaluierten Projekte aus der Zeit von 2005 - 2007 lassen sich weitgehend in die Interventionsbereiche des Wirkungsgefüges integrieren. Auch lassen sich die in den Projekten intendierten und ermittelten Wirkungen den entsprechenden Ebenen des Wirkungsgefüges zuordnen. Unstimmigkeiten wurden vornehmlich in der Zuordnung zwischen Input und Outcome-Ebene (Projektziel) identifiziert. Hier wurden teilweise Lücken festgestellt, die sich auch in den entsprechenden Projektplanungen widerspiegeln.

„Good Practice Ansätze“ (Wissensmanagement)

Während der Feldphase wurden in einigen Partnerorganisationen Ansätze evaluiert, die als „Good Practice“ bezeichnet werden und so auch für andere Projekte Lernerfahrungen anbieten können (SOCHARA und RAHA in Indien, Gesundheitspastorale San Salvador, El Salvador, Woman's Quick Response Team (WCQRT) Organisation in den Philippinen für Frauenrechte und gegen Frauen- und Kindergewalt). Die Ansätze zeichnen sich durch Innovation und Effektivität, durch einen partizipativen und „empowering“ Ansatz, Gender-Sensibilität, Wirkungsorientierung, ein angemessenes Kosten-Effektivitäts-Verhältnis, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit aus. Das Mother Patern College in Liberia stellt ebenfalls ein gutes Beispiel für die formale Ausbildung im Kontext von PHC-Förderung dar.

Förderung der Handlungs- und Steuerungskompetenz der Partner

In den Evaluierungen der verschiedenen Projektansätze haben sich eine Reihe von Überlegungen verdichtet, wie die Partnerorganisationen durch einen verstärkten Partnerdialog und eine kontinuierliche Beratung (Backstopping) in ihren Kompetenzen und Fähigkeiten fachlich adäquat zu handeln und in Bezug auf eine Umsetzung von wirkungsorientierter „Planung, Monitoring und Evaluierung“ (PME) gestärkt werden können (siehe Kapitel 4.6). Die Notwendigkeit zu einer weiteren Professionalisierung in diesem Bereich ergibt sich einerseits aus der übergeordneten Zielsetzung von MISEREOR und seinen Partnerorganisationen, verbesserte und bedarfsgerechte Gesundheitsdienste anzubieten. Andererseits bieten sich für die Partnerorganisationen gute Möglichkeiten, mit Hilfe von wirkungsorientierten Evaluationsberichten und Datenerhebungen auf ihre Arbeit aufmerksam zu machen und so fundierte Lobbyarbeit durchführen und auch potentielle Geberorganisationen überzeugen zu können. Des Weiteren müssen auch die Berichtsanforderungen zu Wirkung und Wirksamkeit des Hauptgeldgebers (BMZ) im Auge behalten werden.

Empfehlungen

Das Alleinstellungsmerkmal von MISEREOR, einer starken partizipativen Förderung von einheimischen Partnern und das bedarfsorientierte Aufgreifen von basisnahen Themen, sollte weiter Richtschnur in der Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen bleiben. Das gilt ebenfalls für die auf einen längeren Zeithorizont ausgelegte Förderung von Projekten und Partnerorganisationen. Länderstrategien sollten entwickelt bzw. regelmäßig aktualisiert und spezifische, strategische Ausrichtungen diskutiert werden, wie z.B. eine stärkere Zusammenarbeit mit anderen, gesundheitsrelevanten Sektoren, eine stärkere Förderung von formalen Ausbildungsvorhaben oder intensiveres Einbeziehen von Querschnittsthemen wie Gender und Recht auf Gesundheit. Gute Projekterfahrungen („Good Practices“) sollten konsequenter dokumentiert und auch für andere Projekte als Lernerfahrungen angeboten werden. Als besonders wichtig erscheint, generell die Handlungs- und Steuerungskompetenz der Partner durch verstärkten Partnerdialog und eine kontinuierliche Beratung (Backstopping) in Bezug auf eine Umsetzung von wirkungsorientierter „Planung, Monitoring und Evaluierung“ (PME) zu stärken. Gute wirkungsorientierte Evaluationsberichte und Basis-Datenerhebungen können den Partnern dabei mithelfen, auf ihre Arbeit aufmerksam zu machen und so fundierte Lobbyarbeit umzusetzen. Die Sicherstellung und Weiterentwicklung von wirkungsvollen Dienstleistungen („lessons learnt“ von anderen Projekten) in den Gesundheitseinrichtungen sollte stärker Eingang in die Projektplanungen und Unterstützungsmaßnahmen finden. Die Verbesserung der Managementfähigkeiten sollte einhergehen mit der gezielten Verstärkung der Kompetenzen der Betroffenen und ihrer Organisationen (angepasste Fortbildungsmaßnahmen, verstärkte Teilnahme an Programmsteuerungs- und Partizipationsaktivitäten). Kein Erfolg kann langfristig erzielt werden, ohne dass intensiver über Konzepte zu selbsttragenden Finanzierungsmodellen, Budgetplanungen und zu einer stärkeren Diversifizierung der Geldgeber bzw. Einnahmequellen nachgedacht wird. Hierzu gehört auch, dass systematischer Synergiepotenziale in der Zusammenarbeit mit kirchlichen und staatlichen Netzwerken genutzt werden.

Inhaltsverzeichnis

	Danksagung	
	Abkürzungsverzeichnis	
	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	
	Zusammenfassung	
1	Einleitung	1
1.1	Hintergrund, Gegenstand und Ziele des Syntheseberichts	1
1.2	Evaluierungsdesign und Methoden	2
2	Orientierung für den Synthesebericht	6
2.1	Förderbereich Gesundheit und der Bereich Basisgesundheit	6
2.2	Wirkungsorientierung	7
2.3	Handlungsfelder im Gesundheitsbereich	7
3	Bewertung nach den DAC Kriterien	9
3.1	Bewertung der Relevanz	9
3.2	Bewertung der Effektivität	13
3.3	Bewertung der übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen (Impact)	17
3.4	Bewertung der Effizienz	21
3.5	Bewertung der Nachhaltigkeit	24
3.6	Anmerkungen zum Wirkungsgefüge	27
3.7	Zusammenfassende Bewertung	29
4	Entwicklungspolitische, fachliche und organisationsrelevante Bewertung	30
4.1	Zielgruppen der Partnerorganisationen	30
4.2	Interventionsbereiche der Partnerorganisationen	31
4.3	Ansätze und Aktivitäten zur Förderung der Basisgesundheit	34
4.4	Querschnittsthema Gender	38
4.5	Vernetzung und Verzahnung von Projekten (Integration in ein Gesamtkonzept)	39
4.6	Handlungskompetenz der Partner	43
4.7	Einschränkende Faktoren bei der Ermittlung der Daten	44
5	Lernerfahrungen	45
6	Empfehlungen	46
6.1	Empfehlungen zur strategischen und entwicklungspolitischen Ausrichtung	46
6.2	Fachbezogene Empfehlungen	47
6.3	Empfehlungen zur Förderung der Handlungs- und Steuerungskompetenz der Partner	47

Annexe

Annex 1	Referenzrahmen
Annex 2	Liste der untersuchten Projekte
Annex 3	Liste der verwendeten Dokumente
Annex 4	Methodik: leitende Fragestellungen und Analyse-Instrumente
Annex 5	Modifiziertes Wirkungsgefüge
Annex 6	Länderstudien auf CD

1 Einleitung

Im Folgenden wird ein Überblick über den Referenzrahmen des Syntheseberichts gegeben sowie die angewendete Methodik beschrieben.

1.1 Hintergrund, Gegenstand und Ziele des Syntheseberichts

Hintergrund

Das Hilfswerk MISEREOR hat evaplan GmbH am Universitätsklinikum Heidelberg beauftragt, im Zeitraum August 2012 bis Dezember 2013 eine Evaluierung des Förderbereichs Gesundheit durchzuführen. Dies stellt die zweite Förderbereichsevaluierung der kirchlichen Zentralstellen entsprechend den mit dem BMZ vereinbarten „Leitlinien zur ziel- und wirkungsorientierten Erfolgskontrolle im Bereich der Förderung entwicklungswichtiger Vorhaben der Kirchen“ dar. Der zu untersuchende Sektor Gesundheit wurde gemeinsam durch das BMZ, den Evangelischen Entwicklungsdienst (EED) und MISEREOR ausgewählt.

Der thematische Schwerpunkt der Förderbereichsevaluierung liegt auf dem Bereich Basisgesundheitsprojekten¹, die in den Jahren 2005 bis 2007 bewilligt und vor Ende 2011 abgeschlossen wurden. Es wurden für die Evaluierung Projekte berücksichtigt, die durch das BMZ finanziert und durch Kirchliche Haushaltsmittel oder durch Spendenmittel von MISEREOR mit einer Bewilligungssumme größer als 25.000 € gefördert wurden.

Für die Evaluierung waren drei Phasen geplant:

- eine Desk-Studie für den Zeitraum August - November 2012
- eine Feldphase mit Fallstudien für den Zeitraum März - September 2013
- eine Synthesephase, die im November 2013 abgeschlossen wurde.

Der hier vorliegende Bericht umfasst die zusammengefassten Ergebnisse der Förderbereichsevaluierung.

Gegenstand des Syntheseberichts

Entsprechend den oben genannten Kriterien wurden in dem Zeitraum 264 Gesundheitsprojekte bewilligt (126 in Asien, 91 in Afrika, 43 in Lateinamerika, 4 international). Für die Evaluierung wurden davon 119 Projekte aus dem Bereich Basisgesundheitsprojekte ausgewählt, die einen umfassenden Basisgesundheitsansatz mit Maßnahmen wie „Referenzeinrichtungen / Infrastruktur; Einrichtung von Basisgesundheitszentren (erste Ebene) und Krankenhäusern (zweite Ebene); Vorbeugung und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie traditionelle und alternative Medizin“ aufweisen.

Die Anzahl von 119 Projekten, die als Grundgesamtheit der Förderbereichsevaluierung zugrunde liegt, verteilt sich wie folgt

- 55 in Asien (davon 32 KZE -, 22 MISEREOR -, 1 Kirchliche Haushaltsmittel - finanziert)
- 39 in Afrika (davon 23 KZE -, 16 MISEREOR - finanziert)
- 25 in Lateinamerika (davon 15 KZE -, 10 MISEREOR - finanziert).

¹ Projektanordnung nach den CRS Schlüssen 120/130 sowie dem MISEREOR Förder-Schlüssel 2 „Gesundheit“

Zwei der 119 für die Evaluierung vorgesehenen Projekte konnten nicht untersucht werden, da sie nicht implementiert wurden (324-001-1014 in Myanmar und 142-030-1017 in Tansania). Das bedeutet, dass sich die in diesem Bericht beschriebenen Analyseergebnisse auf eine Grundgesamtheit von 117 Projekten beziehen.

Ziele des Syntheseberichts

Das katholische Hilfswerk MISEREOR sieht sich der Arbeit im Bereich Gesundheit als Teil des Gesamtauftrags in der Weltkirche und damit dem spezifischen Ethos „Heilsauftrag der Kirche“ verpflichtet. In diesem Kontext ist die im Folgenden dargestellte Zielsetzung der Förderbereichsevaluierung zu sehen:

- MISEREOR und seine Partnerorganisationen kennen die Stärken und Schwächen ihrer Arbeit im Bereich der Basisgesundheit. Dadurch wird ein Lernprozess ermöglicht, der für eine Anpassung und Weiterentwicklung der Förderstrategie von MISEREOR im Dialog mit den Partnerorganisationen genutzt werden kann.
- Auf der Grundlage einer unabhängigen und nachvollziehbaren Einschätzung der untersuchten Projekte gegenüber der Öffentlichkeit und dem BMZ kann MISEREOR über die im Bereich der Basisgesundheit verwendeten Mittel Rechenschaft ablegen.

Der Referenzrahmen (siehe Annex 1) sieht eine Synthese der Ergebnisse der Desk- sowie der Feld-Studien vor. Für beide Phasen werden umfassende Analysen und Bewertungen im Kontext der DAC Kriterien zu den Punkten Relevanz, Effektivität, Effizienz, Übergeordnete Wirkungen und Nachhaltigkeit erwartet, verbunden mit einer Beantwortung von 18 weitergehenden Fragestellungen. Zudem sind für MISEREOR die Beachtung von Gender-Prinzipien sowie die Berücksichtigung des aktuellen Wirkungsgefüges mit den Wirkungshypothesen von besonderem Interesse.

1.2 Evaluierungsdesign und Methoden

Für die Förderbereichsevaluierung hat evaplan ein Team aus erfahrenen Gutachter/innen zusammengestellt, die in den folgenden Rollen agieren:

- PD Dr. Michael Marx als Gesamtkoordinator der evaplan GmbH
- Valerie Broch Alvarez als Gutachterin (El Salvador, DR Kongo)
- Dr. med. Svetla Loukanova als Gutachterin (Philippinen)
- Angelika Pochanke-Alff als Gutachterin (Indien)
- Dr. med. Winfried Zacher als Gutachter (Liberia)

Die für die verschiedenen Phasen entwickelten Analyse-Kriterien sowie leitenden Fragen können Annex 3 entnommen werden.

Desk-Studie

Unter Beachtung der fachlichen und methodischen Standards und unter Berücksichtigung des von MISEREOR erstellten Referenzrahmens wurden qualitative und quantitative Daten für die Grundgesamtheit von 119 Gesundheitsprojekten erhoben. Als strategische Vorgehensweise wurde die Triangulation gewählt, um durch den Einsatz verschiedener Methoden wie Quellenanalysen, Interviews und Gruppendiskussionen sowie durch die Nutzung verschiedener Informationsquellen eine hohe Validität der gewonnenen Ergebnisse erreichen zu können. Als wichtige Informationsquellen wurden insbesondere genutzt: konzeptionelle Dokumente von MISEREOR, Partneranträge,

Bewilligungsvorlagen, das Datenerfassungssystem von MISEREOR mit Projekt-, Reise- und Evaluationsberichten, Einzel- und Gruppeninterviews mit zahlreichen Projektbearbeiter(inne)n und von MISEREOR beauftragte Fachreferent(inn)en sowie relevante Webseiten.

Bei der Desk-Studie handelt es sich um eine ex-post-Untersuchung, die vorwiegend mit Daten aus der Zeit des vorgegebenen Untersuchungsrahmens bzw. Informationen zu diesem Zeitraum durchgeführt wurde. In Absprache mit MISEREOR wurden die 119 Projekte in drei Stufen wie folgt umfassend analysiert:

1. Stufe

Sie umfasst die Grundgesamtheit von 117 Projekten und in diesem Zusammenhang die Ermittlung von allgemeinen Informationen auf der Basis der Bewilligungsvorlagen und der internen Abschlussberichte. Beschreibung des Förderbereichs unter Berücksichtigung der folgenden Punkte:

- Verteilung der Projekte auf Kontinente und Regionen sowie auf unterschiedliche Maßnahmenbereiche entsprechend dem von MISEREOR erstellten Wirkungsgefüge;
- Inhaltliche Ausrichtung der Projekte unter Berücksichtigung der Finanzierungsquellen;
- Beschreibung und Erfassung der durch MISEREOR gesetzten Rahmenbedingungen.

2. Stufe

In dieser Stufe wurden 74 Projekte (Afrika 22, Asien 32, Lateinamerika 20) vertiefend durch die Analyse der Projektanträge und vorhandenen Projektberichte untersucht. Als Auswahlkriterium für die Projekte der zweiten Stufe galten - unter Berücksichtigung einer Ausgewogenheit bezüglich der Kontinente und Sprachräume - das Vorhandensein der für die Analyse erforderlichen Berichte sowie die inhaltliche Ausrichtung der Projekte. Es wurden nur Projekte in der zweiten Stufe untersucht, die über ihre geplanten Maßnahmen einen umfassenden Basisgesundheitsansatz verfolgten. Gleichzeitig wurde sowohl während der 1. als auch der 2. Stufe die Frage im Auge behalten, ob sich das betreffende Projekt ggfs. für eine Analyse der 3. Stufe und für die Feldstudie eignet. Vertiefend wurden die Punkte Wirkungsraum der Projekte, Zielgruppenorientierung und Bezug zum Wirkungsgefüge berücksichtigt.

3. Stufe

In der dritten Stufe wurden 36 Projekte (Afrika 10, Asien 18, Lateinamerika 8) untersucht. Es handelt sich hierbei um Projekte, die aufgrund der Ergebnisse der zweiten Stufe eine ausführlichere Berichterstattung in Bezug auf die Wirkungen ihrer Basisgesundheitsmaßnahmen vermuten ließen. Darüber hinaus wurde Ausgewogenheit bezüglich der Kontinente und Sprachräume angestrebt. In dieser Stufe wurde eine umfassende Aktenanalyse sowie Interviews mit MISEREOR-Mitarbeiter(inne)n und Fachbeauftragten durchgeführt mit dem Ziel, Antworten zu Wirkungen entsprechend den DAC Kriterien und den zugeordneten Fragen zu erhalten. Des Weiteren hat das Gutachterteam den für die Projektbewilligung und -betreuung relevanten organisatorischen Rahmen MISEREORs untersucht².

Feld-Studien

Basierend auf den Erkenntnissen der Desk-Studie und den daraus entwickelten Auswahlkriterien (siehe Annex 3) wurden 10 Projekte³ in 5 verschiedenen Ländern ausgewählt. In Liberia wurden noch

² Eine Auflistung der untersuchten Projekte (bezogen auf die jeweiligen Stufen), der Interviewpartner und verwendeten Dokumente kann der Desk-Studie (Nov 2012) entnommen werden.

³ Eine Beschreibung der Projekte sowie die Ergebnisse der in der Feldphase durchgeführten Evaluierung kann Annex 6 entnommen werden. Das Projekt der Organisation RAHA (Indien) wurde im Untersuchungszeitraum unabhängig von der Querschnittsevaluierung ebenfalls evaluiert (aus zusätzlichen Finanzmitteln). Die Ergebnisse der Evaluierung konnten im Rahmen der Querschnittsevaluierung verwendet werden, da das Projekt von Beginn an zum Untersuchungsgegenstand der Querschnittsevaluierung gehörte.

2 sogenannte „*hardware*“ Projekte hinzugenommen, um auch hier mögliche Wirkungen erfassen zu können, da diese Form der Projekte möglicherweise ein wichtiges zusätzliches Element zu komplexen Projektansätzen darstellt. Der Schwerpunkt der Evaluierungen in Liberia lag auf dem ersten Projekt (129-001-1051):

5 Projekte in Afrika (DR Kongo und Liberia)

- Weitere Förderung der Basisgesundheitsarbeit in den Gesundheitszonen Kimvula und Nginga (DR Kongo:148-015-1015 KZE)
- Koordination des kirchlichen Gesundheitsprogramms in der Erzdiözese Kinshasa (DR Kongo: 148-001-1080 KZE).
- Weiterführung der Ausbildung medizinischer Fachkräfte im 'Mother Patern College of Health Sciences' in Monrovia (Liberia: 129-001-1051 KZE)
- Einrichtung von Räumen für Notdienst und chirurgische Eingriffe an 3 Gesundheitszentren in Monrovia (Liberia: 129-001-1064)
- Zwei Fahrzeuge und Computer zur Unterstützung medizinischer Arbeit und Programme in der Erzdiözese Monrovia (129-001-1038)

2 Projekte in Lateinamerika (El Salvador)

- Stärkung der Prozesse der Gesundheitspastoral in der Erzdiözese San Salvador, (PN: 216-001-1024 KZE).
- Weiterführung des integralen Gesundheitsprogramms in der Diözese Zacatecoluca, Depto. La Paz, PN: (216-008-1008 MISEREOR Allgemein).

5 Projekte in Asien (Philippinen und Indien)

- Förderung der gemeindegetragenen Gesundheitsarbeit in den Philippinen (410-900-1085 KZE)
- Gemeindeorientiertes Frauengesundheitsprojekt und alternative Gesundheitsfürsorge in der Provinz Aurora (410-020-1017 KZE)
- Gemeindebasiertes Gesundheitsprogramm in den Distrikten Kandhamai und Sundargarh, Orissa (312-109-1013 KZE)
- Weiterführung der integrierten Gesundheitsarbeit und der Verbreitung eines Krankenversicherungssystems in abgelegenen Regionen Chhattisgarh (321-040-1017 KZE)
- Weitere Förderung eines Ressource Centers für Gesundheitsarbeit in Indien (321-900-1147 KZE)

Eine Beschreibung der besuchten Projekte sowie die Ergebnisse der Projektevaluierungen kann Annex 6 entnommen werden.

Ziel der Feldphase war es - entsprechend dem Referenzrahmen - in Kooperation mit ausgewählten Partnerorganisationen von MISEREOR, die Stärken und Schwächen sowie Wirkungen von Projektvorhaben zu ermitteln und so einen Lernprozess für alle Beteiligten zu ermöglichen und zudem gegenüber der Öffentlichkeit und dem BMZ über die verwendeten Mittel im Bereich Basisgesundheit Rechenschaft ablegen zu können.

Für die Feldphase wurde ein Methoden-Mix verwendet, der die Möglichkeit bot, neben den spezifischen Fragestellungen auch auf die speziellen Landes-, Partner- und Projektsituationen einzugehen. Die dazu notwendigen Leitfragen und Basisthemen wurden gemeinsam vom Evaluationsteam entwickelt und definiert (siehe Annex 4).

Die folgenden Phasen in Verbindung mit verschiedenen Methoden ermöglichten eine umfangreiche Erfassung der Sachverhalte sowie eine Triangulation und konnten an die jeweiligen Rahmenbedingungen angepasst werden:

In einer Vorbereitungsphase wurden die noch unbekanntes landes- und partnerspezifischen Sachverhalte sowie speziellen Fragestellungen aller Beteiligten ermittelt. Diese Phase wurde vor allem dazu genutzt, Kontakt mit der Partnerorganisation sowie den jeweiligen einheimischen Gutachter(inne)n aufzunehmen, um so eine Atmosphäre des gegenseitigen Lernens vorzubereiten. Als geeignete Methoden wurden die Dokumentenanalyse, der Austausch mit den zuständigen Mitarbeiter(inne)n von MISEREOR, die Kontaktaufnahme mit den Partnerorganisationen und den einheimischen Gutachter(inne)n per email, Telefon oder Skype sowie die Entwicklung des Evaluierungsdesigns, und die Befragungsinstrumente für die verschiedenen Ansprechpartner / -gruppen und die Ermittlung der Informant(inn)en und (Gesprächspartner/-gruppen) eingesetzt.

In der Feldphase fand die Datenerhebung in Form von leitfragengestützten Befragungen und Diskussionen mit relevanten Ressource Personen (Vertreter der Partnerorganisation, Kooperationspartner, ggf. der Gesundheitseinrichtungen, der Diözese, des staatlichen Gesundheitssystems, regionale und lokale Autoritäten) sowie durch direkte Beobachtungen in den Service-Einrichtungen der besuchten Projekte statt. Ein wesentlicher Bestandteil der Ermittlungen waren zudem Diskussionen und Gespräche mit den Nutzern (Zielgruppen, Begünstigten) der durchgeführten Maßnahmen.

Als Methoden für die Feldphase wurden - je nach Situation - Einzelinterviews, Fokus-Gruppen-Diskussionen, Selbstevaluierungsworkshops sowie der Einsatz von „*Most Significant Change*“⁴ geleiteten Befragungen angewendet.

Analysiert wurden die Ergebnisse der Fallbeispiele ebenfalls auf Basis gemeinsam entwickelter Kriterien, die sich aus dem vorgegebenen Referenzrahmen und der Zielsetzung von MISEREOR ergaben. Neben den DAC Kriterien und den sich darauf beziehenden vertiefenden Fragen wurden insbesondere Faktoren analysiert, die den Erfolg von Projekten fördern und beeinträchtigen, wie Strategien und Ansätze der Projekte, Kooperationsbeziehungen (Integration in nationale und kirchliche Konzepte sowie Strukturen), Handlungs- und Steuerungskompetenzen sowie das PME System der Partnerorganisationen.

Synthesebericht

In der Abschluss- oder Synthesephase wurden die gewonnenen Erkenntnisse aus allen Feldbesuchen zusammengeführt. Eine Vergleichbarkeit der in die Förderbereichsevaluierung einbezogenen Projekte wird - wie bereits oben beschrieben - durch die Nutzung einheitlicher Bewertungskriterien auf Basis der DAC-Kriterien, des vorgegebenen Referenzrahmens sowie der im Rahmen der Desk-Studie entwickelten Kriterien gewährleistet.

⁴ „*Most-Significant-Change*“ (MSC) geleitete Befragungen bieten insbesondere für eine Evaluierung von Projekten bzw. Maßnahmen, die keine Indikatoren zur Messung ihrer Wirkungen entwickelt haben, eine gute Möglichkeit, ein detailliertes Verständnis von Wirkungszusammenhängen und relevanten Prozessen zu ermöglichen.

Im Kontext der Querschnittelevaluierung wurde „MSC“ in Form von offenen Interviews, „*story telling*“ (z.B. Was sind die 3 wichtigsten Veränderungen im Kontext von .../ Was wäre anders, wenn es kein Projekt gegeben hätte.) mit den Zielgruppe n und relevanten Akteuren angewendet, um möglichst umfassend Informationen über den Veränderungsprozess in Erfahrung zu bringen. in einem Projektfeld, in dem keine Wirkungsindikatoren aufgestellt worden waren.

2 Orientierung für den Synthesebericht

In diesem Kapitel werden zur Orientierung für den Synthesebericht die Rahmenbedingungen beschrieben, wie sie sich dem Gutachterteam dargestellt haben und die als Grundlage für die Bewertung der Projekte dienen.

2.1 Förderbereich Gesundheit und der Bereich Basisgesundheits

Über den Förderbereich Gesundheit leistet MISEREOR einen wichtigen Beitrag im Rahmen aktueller Herausforderungen der Entwicklungszusammenarbeit, wie sie auch in den Millennium-Entwicklungszielen (*Millennium Development Goals* MDG)⁵ dargestellt werden. Wie in der Einleitung erwähnt, sieht MISEREOR die Arbeit im Bereich Gesundheit, seit der Gründung im Jahr 1958, als Teil des Gesamtauftrags im Rahmen der Weltkirche an. In der ganzen Welt fördert MISEREOR somit im Verbund der Kirche und in Kooperation mit Partnern seit mehr als 60 Jahren eine große Bandbreite von Gesundheitsprojekten darunter auch Projekte, die sich auf einzelne Krankheiten (z.B. HIV/AIDS), spezifische Zielgruppen (z.B. Menschen mit Behinderung) oder die Förderung lokaler und regionaler Gesundheitsarbeit fokussieren. Die 1978 von der WHO publizierte Deklaration von Alma Ata zu *Primary Health Care*⁶ (PHC) oder Primäre Gesundheitsvorsorge ist hierbei als leitend für die Projektarbeit von MISEREOR im Gesundheitsbereich anzusehen.

Ausgehend von dem Grundsatz, dass der Staat die primäre Verantwortung gegenüber dem Gesundheitszustand der Bevölkerung trägt, orientiert sich die Arbeit von MISEREOR daran, die Einforderung staatlicher Leistungen im Gesundheitsbereich durch die Zielgruppen zu unterstützen und Dienstleistungen der Projektträger nur da zu fördern, wo dies unumgänglich ist. Die hohe Krankheitslast in vielen Entwicklungs- und auch Schwellenländern ebenso wie hohe Raten an Müttersterblichkeit⁷ weisen darauf hin, dass es dem Staat in vielen Regionen und unter verschiedenen Umständen nicht in einem befriedigenden Maße möglich ist, seine Verantwortung wahrzunehmen. MISEREOR sieht sich in diesem Kontext verpflichtet, im Sinn der Deklaration von Alma Ata insbesondere der armen Bevölkerung und ausgegrenzten Minderheiten den Zugang zu Basisgesundheits zu ermöglichen⁸.

Die Bedeutung des Förderbereichs Gesundheit ist bei den Mitarbeiter(inne)n von MISEREOR unbestritten, unter der Annahme, dass ca. 15% der Mittel für den Gesundheitsbereich verwendet werden. Im Rahmen der Desk-Studie wurde jedoch festgestellt, dass zwischen 2005 bis 2011 im Durchschnitt nur 8,3 % der Einnahmen von MISEREOR für Projekte im Gesundheitsbereich aufgewendet wurden. In den drei hier untersuchten Jahren 2005 bis 2007 hat zudem die Bedeutung des Bereichs „erweiterte Basisgesundheits“ im Vergleich zu „anderen Gesundheitsbereichen“ deutlich abgenommen. Während 2005 ca. 50% der Mittel des Förderbereichs Gesundheit für den Bereich ‚erweiterte Basisgesundheits‘ verwendet wurde, waren es 2007 nur noch ca. 30%⁹.

⁵ Entwicklungspolitik in globaler Verantwortung, MISEREOR Positionen zur Bundestagswahl 2013 (http://www.misereor.de/fileadmin/redaktion/MISEREOR_Positionspapier_BT-Wahl_2013_final.pdf)

⁶ Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (abgerufen am 08.11.2012) „Die Erklärung von Alma Ata wurde auf internationalen Konferenzen in Ottawa (1986) und Jakarta (1997) bestätigt.“

⁷ Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/6598> (07.10.2013)

⁸ Siehe auch das aktuelle Wirkungsgefüge von MISEREOR (Annex 5)

⁹ Weitere Details zum Förderbereich Gesundheit von MISEREOR können der Desk-Studie entnommen werden (Kapitel 2)

Das entspricht nicht dem Selbstverständnis von MISEREOR und dessen entwicklungspolitischem Ansatz bzw. Verständnis von „Entwicklung“, welches der Idee von „*Primary Health Care*“ mit ihrem holistischen Ansatz sehr verwandt ist. Da aus dem Verlauf über drei Jahre noch keine Schlussfolgerungen gezogen werden können, wäre eine Klärung dieser Sachlage überlegenswert, verbunden mit der Frage, welche Folgerungen für die zukünftige Ausrichtung MISEREORs daraus gezogen werden könnten. Hinweise aus Mitarbeitergesprächen ergaben bereits, dass Gesundheit zunehmend als Teil in multi-sektorale Projekte oder in Projekte, die Menschenrechtsziele verfolgen (Gesundheit als Recht für alle) integriert wird. In den letzten Jahren wird zudem von MISEREOR die Strategie verfolgt, eine stärkere Vernetzung und Verzahnung der Sektoren voranzutreiben, d.h. integrierte Ansätze zu fördern, die das sektorale Denken überwinden (siehe hierzu auch Kapitel 2.3).

2.2 Wirkungsorientierung

Im Mittelpunkt dieser Förderbereichsevaluierung steht die Frage nach der Wirkung der Projekte. Auch wenn dieser Begriff die Diskussionen bei MISEREOR schon länger begleitet, wurde das gegenwärtig aktuelle "Wirkungsverständnis von MISEREOR" im April 2006 verabschiedet.¹⁰ Die Informationen für die Partner gab es dann im Herbst 2007 in Form von „Guidelines“, so dass Erwartungen, im untersuchten Zeitraum bereits Unterlagen mit formalisierten Wirkungsberichten zu finden, unangemessen gewesen wären. Nur externe - von MISEREOR initiierte Evaluierungen - wurden auch im Untersuchungszeitraum nach den international gültigen Leitlinien und Qualitätsstandards der OECD DAC Kriterien „Relevanz, Effektivität, Effizienz, Entwicklungspolitische Wirkungen und Nachhaltigkeit“ durchgeführt.

Die Notwendigkeit eines systematischen Monitorings wurde allen Partnern aus den Antragsleitlinien und auch im Dialog mit den Länderreferenten/innen vermittelt. Auch die Relevanz der teils systematischen, teils stichprobenartigen Verlaufs- oder ex-post Evaluierungen wurde vor Projektbeginn verdeutlicht. Zum Teil legten die Partnerorganisationen ihre Anträge zusammen mit lokal durchgeführten externen ex-ante-Gutachten vor. Bei der Vielzahl der Partner variierten die Ansprüche und die Qualität des implementierten Monitoring- und Evaluierungssystems erheblich. Durch die gängige Praxis von Partnerdialog - unterstützt durch interne und externe Fachreferenten/innen - Dienstreisen, Zwischenberichte und Endberichte konnte MISEREOR eine befriedigende Durchschnittsqualität der Projekte sichern. Wirkungen wurden in den Jahren 2005 - 2007 von den Projektträgern nur selten nachvollziehbar dargestellt. Da die von MISEREOR beauftragten externen Evaluierungen im Untersuchungszeitraum nur bei 1,5% aller Projekte durchgeführt wurden, können auch daraus nur in geringem Maße Informationen über die Wirkungen von Gesundheitsprojekten entnommen werden.

Im Rahmen der Vorbereitungen der hier durchgeführten Querschnittsevaluierung entwickelte MISEREOR ein Wirkungsgefüge entsprechend der Wirkungslogik des OECD-DAC (mehr Informationen dazu in den Kapiteln 2.3 und 3.6).

2.3 Handlungsfelder im Gesundheitsbereich

Ausgehend von der Zielsetzung „Die Gesundheits- und Lebenssituation der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern“, mit einer Fokussierung auf Arme, Marginalisierte, Frauen und Kinder als besonders

¹⁰ Eine ausführliche Beschreibung des Wirkungs- und Evaluierungskonzepts von MISEREOR kann Kapitel 2.3 der Desk Studie (Nov 2012) entnommen werden.

benachteiligte Gruppen, unterstützt MISEREOR eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Partnerorganisationen bei der Durchführung einer großen Bandbreite von Projekten im Basisgesundheitsbereich. MISEREOR hat für die Projekte im Gesundheitsförderbereich keine definierte Strategie als verbindliche Grundlage für Projektbewilligungen entwickelt. Anhaltspunkte bieten die Orientierungsrahmen für die Regionalbereiche und die Grundsatzpapiere zu Gesundheit. Demnach ist eine Grundlage aller Projektbewilligungen, dass die Projekte im Sinne einer nachhaltigen ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ die Eigenkräfte der Zielgruppen sowie die entsprechenden nationalen Initiativen und Potenziale fördern und zu einem produktiven Erfahrungsaustausch in und zwischen den einzelnen Ländern sowie Regionen beitragen sollen (Süd-Süd und Süd-Nord-Austausch). Aus diesem Dialog heraus und aus der Tätigkeit der abteilungsübergreifenden thematischen Gruppen entwickelt MISEREOR entsprechende Orientierungsrahmen für Regionen und Länder sowie Positions- und Policy-Papiere. Ein wichtiger Aspekt der übergreifenden Strategie von MISEREOR der vergangenen Jahre ist, die stärkere Vernetzung und Verzahnung der Sektoren voranzutreiben, d.h. integrierte Ansätze zu fördern, die das sektorale Denken überwinden. Als richtungweisend für Länder mit einem wenig entwickelten Gesundheitssystem werden deshalb umfangreichere Projekte angesehen, die sich verstärkt der Netzwerk-, Lobby- und Advocacyarbeit widmen, um die Rechte der Menschen im Gesundheitsbereich (*universal access*) einzufordern. Daraus ergibt sich als Konsequenz, die Anzahl der Projekte - bei steigendem Finanzvolumen - zu reduzieren. Dies ist nach Angaben von Interviewpartnern nicht gleichzusetzen mit einer Missachtung der oft als wichtig angesehen Kleinmaßnahmen.

Des Weiteren bieten Verfahrensvorgaben zum Bewilligungsprozess sowie zur Durchführung der Projekte den zuständigen Länderreferent(inn)en Orientierungshilfe bei der Annahme bzw. Ablehnung von Projektanträgen und bei der Unterstützung der Partner bezüglich der Durchführung der Projekte¹¹. Bei Bedarf kann zudem auf fachliche Beratung durch die Fachreferentin bzw. die zuständigen Mitarbeiter(inn)en des Missionsärztlichen Instituts in Würzburg oder den Beratern auf Zeit (BAZ) zurückgegriffen werden. Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Länderreferent(inn)en einen großen Freiraum bezüglich der Bewertung des Inhalts und des Projektansatzes bei den von ihnen als förderungswürdig angesehenen Projektanträgen haben.

Bei der Entwicklung des für die Querschnittsevaluierung erstellten Wirkungsgefüges im Gesundheitsbereich hat MISEREOR sich auf sechs Interventionsbereiche bzw. Handlungsfelder festgelegt. Die Interventionsbereiche des Wirkungsgefüges lauten:

1. Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen der 1. und 2. Ebene (Referenzkrankenhäuser und Gemeindegesundheitsseinrichtungen) durch Baumaßnahmen, Ausstattung, Ausrüstung, Medikamentenversorgung und Unterstützung der Infrastruktur;
2. Verbesserung der Qualität von Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsangeboten durch die Übernahme von Personalkosten im Krankenhausbereich sowie durch Aus- und Fortbildungen von Personal und ehrenamtlichen Helfern in den Gemeinden;
3. Unterstützung von Präventions-, Aufklärungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen in den identifizierten Problembereichen (Krankheiten und gesundheitsbeeinträchtigende Bereiche) in Gesundheitseinrichtungen, Gemeinden und Schulen. Förderung von alternativer bzw. traditioneller Medizin;
4. Aktive Einbeziehung der Bevölkerung, d.h. der Zielgruppe, im Sinne einer Förderung von Selbsthilfekapazitäten;

¹¹ Siehe hierzu: Desk-Studie Kapitel 2.4 Projektbegleitung durch MISEREOR (Nov 2012)

5. Netzwerkarbeit, Lobby- und Advocacy- Arbeit , zur Einbindung in bestehende Strukturen (staatlich und zivilgesellschaftlich), um den Aktivitäten und Forderungen der Zielgruppen (zivilgesellschaftlichen Gruppen) ein stärkeres Gewicht zu verleihen.
6. Sonstiges z.B. Unterstützung / Aufbau von Gesundheitsfinanzierungsmöglichkeiten (lokale Krankenkassen), Verbesserung der Wasserqualität durch den Bau von Brunnen, Entwicklung von einer Datenbank, Koordination von Programmen oder Koordination von Gesundheitszentren.

3 Bewertung nach den DAC Kriterien

Die Projektunterlagen und Evaluierungsergebnisse wurden durch das Gutachterteam entsprechend der vom OECD - DAC festgelegten fünf Kriterien Relevanz, Effektivität, übergeordnete entwicklungs-politische Wirkungen, Effizienz und Nachhaltigkeit unter Berücksichtigung der von MISEREOR entwickelten und im Referenzrahmen vorgegebenen Fragen beurteilt. In die Analyse der DAC Kriterien wurden bereits 36 Projekte (18 aus Asien, 10 aus Afrika und 8 aus Lateinamerika) von 117 in der Desk-Studie einbezogen (siehe hierzu Kapitel 1.2 und Annex 2), eine Vertiefung dieser Ergebnisse konnte durch die Evaluierungen der 12 Fallbeispiele (5 in Asien, 5 in Afrika und 2 in Lateinamerika) im Rahmen der Feldphase erzielt werden.

3.1 Bewertung der Relevanz

Als Relevanz wird das Ausmaß bezeichnet, in dem die Ziele der Projektmaßnahmen mit dem Bedarf der Zielgruppen, den Politiken des Partnerlandes und der Partnerinstitutionen, den globalen Entwicklungszielen sowie der entwicklungs-politischen Grundausrichtung MISEREORs und der Bundesregierung übereinstimmen. Die übergreifende Frage lautet: Tun wir das Richtige?

Allen im Rahmen der Desk-Studie untersuchten Projekten wird eine sehr hohe Relevanz bescheinigt, die sich im Wesentlichen in der Fokussierung auf die Zielgruppen ausdrückt, die am wenigsten Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen hatten und hier insbesondere auf Frauen und Kinder. In Lateinamerika ist die Situation etwas anders, da neben der Fokussierung auf die oben genannte Zielgruppe, alle untersuchten Projekte auf übergeordnete Ziele ausgerichtet sind wie „Sicherung des Zugangs von Armen durch Erzeugung politischen Drucks“ und somit auch andere - im Kontext der Zielsetzung - relevante und den professionellen Standards entsprechende Maßnahmen geplant haben.¹² Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass Maßnahmen der Projekte den besonderen und sehr unterschiedlichen Bedingungen in den verschiedenen Ländern und Kontinenten entsprechen. So kann auch den meisten Projekten bescheinigt werden, dass sie ihre Ziele basierend auf den relevanten Kernproblemen und der spezifischen Situation in den Ländern geplant haben und die Projektansätze den jeweiligen Bedarfen sowie weitgehend den professionellen Standards des untersuchten Zeitraums entsprechen. Aus den genannten Gründen wird den Projekten eine sehr gute Relevanz bescheinigt.

Bei der Bewertung der Projekte und bestimmter Ansätze wie die Unterstützung von „*Village Health Worker*“ oder „*Village Health Committees*“ sowie „*Traditional Birth Attendants*“ und „*Traditional / Herbal Medicine*“ tauchen jedoch auch immer wieder kritische Fragen zur Wirksamkeit dieser Ansätze auf, die im Rahmen der Feldbesuche mit berücksichtigt wurden (siehe hierzu Kapitel 4.3). Die im

¹² Brasilien: 233-952-1019; Brasilien: 233-900-1080; Guatemala: 213-011-1015

Folgenden angeführten Beispiele aus der Feldphase bestätigen die Ergebnisse der Desk-Studie und geben zudem einen guten Überblick über die Bandbreite der von MISEREOR unterstützten Projekte.

Liberia

- *Ausbildung medizinischer Fachkräfte im 'Mother Patern College of Health Sciences' in Monrovia (MPCHS: 129-001-1051)*
- *Einrichtung von Räumen für Notdienst und chirurgische Eingriffe an 3 Gesundheitszentren (CHS: 129-001-1064)*
- *2 Fahrzeuge und Computer zur Unterstützung medizinischer Programme in der Erzdiözese Monrovia (CHS 129-001-1038)*

Obwohl beide Projekte bzw. beide Trägerorganisationen völlig unterschiedlich ansetzen, leisten beide einen - erheblichen aber verschieden großen - Beitrag, um die nationalen und internationalen Ziele in Bezug auf die Bereitstellung flächendeckender, zugänglicher, qualitativ hochwertiger Gesundheitsdienste zu verwirklichen.

MPCHS

Die Verfügbarkeit von Gesundheitsfachkräften ist von zentraler Bedeutung für die Funktionsfähigkeit jedes Gesundheitswesens. Das setzt ihre Ausbildung voraus. Wo aufgrund eines Bürgerkrieges - wie in Liberia - mehr Personal fehlt als in vielen anderen Ländern, sind Programme zur Heranbildung qualifizierten Personals von besonderer Bedeutung. Wichtig ist aber auch, dass in den relevanten Berufen bzw. Bereichen ausgebildet wird. Das MPCHS nimmt zu Recht in Anspruch, seine Ausbildungsgänge in enger Rücksprache mit dem Gesundheitsministerium (MoHSW) und anderen Gruppen geplant und der sich über die Jahre langsam ändernden Situation immer wieder angepasst zu haben. Die Ausbildungsfunktion des MPCHS hat erhebliche Relevanz für die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen in Liberia.

CHS

Das Catholic Health Secretariat (CHS) bzw. seine Gesundheitseinrichtungen stellen ein wichtiges Angebot zur Erbringung von Dienstleistungen für die Bevölkerung von Monrovia dar. Weil das Gesamtangebot - über das keine Fakten zugänglich waren - in der Stadt nach Aussage der Interviewpartner immer noch völlig unzureichend ist, ist jede Einrichtung, die Gesundheitsdienste anbietet, von Bedeutung. Wenn solche Einrichtungen - wie das hier zutrifft - das gesamte Spektrum von Basisgesundheit abdecken, d.h. alle relevanten präventiven und kurativen Aspekte entsprechend ihrer Ebene in der Dienstleistungshierarchie mit hoher Qualität ausführen, ist dies von besonderer Bedeutung. Insofern ist die Arbeit des CHS von Relevanz für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

DR Kongo

- *Weitere Förderung der Basisgesundheitsarbeit in den Gesundheitszonen Kimvula und Ngidinga (148-015-1015 KZE)*
- *Koordination des kirchlichen Gesundheitsprogramms in der Erzdiözese Kinshasa (148-001-1080 KZE).*

Im Kontext einer generell prekären Gesundheitssituation in der DR Kongo kann das Engagement beider Projekte als sehr relevant bezeichnet werden. Aufgrund der unterschiedlich gearteten Ausgangslagen in Kisantu und Kinshasa verfolgen beide Projekte verschiedene Strategien und Aktivitäten, die in beiden Fällen in die nationale Gesundheitspolitik und somit auch in die globalen internationalen Anstrengungen eingebettet sind, um einen „Zugang zur Gesundheit für alle“ zu erreichen.

Beide Projekte bemühen sich um einen verbesserten Zugang zu den Basisgesundheitsdienstleistungen für die am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Kinshasa, generell besser aufgestellt und strukturiert als Kisantu, ist dabei tendenziell bereits stärker in der Lage, die internationalen Standards der Basisgesundheitsdienste zu erfüllen. Kinshasa arbeitet mit seinen

eigenen Gesundheitsstrukturen und verfügt über ein effizienteres Kooperationsnetzwerk mit anderen nationalen und internationalen Organisationen und nicht zuletzt auch mit den staatlichen kongolesischen Institutionen. Aufgrund der großen finanziellen Fragilität beider Projekte haben die Bemühungen zur Erlangung größerer Unabhängigkeit von externer Förderung eine große Bedeutung. Zur Förderung, auch der finanziellen Selbständigkeit der Gemeinden, bezieht das Projekt in Kisantu lokale Gemeindegruppen (Relais communautaire) ein und unterstützt sie. Hier werden Elemente einer dauerhaften, nachhaltigen Entwicklung sichtbar, die aufgrund ihrer entwicklungspolitischen Relevanz weiter ausgebaut werden sollten. In Kinshasa bemüht sich das Projekt um eine Diversifizierung der Geber und langfristige eigenständige Absicherung der Finanzierung. In beiden Projekten sollten darüber hinaus die gender-relevanten Aktivitäten, die die Gesundheit von Frauen und jungen Mädchen betreffen, wie frühzeitige Schwangerschaften, Gewalt gegen Frauen, etc., aufgrund ihrer tiefgreifenden Bedeutung weiter gezielt verstärkt werden.

EL SALVADOR

- *Stärkung der Prozesse der Gesundheitspastoral in der Erzdiözese San Salvador, PN: 216-001-1024.*
- *Weiterführung des integralen Gesundheitsprogramms in der Diözese Zacatecoluca, Depto. La Paz, PN: 216-008-1008.*

Das Thema und die Ziele der beiden untersuchten Projekte sind hoch relevant und stimmen mit der entwicklungspolitischen Positionierung der Bundesregierung und den globalen Entwicklungszielen zum „universeller Zugang zu Gesundheit für alle“ überein. Beide Gesundheitspastoralen richten ihre Entwicklungsmaßnahmen an benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die über einen geringen Zugang zu Basisgesundheitsdiensten, Bildung und Beschäftigung verfügen. Hierbei handelt es sich um Familien aus ländlichen, semi-urbanen, indigenen Gemeinden und hier insbesondere um Frauen und Kinder. Das Gesundheitspastoral in San Salvador sowie CARITAS Zacatecoluca verfolgen prioritär die Prävention von Gesundheitsproblemen und gleichzeitig die Stärkung der Gemeinden für deren aktive zivilgesellschaftliche Beteiligung. Dies wird durch den Ansatz der Aus- und Fortbildung der Gemeindeglieder, der ‚Agentes Comunitarios de Pastoral de Salud‘, umgesetzt, die die entsprechenden Gesundheitsprogramme auf Gemeindeebene durchführen. Diese Entwicklungsmaßnahmen sind kongruent zu den übergeordneten Politikzielen und Strategien im Partnerland El Salvador, deren Ziel es ist, demokratische Mechanismen für mehr Dialog und Beteiligung der Bürger zu verankern und so die Partizipation an den politischen Prozessen in El Salvador zu institutionalisieren. Die von den beiden Gesundheitspastoralen initiierten kommunalen Plattformen für die verstärkte politische Bürgerbeteiligung („mesas de salud“) und die bereits oben beschriebenen Gesundheitspromotoren auf Gemeindeebene, wurden in der aktuellen staatlichen Gesundheitsstrategie aufgegriffen und weiterentwickelt. In Bezug auf die Auswahl der Gesundheitsthemen konzentrieren sich die Gesundheitspastoralen im Wesentlichen auf das Recht auf Gesundheit für die gesamte Familie, Ernährung, Mutter- und Kind- Gesundheit und alternative/traditionelle Medizin.

Indien

- *Gemeindebasiertes Gesundheitsprogramm in den Distrikten Kandhamai / Sundargarh, Orissa (OCHA: 312-109-1013 ZG)*
- *Weiterführung der integrierten Gesundheitsarbeit und der Verbreitung eines Krankenversicherungssystems in abgelegenen Regionen Chhattisgarh (RAHA: 321-040-1022 ZG)*
- *Förderung eines Resource Centers für Gesundheitsarbeit in Indien (SOCHARA: 321-900-1147 ZG)*

Die drei untersuchten Projekte können als sehr relevant bezeichnet werden, da sie Ziele in Übereinstimmung mit den nationalen und globalen Gesundheitszielen zur Erreichung des von der internationalen Gemeinschaft gesetzten „Zugang zu Gesundheit für alle“ verfolgen. Jedes der drei Projekte wendet sich an Zielgruppen, die am wenigsten Zugang zu Gesundheitsdiensten in Indien haben, an Frauen und Kinder und an die benachteiligte ländliche Bevölkerung (im Fall der kirchlichen

Organisationen OCHA und RAHA insbesondere an indigene Bevölkerungsgruppen, niedrige Kasten und Kastenlose). In den letzten Jahren hat die indische Regierung einige Maßnahmen initiiert, um Verbesserungen der Gesundheitsversorgung der armen Bevölkerung zu erreichen und um die immer noch sehr hohe Mütter- und Kindersterblichkeit zu senken. Dazu gehört z.B. die „*National Rural Health Mission*“, die seit 2005 in benachteiligten ländlichen Gebieten implementiert wird. Für den hier untersuchten Zeitraum gilt, dass diese Maßnahmen in den Jahren zwischen 2005 und 2008 noch nicht sichtbar waren. Auch weisen Berichte von Interviewpartnern darauf hin, dass es auch gegenwärtig noch immer einen enormen Mangel an Qualität in staatlichen Gesundheitseinrichtungen (Fehlzeiten, Korruption und mangelnde Hygiene) gibt. Das mindert die Effektivität (Qualität) der staatlichen Einrichtungen enorm und fördert weiterhin Ungleichheiten für Arme, die sich nicht leisten können, Hilfe in privaten Institutionen zu suchen. Ein Indikator für das geringe Interesse des Staates an einer umfassenden und allen Menschen Zugang ermöglichenden Gesundheitsversorgung sind zudem die geringen Ausgaben im Gesundheitssektor (unter 1% im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt in den Jahren 2005 - 2007).

Auch wenn die Ziele der drei Organisationen ähnlich sind, arbeiten sie doch auf Basis sehr unterschiedlicher Interventionen und Ansätze. Gemeinsam ist ihnen, dass sie einen umfassenden „Primary Health Care (PHC)“ Ansatz vertreten. Aber nur RAHA und SOCHARA (Nicht-Regierungsorganisation) gelingt es, den PHC Ansatz in Form eines holistischen Ansatzes (Gesundheitsförderung, -versorgung und -betreuung) umzusetzen mit Projektmaßnahmen, die guten bis hohen professionellen Standards entsprechen und sich der gesundheitlichen Situation der Zielgruppe bedarfsorientiert anpassen. Beide Organisationen haben ihre Projekte gut in das staatliche Gesundheitssystem integriert.

Die Projektansätze von OCHA entsprechen ebenfalls weitgehend den professionellen Standards des untersuchten Zeitraums. Es bleibt jedoch anzumerken, dass sie sich z.B. in Bezug auf die Auswahl von Themen im Wesentlichen auf den allgemeinen Bereich ‚Müttergesundheit rund um die Geburt‘ konzentrieren und andere wichtige, die Gesundheit von Frauen und Mädchen beeinträchtigende Bereiche, im Untersuchungszeitraum nur wenig berücksichtigen wie z.B. Gender-Gerechtigkeit, Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Teenager-Schwangerschaften sowie frühe Verheiratung. OCHA, die im Wesentlichen Gesundheitspräventionsmaßnahmen implementiert, vertritt als kirchliche Organisation einen „Dienstleistungs-orientierten“ Ansatz, der kein „Ausstiegsszenario“ für die gewählte Zielregion vorsieht und somit die Möglichkeit eine größere Bevölkerungsgruppe zu erreichen, nicht berücksichtigt. Auch ist OCHA nur in den Gemeinden und Distrikten in das auf dieser Ebene häufig nicht funktionierende staatliche Gesundheitssystem eingebettet und kann somit kaum nachhaltige Strukturen aufbauen.

Philippinen

- *Förderung der gemeindegetragenen Gesundheitsarbeit in den Philippinen (CHD: 410-900-1085)*
- *Gemeindeorientiertes Frauengesundheitsprojekt und alternative Gesundheitsfürsorge in der Provinz Aurora: 410-020-1017*

Beide Projekte können als sehr relevant bezeichnet werden, da sie Ziele in Übereinstimmung mit den nationalen und globalen Gesundheitszielen zur Erreichung des von der internationalen Gemeinschaft gesetzten „Zugang zu Gesundheit für alle“ verfolgen.

Das **CHD-Projekt** zielt auf die Bedürfnisse der armen Bevölkerung ab, die durch ihre Armut und Benachteiligung keinen Zugang zu den Basisgesundheitsdiensten als grundlegendes Menschenrecht haben. Hierbei stellt die Verwendung bereits bestehender „*Community Based Health Programmes (CBHPs)*“ die wesentliche Strategie zur Wissenssteigerung der „*Community Health Worker*“ als eine wichtige Verbindung zu den Gemeinden dar. Allerdings besteht keine formale Verbindung zwischen

den CBHPs, den lokalen staatlichen Behörden (auf Gemeinde- und Distriktebene) und dem Gesundheitsministerium.

Der Fokus des **KALINGA Projektes** liegt auf der Müttergesundheitsfürsorge durch Aufklärung und Schulung der traditionellen Geburtshelfer. Das Projekt war vereinbar mit dem Ziel der damaligen Regierung, die Müttersterblichkeit zu verringern. Hierzu war es unabdingbar, die Zugangslücken zu Gesundheitsdienstleistungen für Mütter zu schließen und die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung der Gemeinden in der Aurora Provinz zu verbessern. Seit 2008 die philippinische Regierung über einen Erlass ausschließlich Entbindungen in Krankenhäusern fördert, ist eine Schwangerschaftsbetreuung und Hausentbindung durch traditionelle Geburtshelfer nicht mehr erwünscht. Traditionelle Geburtshelfer werden im Rahmen aktueller Strategien des Gesundheitsministeriums zu „Community Health Worker“ fortgebildet, die sich allgemein um Gesundheitsprävention in den Gemeinden bemühen sollen. Das KALINGA Projekt hat seine Aktivitäten und Strategien nach 2008 auf die veränderte Situation hin ausgerichtet.

3.2 Bewertung der Effektivität

Als Effektivität wird das Ausmaß angesehen, in dem die direkten Wirkungen der Entwicklungsmaßnahme erreicht werden (Soll-Ist-Vergleich). Die übergreifende Frage lautet: Erreichen wir die Ziele der Entwicklungsmaßnahme? bzw. Tun wir es richtig?

Die Effektivität der Projekte wird im Rahmen der Desk-Studie insgesamt gut bis befriedigend bewertet. Die Projektdokumente (Endberichte) geben Hinweise darauf, dass die - auf Basis der geplanten Projektziele implementierten Maßnahmen - in Form der angestrebten „Leistungen“ in den meisten Projekten erreicht werden; und dies trotz der widrigen Arbeitsbedingungen und der häufig vorhandenen Ignoranz seitens der staatlichen Gesundheitsverwaltung wie es z.B. u.a. in Projekten in Guatemala, Haiti¹³ oder der DR Kongo festgestellt werden konnte. Für die ganze Bandbreite der in den Bewilligungsvorlagen angesprochenen Zielsetzungen in Form von erwarteten Wirkungen gilt dies nicht in gleicher Weise. Bestätigt werden kann: je einfacher die Ziele formuliert wurden, desto häufiger konnte ihre Erreichung nachgewiesen werden; je anspruchsvoller und komplexer die Ziele sind, desto seltener werden sie erreicht bzw. es wird aus den Projekten nur noch über erfolgreich durchgeführte Aktivitäten berichtet aber nicht, ob die anspruchsvollen Ziele erreicht wurden. Die Gründe liegen - wie in der Desk-Studie ausführlicher dargestellt (Desk-Studie, Kapitel 3.4) - neben den häufig unspezifischen Situationsanalysen in Bezug auf die konkrete Zielgruppe und die Zielgruppengröße sowie daraus folgenden wenig spezifischen Zielsetzungen aber auch in der relativen Begrenztheit der Fördermittel (im Allgemeinen zwischen 25.000 und 150.000€), die für eine Umsetzung geplanter umfassender Zielsetzungen - wie z.B. Senkung der Müttersterblichkeit - unzureichend ist.

Nach den Ergebnissen der Desk-Studie konnte den Projektunterlagen meist nur eine unspezifische Anzahl der Nutznießer (Nutzerraten) der durchgeführten Projektmaßnahmen entnommen werden. Für die meisten Projekte wurden als Zielgruppen ‚die Armen‘ oder ‚Frauen bzw. Kinder‘ der Gemeinden oder Regionen genannt, die zum Einzugsgebiet des Projektes gehörten. Das variierte in den meisten Projekten mit Zahlenangaben zwischen 25.000 - 1.500.000. Es wurde häufig keine Unterscheidung zwischen der Zielbevölkerung und der Zielgruppe - also den tatsächlichen Nutznießern - unternommen. Die Ergebnisse der Feldstudie ergaben dagegen ein anderes Bild: in den hier evaluierten Projekten wurden die Zielgruppen sowie die Zielgruppengröße eindeutig benannt. Die

¹³ Haiti: Nr. 223-004-1023 / Guatemala Nr. ... 213-005-1008

Nutzerraten der implementierten Maßnahmen wurden in allen Projekten über das PME-System erfasst und entsprachen weitgehend den Planungen, ein weiterer Hinweis für die Effektivität der durchgeführten Projektmaßnahmen (siehe Länderberichte).

Wie auch in Kapitel 4.2 beschrieben, lassen sich die in den Projekten erzielten Wirkungen in das von MISEREOR entwickelte Wirkungsgefüge einordnen, auch wenn es zur Plausibilität des entwickelten Wirkungsgefüges noch einige Anmerkungen gibt (siehe hierzu Kapitel 3.6)

Die im Folgenden angeführten Beispiele aus der Feldphase bestätigen das differenzierte Bild der Desk-Studie und geben ebenfalls Hinweise auf die Stärken und Schwächen der Projekte in Bezug auf ihre Effektivität. Interessant sind hier insbesondere Hinweise auf negative Auswirkungen durch „Zielkonflikte“ auf die Effektivität von Projekten wie z.B. bei einem der Projekte in Liberia.

Liberia

- *Ausbildung medizinischer Fachkräfte im 'Mother Patern College of Health Sciences' in Monrovia (MPCHS)*
- *Einrichtung von Räumen für Notdienst und chirurgische Eingriffe an 3 Gesundheitszentren (CHS)*
- *2 Fahrzeuge und Computer zur Unterstützung medizinischer Programme in der Erzdiözese Monrovia (CHS)*

Als wesentliche Maßnahme war beim MPCHS sowohl in der Phase von 2006-2009 als auch in der darauf folgenden die Durchführung von Ausbildungsgängen verschiedener Gesundheitsberufe geplant. Alle geplanten Aktivitäten wurden durchgeführt und die quantitativen Indikatoren (Anzahl der Student (inn)en pro Programm) erfüllt. Diese Maßnahmen waren auch mit den angestrebten Zielen kongruent, so dass diese ebenfalls erreicht wurden und insgesamt ein wirksamer Beitrag zur Erreichung des Oberziels - der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung - geleistet wurde. Das Projekt war und ist sehr effektiv.

Die Projektmaßnahmen des als „*hardware*“ angesiedelten CHS Projektes bestanden in:

- Materiallieferungen für die Einrichtung von Operationssälen. Damit wurden in den „*Health Centres*“ operative Dienstleistungen ermöglicht, die es vorher nicht gegeben hatte und die theoretisch einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsverbesserung darstellen;
- Bereitstellung von Autos und Computern als materielle Unterstützung des Sekretariats, so dass es weiter seiner Supervisionspflicht nachkommen und die Gesundheitszentren weiterhin mit Medikamenten beliefern konnte.

Mit beiden Maßnahmen konnte ein Beitrag zur Zielerreichung der Einrichtungen geleistet werden, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu verbessern. Der Beitrag war also effektiv.

Diese Materiallieferungen waren Teil eines "Hauptprojektes" mit dem Ziel einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. An diesem Projekt sind u.a. neuen „*Health Centres*“ und „*Clinics*“ in Monrovia beteiligt, die ihrerseits vom CHS unterstützt und betreut werden. Die bisher hohen Nutzerzahlen der Einrichtungen lassen keinen Zweifel daran, dass hier ein deutlicher Beitrag zur Basisversorgung der Bevölkerung von Monrovia geleistet wurde. Seit einiger Zeit sinken die Nutzerzahlen langsam, aber stetig und verweisen auf das Hauptproblem des Projektes: die Zielgruppe der wirklich armen Bevölkerung wird nicht erreicht. Als Ursache wird ein unauflöslicher Zielkonflikt gesehen, da vom Geber erwartet wird, dass die geförderten Einrichtungen sich zumindest teilweise - wenn nicht zunehmend - selbst finanzieren. Dies führt dazu, dass die katholischen Gesundheitseinrichtungen Gebühren verlangen, die von den Armen nicht bezahlt werden können: Ein Kind mit einer schweren Lungenentzündung behandeln zu lassen, kostet etwa 10 % des Monatsgehalts einer Krankenschwester; ein Asthma Patient muss für eine Monatsbehandlung etwa 10 % des Gehalts eines

Fahrers ausgeben. Insgesamt werden so etwa 70% der Gesamtkosten durch Patientengebühren finanziert. Andererseits will man nicht darauf verzichten, "besonders die Armen" als vordringliche Zielgruppe zu benennen. Diese beiden Ziele schließen sich im Rahmen der gegenwärtigen Projektstrukturen und -strategien aus.

Die hohen Zusatzkosten für Patienten sind vermutlich der Hauptgrund, weswegen der Bau und die Ausrüstung von Operationssälen an drei der „*Health Centres (HC)*“ als ineffektiv bezeichnet werden muss: Obwohl der Bedarf an chirurgischen Interventionen sicherlich groß ist, werden in allen drei Einrichtungen seit Jahren nur etwa drei größere Operationen pro Monat pro HC durchgeführt. Wenn man bedenkt, dass eine einfache Leistenbruchoperation etwa ein Drittel des Monatsgehältes einer Krankenschwester oder die Hälfte des Salärs eines Fahrers kostet, dann liegt die Erklärung für die geringe Nutzung auf der Hand.

DR Kongo

- *Weitere Förderung der Basisgesundheitsarbeit in den Gesundheitszonen Kimvula und Ngidinga*
- *Koordination des kirchlichen Gesundheitsprogramms in der Erzdiözese Kinshasa*

Beide Projekte intervenieren zwar mit unterschiedlicher Intensität auf verschiedenen Ebenen, werden aber gleichermaßen mit ihren ausgewiesenen Kapazitäten und Ergebnissen als in den Basisgesundheitsdiensten erfahrene Institutionen wahrgenommen. Die formulierten Projektziele wurden verfolgt und weitgehend erreicht. In Kinshasa konnte der Zugang zu Basisgesundheitsdiensten über ein eigenes Netzwerk von über 100 Gesundheitseinrichtungen wesentlich verbessert werden. In Kisantu wird in enger Zusammenarbeit mit staatlichen Gesundheitsstrukturen und mit Gemeindefräaktionen erfolgreich versucht, die nach wie vor unterversorgten ländlichen Basisgesundheitsysteme weiter zu stärken und auszubauen. Hierzu zählen besonders die Beiträge zur Verbesserung der Lebensqualität der Mütter und der Kinder unter fünf Jahren (verbesserte Impfkampagnen).

In einigen Bereichen sollten die Projektstrategien zur Steigerung der Effektivität nachjustiert werden. Dies betrifft insbesondere die Herausforderungen im Bereich der langfristigen finanziellen Absicherung, Professionalisierung der Managementsysteme, der Instabilität bzw. Fluktuation beim Personal und den Fragenkomplex, wie auf die wachsende Konkurrenz der privaten Gesundheitsanbieter eingegangen werden kann.

El Salvador

- *Stärkung der Prozesse der Gesundheitspastoral in der Erzdiözese San Salvador, PN: 216-001-1024.*
- *Weiterführung des integralen Gesundheitsprogramms in der Diözese Zacatecoluca, Depto. La Paz, PN: 216-008-1008.*

Generell stellen die Interventionen beider Gesundheitspastoralen im Hinblick auf die Zielerreichung einen effektiven Beitrag dar. Die beiden hier evaluierten Projekte sind fokussiert auf den Einsatz von gut ausgebildeten und erfahrenen Gesundheitspromotoren in den Gemeinden. Das Gesundheitspastoral San Salvador kooperiert effektiv mit den staatlichen Strukturen in der Verfolgung des Ansatzes, generell die Zusammenarbeit mit den Gesundheitspromotoren und ihre Integration auf nationaler Ebene zu fördern. Insgesamt wird angestrebt, die medizinischen Dienstleistungen zu verbessern. Damit wird ein wirksamer Beitrag für eine größere Nachhaltigkeit des Projektes geliefert. Dagegen interveniert CARITAS Zacatecoluca fast ausschließlich auf Gemeindeebene und hat deshalb insgesamt einen viel kleineren Wirkungsradius als die Gesundheitspastorale San Salvador.

Indien

- *Gemeindebasiertes Gesundheitsprogramm in den Distrikten Kandhamai / Sundargarh, Orissa (OCHA)*
- *Weiterführung der integrierten Gesundheitsarbeit und der Verbreitung eines Krankenversicherungssystems in abgelegenen Regionen Chhattisgarh (RAHA)*
- *Förderung eines Resource Centers für Gesundheitsarbeit in Indien (SOCHARA)*

Die drei evaluierten Projekte sind auf verschiedenen Ebenen aktiv. OCHA, die im Wesentlichen in der Gemeindefeldarbeit tätig ist, konnte drei ihrer vier Ziele nach den hier ermittelten Daten zu 100 % erfüllen. Da das vierte Ziel (Zusammenarbeit mit staatlichen Strukturen und Verbesserung der Dienstleistungen), das als Voraussetzung für eine Nachhaltigkeit des Projektes betrachtet werden muss, nur zu einem geringen Teil erreicht werden konnte, kann das Projekt als nur eingeschränkt effektiv bezeichnet werden. Das wird auch in dem neu erstellten Wirkungsgefüge für das Projekt sichtbar.

RAHA setzt als partizipative Steuerungselemente regelmäßige (d.h. monatliche) Treffen der "Kernteams" auf den verschiedenen organisatorischen Ebenen ein, um Erfahrungen auszutauschen, ein Up-date an Informationen zu gewährleisten sowie die nächsten Schritte planen bzw. auf Veränderungen reagieren zu können. Durch diese Maßnahmen kann ein hohes Maß an Effektivität erzielt und auch auf veränderte Bedarfe adäquat reagiert werden. Das Projekt konnte die geplanten Ziele erreichen.

SOCHARA, die auf allen Ebenen (Gemeinde, Region, indischer Staat, indische Nation, international) aktiv ist über die Mitwirkung an Lobby-Arbeit, Ausbildung / Fortbildung von Gesundheitsfachpersonal, Umsetzung von staatlichen Gesundheitsprogrammen in Form von Pilot-Projekten und Präventions-Kampagnen konnte in der hier evaluierten Periode alle angestrebten Ziele erreichen und kann somit als sehr effektiv bezeichnet werden. Dies wird auch im neuerstellten Wirkungsgefüge sichtbar. Als besonders interessant sind die partizipativen Management- und Steuerungsinstrumente von SOCHARA zu nennen, die eine der wesentlichen Voraussetzungen für den Erfolg und die Effektivität der Organisation sind.

Philippinen

- *Förderung der gemeindegetragenen Gesundheitsarbeit in den Philippinen (CHD)*
- *Gemeindeorientiertes Frauengesundheitsprojekt und alternative Gesundheitsfürsorge in der Provinz Aurora (KALINGA)*

Beide Projekte erzielen befriedigende Ergebnisse hauptsächlich in Bezug auf die erreichten Leistungen. CHD konnte durch die Entwicklung eines breitgefächerten Netzwerkes von Mitgliedsorganisationen die Umsetzung des Zugangs zu Basis-Gesundheitsdienstleistungen auf Gemeindeebene weitgehend verwirklichen. Das Gesamtkonzept sollte neu überarbeitet werden und der „*activity based*“-Arbeitsansatz, bei dem der Fokus hauptsächlich auf den Aktivitäten und individuellen Dienstleistungsmaßnahmen liegt, hat sich hin zu einem ganzheitlicheren „*change oriented / impact oriented*“-Planungsansatz verschoben. Eine so entwickelte strategische Planung sollte definierte Auswirkungen sowie eine „*exit-or-phase-out*“ Strategie beinhalten. Die Auswirkungen der CHD Lobby Arbeit zeigt ermutigende Ergebnisse. Allerdings konnte das Evaluierungsteam durch das Fehlen definierter Prozessindikatoren und einem Mangel an Monitoringdaten (PME System) nur eine eingeschränkte Evaluation auf Systemebene vornehmen.

KALINGA/AKAP leistet einen großen Beitrag zur Reduzierung der Müttersterblichkeit in den Gemeinden. Die Ziele konnten erreicht werden bzw. wurden dem veränderten Bedarf angepasst. So gibt es eine verstärkte Berichterstattung über Fälle von Gewalt gegen Frauen u. Kinder. Als Antwort auf das Verbot der Regierung, häusliche Geburten zu betreuen, hat AKAP seinen Schwerpunkt auf die Ausbildung der traditionellen Geburtshelfer zu Gemeindeggesundheitsarbeitern verlagert. Dadurch sind

sie besser in der Lage, präventive Maßnahmen im Kontext der Müttergesundheit zu fördern und z.B. auf Gesundheitseinrichtungen hinzuweisen und Frauen während der Schwangerschaft zu begleiten.

3.3 Bewertung der übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen (Impact)

Unter übergeordneten Wirkungen wird das Ausmaß verstanden, in dem die Entwicklungsmaßnahmen dazu beitragen, dass die angestrebten übergeordneten Wirkungen erreicht werden sowie andere indirekte Wirkungen eintreten. Die übergreifende Frage lautet: Tragen wir zur Erreichung übergeordneter entwicklungspolitischer Wirkungen bei?

Aufgrund der vorhandenen Datenlage, die sich in fehlenden Bezugsgrößen äußert, war eine Zuordnung zu übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen im Rahmen der Desk-Studie nur in einem geringen Umfang möglich (siehe hierzu ausführliche Beschreibungen in der Desk-Studie). Im Gegensatz dazu konnten während der Feldphase in allen untersuchten Projekten übergeordnete Wirkungen erfasst werden. Auch wenn es in keinem der Projekte für den untersuchten Zeitraum Wirkungsindikatoren gab, die überprüft werden konnten, war es gut möglich, mit Hilfe von Projektunterlagen und aufgrund der vergangenen Zeitspanne von bis zu 8 Jahren, Veränderungen als Folge von im Zeitraum von 2005 bis 2008 implementierten Interventionen festzustellen. Dabei muss hervorgehoben werden, dass identifizierte und im Folgenden beschriebene Veränderungen nie ausschließlich auf die von MISEREOR unterstützten Interventionen zurückgeführt werden können. Es kann aber belegt werden, dass die evaluierten Projekte einen wesentlichen Beitrag zu den identifizierten Wirkungen (entsprechen den direkten und indirekten Wirkungen des Wirkungsgefüges) beigetragen haben. Darüber hinaus können einige Projekte als strukturbildend und breitenwirksam in Bezug auf das Gesundheitssystem in der Projektregion genannt (Beispiele aus allen besuchten Ländern, siehe unten) und sogar als modellhaft bezeichnet werden (Beispiele von Projekten aus Liberia, Indien, El Salvador und den Philippinen).

Generell muss betont werden, dass sich die Messung der übergeordneten Wirkungen im Gesundheitsbereich als schwierig erweist, da Gesundheitsdienste nicht unter kontrollierten Bedingungen operieren. Dass Gesundheit - sowohl des einzelnen als auch eines Kollektivs - einen hohen Wert an sich darstellt, ist allgemeiner Konsens und ausreichend wissenschaftlich belegt.

Liberia

- *Ausbildung medizinischer Fachkräfte im 'Mother Patern College of Health Sciences' in Monrovia (MPCHS: 129-001-1051)*
- *Einrichtung von Räumen für Notdienst und chirurgische Eingriffe an 3 Gesundheitszentren (CHS: 129-001-1064)*
- *2 Fahrzeuge und Computer zur Unterstützung medizinischer Programme in der Erzdiözese Monrovia (CHS 129-001-1038)*

Die Dekanin der von MISEREOR geförderten medizinischen Fachhochschule (MPCHS) ist eine extrem erfahrene und auf allen Gebieten geschätzte Persönlichkeit in Liberia. Sie nimmt Aufgaben in zahlreichen nationalen und internationalen Gremien in Liberia wahr und verfügt über ein großes Maß an landesweitem Einfluss. Der reicht von der Verteilung der Gelder des Global Fund (GFATM) bis hin zu Beratungen des Gesundheitsministeriums und internationaler Geber in Liberia.

Das College und seine Graduierten wirken ebenfalls auf die Gesamtsituation des Landes. Bisher finden praktisch alle Graduierten eine Anstellung, die ihren Qualifikationen entspricht. Somit ist sichergestellt, dass das MPCHS einen erheblichen Beitrag zur Gesundheitsverbesserung in Liberia leistet.

Darüber hinaus sind viele Absolventen - nicht zuletzt wegen des guten Rufes ihrer Ausbildung - mittlerweile in wichtigen Positionen im Gesundheitsministerium und in internationalen Nicht-

Regierungsorganisationen tätig. Dies trägt den Geist der Ausbildungsstätte in viele Bereiche und erleichtert die informelle Vernetzung des MPCHS ungemein.

Teils durch Initiativen von Schulabgängern (Labor), teils auf Grund von Bitten des MoHSW (Gesundheitsministeriums) entwickelt das College Einfluss über die tägliche Ausbildung hinaus: neue Kurse oder Studiengänge werden entworfen, die dann von anderen Einrichtungen übernommen werden (Bridging Diploma); teils werden neue Standards für Liberia entwickelt wie mit dem Master of Nursing Education oder dem Master für klinische Sozialarbeit. Policy-Dokumente werden mitentwickelt und Lehrkräfte des MPCHS werden gebeten, die Standards staatlicher Einrichtungen zu überprüfen.

Insgesamt hat das von MISEROR unterstützte Projekt Einfluss auf:

- die Gesundheitssituation der Bürger von Liberia
- auf die Gesundheitspolitik des Landes
- auf die Ausbildungsstandards und
- auf die Anwendung dieser Standards.

Es erreicht so sehr viel größere Wirkungen als aus den Projektdokumenten ersichtlich.

Die hohe Qualität der Arbeit in den „*Health Centres*“ und den „*Clinics*“, die durch die Arbeit des CHS ermöglicht und gefördert wird, trägt ebenfalls zweifelsohne dazu bei, das Oberziel einer verbesserten Gesundheit der Bevölkerung von Monrovia zu verwirklichen. Darüber hinaus sind die hohen Standards der Einrichtungen verschiedentlich vom Gesundheitsministerium und internationalen Nicht-Regierungsorganisationen gewürdigt worden und tragen so dazu bei, Maßstäbe zu setzen.

DR Kongo

- *Weitere Förderung der Basisgesundheitsarbeit in den Gesundheitszonen Kimvula und Ngidinga*
- *Koordination des kirchlichen Gesundheitsprogramms in der Erzdiözese Kinshasa*

Beide Projekte konnten wichtige Beiträge und Anstöße zur Erreichung der langfristigen Zielorientierungen erbringen. Ein präziser Soll-Ist-Vergleich kann aufgrund der bereits skizzierten unzureichenden Datenlage nicht erbracht werden. Die vorhandenen Daten und die gemachten Beobachtungen erlauben aber den Schluss, dass beide Projekte auf kommunaler Ebene nicht nur als positive und veränderungsorientierte Interventionen wahrgenommen werden, sondern auch signifikante Wirkungen auf lokaler und regionaler Ebene beschrieben werden können: als direkte Wirkungen können an beiden Standorten ein einfacherer Zugang zu verbesserten Gesundheitssystemen und eine verstärkte Beteiligung der Nutzer auf kommunaler Ebene an der Steuerung und Supervision der sanitären Einrichtungen hervorgehoben werden. Als indirekte Wirkungen können die damit erzeugten positiven Ausstrahlungen auf das nationale kongolesische Gesundheitswesen beschrieben werden: Wahrnehmung der Projektergebnisse als Referenzaktivitäten, die Impulse zu einer effektiveren und effizienteren Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme erbringen und damit einen Beitrag zu einer langfristigen Verbesserung der nationalen Gesundheitsdienste leisten.

El Salvador

- *Stärkung der Prozesse der Gesundheitspastoral in der Erzdiözese San Salvador, PN: 216-001-1024.*
- *Weiterführung des integralen Gesundheitsprogramms in der Diözese Zacatecoluca, Depto. La Paz, PN: 216-008-1008.*

Das Gesundheitspastoral in San Salvador und das in Zacatecoluca leisten durch ihre Koordinations- und Beratungsleistungen einen wichtigen Beitrag zu übergeordneten entwicklungspolitischen Zielen. Bei den Mitgliedern der Gesundheitspastoralen und auf Regierungsseite besteht einheitlich die Wahrnehmung, dass die Projektaktivitäten einen maßgeblichen Anteil an der Entwicklung und

Umsetzung der aktuellen Gesundheitsreformen haben. Mit den „*mesas de salud*“, als Dialog-Plattformen zu mehr Gesundheitsinformationen, Recht auf Gesundheit, etc., liefert das Projekt pionier- und modellhafte Beiträge zur transparenten und partizipativen Umgestaltung des Gesundheitswesens. Hervorzuheben ist in Zacatecoluca die Rehabilitierung der traditionellen, alternativen Medizin und deren Verbreitung auch auf nationaler Ebene.

Beide Projekte konnten damit, auf unterschiedlichen Ebenen, auch wichtige Anstöße und Ergebnisse zu anvisierten Langzeitergebnissen erbringen (siehe z.B. politische Bürgerbeteiligung, Recht auf Gesundheit). Signifikante Ergebnisse sind in der Gesundheitspastorale Zacatecoluca nicht auf regionaler oder staatlicher Ebene messbar, sondern v.a. im Projektgebiet (Gemeinden) nachzuweisen. Das Projekt konzentriert sich in diesem Fall auf die Gemeindearbeit und ist nur in begrenztem Ausmaß, über die kirchlichen Kooperationsmechanismen mit staatlichen Entscheidungsträgern bzw. den für das Projekt relevanten staatlichen Organisationen verbunden.

Im Gegensatz dazu konnte die Gesundheitspastorale San Salvador Langzeiteffekte und somit Wirkungen ihrer Aktivitäten im nationalen Kontext präsentieren. Die Ursache kann mit dem strategischen Standort, dem unterschiedlichen Setting und der Tatsache gesehen werden, dass ehemalige Mitarbeiter heute in führenden Positionen im Gesundheitsministerium El Salvadors agieren.

Indien

- *Gemeindebasiertes Gesundheitsprogramm in den Distrikten Kandhamai / Sundargarh, Orissa (OCHA)*
- *Weiterführung der integrierten Gesundheitsarbeit und der Verbreitung eines Krankenversicherungssystems in abgelegenen Regionen Chhattisgarh (RAHA)*
- *Förderung eines Ressource Centers für Gesundheitsarbeit in Indien (SOCHARA)*

Zwei der drei evaluierten Projekte erreichten die anvisierten Langzeitergebnisse. Wie bereits beschrieben, sind die Ergebnisse von OCHA nur sichtbar im unmittelbaren Projektgebiet (Gemeinde). Signifikante (sichtbare) Ergebnisse auf regionaler oder staatlicher Ebene (Orissa) sind nicht erkennbar oder messbar, da das Projekt in keinerlei Hinsicht direkt oder über kirchliche Organisationen erkennbar mit staatlichen Entscheidungsträgern bzw. den für das Projekt relevanten staatlichen Organisationen verbunden ist. Nach den Ergebnissen der Evaluierung ist auch die Schirmorganisation CHAI, die mit staatlichen und Nicht-Regierungsorganisationen in Indien kooperiert, diesbezüglich nicht erkennbar unterstützend tätig.

Im Gegensatz dazu konnten sowohl RAHA und SOCHARA Langzeiteffekte und somit Wirkungen ihrer Initiativen präsentieren. Als Grund kann für beide Organisationen der umfassende PHC Ansatz genannt werden, partizipative Strukturen, die bedarfsorientierte Anpassungen von Projektplanungen zulassen sowie die gute Einbindung in staatliche Strukturen auf allen relevanten Ebenen. Im Fall von RAHA konnte eine signifikante Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Projektgebiet (Gemeinden und Distrikte) ermittelt werden (z.B. starke Reduzierung der Malariaerkrankungen), Im Fall der Organisation SOCHARA, die insbesondere auf Meso- und Makro-Ebene aktiv ist, konnten entsprechend weitreichendere Wirkungen festgestellt werden:

Makro-Ebene:

- Teilnahme an internationalen und nationalen Initiativen des „People Health Movements“ auch in leitenden Funktionen;
- Signifikanter Beitrag zur „*National Rural Health Mission (NRHM)*“ (Community participation, gender sensitivity);

Meso-Ebene:

- Implementierung des NRHM Konzepts in dem indischen Staat Tamil Nadu als Pilotmaßnahme
- Teilnahme am jährlichen „Überarbeitungsprozess“ der NRHM, initiiert von der indischen Regierung;
- Erfolgreiche Kampagnen (Right to free medicines recommendation 2013);
- Entwicklung von Ausbildungsstandards im Rahmen der von SOCHARA entwickelten Aus- und Fortbildungsprogramme;

Die Projekte der beiden Organisationen RAHA und SOCHARA können als modellhaft bezeichnet werden.

Philippinen

- *Förderung der gemeindegetragenen Gesundheitsarbeit in den Philippinen (CHD)*
- *Gemeindeorientiertes Frauengesundheitsprojekt und alternative Gesundheitsfürsorge in der Provinz Aurora (KALINGA)*

Im Rahmen der Evaluierung des CHD-Projekts konnte - nach Aussage der Interviewpartner - eine Verbesserung der allgemeinen Gesundheitssituation in den Gemeinden festgestellt werden. Es gibt zudem gute Beispiele, wie die Etablierung von „*People's Organisations*“¹⁴, die als Selbsthilfe- aber auch Lobbygruppen für Gesundheitsthemen auftreten und als Modell für „*Good Practice*“ dienen können. Weitere wichtige Errungenschaften des Projektes sind die gut implementierten „*Community-Health-Worker*“ Gruppen auf Gemeindeebene, die mittlerweile auch auf Distrikt- und Regionsebene etabliert werden. Besonders interessant ist, dass es gelang, Student/Innen von medizinischen Fach- und Hochschulen in die aktive Gemeindegarbeit der „*Community-Health-Worker*“ miteinzubeziehen. Die Mitarbeit wird dadurch gefördert, dass im Rahmen des „Community-Based-Approach“ und als Bestandteil des Curriculums von den Studenten praktische Erfahrungen in den Gemeinden erwartet werden.

Als ein Faktor, der die Wirksamkeit des Projektes negativ beeinflussen könnte, muss vermerkt werden, dass die kirchlichen Organisationen, die eng mit den kirchlich orientierten gemeindebasierten Programmen arbeiten, keine Dringlichkeit in einer Zusammenarbeit mit Regierungsorganisationen sehen.

Auch beim KALINGA/AKAP-Projekt konnten Wirkungen in Form einer verbesserten Gesundheitssituation aufgrund von Projektaktivitäten in den letzten Jahren beschrieben werden. In diesem Projekt sind insbesondere die Lobby-Erfolge der „*Women and Children Quick Response-Teams*“ zu nennen, die sich u.a. auf Gender-relevante Themen konzentrieren und mittlerweile auch von staatlichen Stellen akzeptiert sind. So arbeiten die Teams mit Unterstützung des Projekts an der Entwicklung eines Überweisungssystems (Erfassung und Bewertung relevanter Gesundheitseinrichtungen), das funktionell sein und in Einklang zu der bestehenden Gesundheitspolitik stehen soll.

Nach wie vor gibt es organisationsinterne, sozio-ökonomische und politische (Militarisierung) Herausforderungen, die bewältigt werden müssen.

¹⁴ Eine bestimmte Form von Selbsthilfe-Initiative in philippinischen Gemeinden, die sich dadurch auszeichnet, dass die Mitglieder(innen) sich gegenseitig helfen, d.h. Arbeitskraft zur Verfügung stellen.

3.4 Bewertung der Effizienz

Effizienz bezieht sich auf das Maß für die Angemessenheit der für eine Entwicklungsmaßnahme eingesetzten Ressourcen zu den damit erzielten Resultaten (Kosten-Nutzen-Verhältnis). Die übergeordnete Frage lautet: Werden die Ziele wirtschaftlich erreicht?

Auch für die Bewertung der Effizienz der Projekte gilt, dass erst durch die Evaluierungen im Rahmen der Feldphase konkretere Aussagen getroffen werden konnten. Insgesamt konnten in allen evaluierten Projekten Organisationsstrukturen ermittelt werden, die eine effiziente Umsetzung der geplanten Interventionen ermöglichte. Ein differenzierteres Bild ergibt sich (siehe Beispiele unten), wenn man die Professionalität bzw. die Qualifikationen der Führungskräfte betrachtet. Nur einige Projekte verfügten über ein Management bzw. über Strukturen, die bedarfsorientierte Anpassungen von Projektstrategien ermöglichten. Als weitere Herausforderungen für viele Projekte gilt, dass sie - auch aufgrund ihrer finanziellen Situation - im besten Fall nur über eine hervorragende Führungskraft verfügen und nicht über adäquate Stellvertreter bzw. gut ausgebildetes mittleres Management. Auch die hohe Personalfluktuation aus unterschiedlichen Gründen, wie in den unten aufgeführten Beispielen dargestellt, stellt eine Herausforderung für viele Projekte dar. Des Weiteren bleibt anzumerken, dass - wie erwartet (siehe hierzu Kapitel 2.2) - nur in wenigen Projekten im Untersuchungszeitraum 2005 - 2007 aber auch gegenwärtig ein gut funktionierendes PME System existierte bzw. existiert, das Wirkungsmonitoring ermöglichte und ermöglicht. Nichtsdestotrotz konnte bei den meisten Partnerorganisationen und ihren Mitarbeitern ein klares Verständnis ermittelt werden, welche Faktoren den Projekterfolg fördern bzw. gefährden und welche Wirkungen erzielt wurden bzw. erzielt werden könnten.

Liberia

- *Ausbildung medizinischer Fachkräfte im 'Mother Patern College of Health Sciences' in Monrovia (MPCHS: 129-001-1051)*
- *Einrichtung von Räumen für Notdienst und chirurgische Eingriffe an 3 Gesundheitszentren (CHS: 129-001-1064)*
- *2 Fahrzeuge und Computer zur Unterstützung medizinischer Programme in der Erzdiözese Monrovia (CHS 129-001-1038)*

Die Organisation des MPCHS ist einfach und wirksam: unter der Dekanin gibt es sieben Abteilungen und die Verwaltung. Das Management liegt ausschließlich in der Hand der Dekanin. Eine/n StellvertreterIn gibt es nicht, allerdings werden die Abteilungs koordinatoren zunehmend mit Aufgaben betraut, die bis vor kurzem ausschließlich von der Chefin wahrgenommen wurden.

Die Qualität der Ausbildung ist sehr gut (gut qualifizierte Lehrer /ein Lehrer auf zehn Studenten / gut ausgestattete Bibliothek und Labore / einzige Kritik: es gibt zu wenig Computer für Studenten). Diese Überzeugung teilen Leitung, Lehrer, Schüler - und Gesprächspartner von außerhalb.

Der langsame Übergang des Landes von einer Katastrophen- bzw. Nachkriegssituation hin zu einer Wiederaufbau- und Entwicklungsperspektive in den letzten zehn Jahren ging auch mit einer Veränderung des Angebotsspektrums des College seit etwa 2004 einher: Zunehmend werden "einfachere" zweijährige Ausbildungsgänge ergänzt oder auch ersetzt durch anspruchsvollere, längere, "höhere" Bachelor- und Masterstudiengänge. Die Strategie des gesamten politechnischen (Hoch)schule, sich bis 2020 zu einer Universität weiterzuentwickeln und das MPCHS schon bald zu einer "Graduate School" umzustrukturieren, ist Ursache und wohl auch Folge dieser Entwicklung. Vermutlich ist sie notwendig und gerechtfertigt. Fakten über Ausbildungseinrichtungen, Ausbildungsgänge und Ausbildungskapazitäten des Landes gibt es nicht. Ohne einen guten Überblick über die gesamte Ausbildungssituation des Landes zu haben, lässt sich schwer beurteilen, ob diese Entwicklung den dringendsten Notwendigkeiten des Landes entspricht. Insgesamt ist das MPCHS eine äußerst effiziente Einrichtung.

Das kleine Büro des CHS ist mit einer Koordinatorin - der einzigen medizinischen Fachperson - und sieben weiteren Mitarbeiter(inne)n personell gut ausgestattet, verfügt über ausreichend Raum und reichlich Transport (unterstützt durch MISEREOR). Unterstützende Supervisionsbesuche werden - sehr häufig - zweiwöchentlich für alle neun Gesundheitseinrichtungen durchgeführt. Die Finanzen werden täglich akribisch abgerechnet und buchhalterisch erfasst. Auch die Servicedaten werden detailliert erhoben und monatlich zusammengefasst, so dass ein sauberes Monitoring der vereinbarten Projektziele möglich ist. Die gut geführten „*Health Center*“ und „*Clinics*“ bieten das gesamte Spektrum von Basisgesundheitsleistungen an und wirken durch die Arbeit mit Müttergruppen, Schulen und AIDS-Kranken auch in die Bevölkerung hinein. Die medizinischen Dienstleistungen sind von hoher Qualität; eine eigene Referentin sorgt für regelmäßige Fortbildung durch Auffrischkurse; daneben werden Workshops und Seminare zur Einführung neuer Themen und Dienstleistungen veranstaltet. Insgesamt ist die Effizienz gut.

Beide Organisationen verfügen über ein einfaches Monitoringsystem aber nicht über ein umfassendes PME System.

DR Kongo

- *Weitere Förderung der Basisgesundheitsarbeit in den Gesundheitszonen Kimvula und Ngidinga*
- *Koordination des kirchlichen Gesundheitsprogramms in der Erzdiözese Kinshasa*

Trotz der generellen finanziellen Limitierungen konnten beide Projekte ihre Aktivitäten, den formulierten Zielen folgend, weitgehend kosteneffizient umsetzen. Kisantu verfügt allerdings noch nicht ausreichend über Strukturen und Abläufe, die eine effiziente medizinische und administrative Entscheidungsfindung, basierend auf nachvollziehbaren Daten und überzeugenden Gesundheitsinformationen, erleichtern. Gleichzeitig ist Kisantu nahezu vollständig abhängig von der Bereitschaft des staatlichen Gesundheitssystems, ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung zu stellen. Dies erschwert langfristige Orientierungen und auch die Abdeckung von anspruchsvolleren Aufgaben wie Wissensmanagement (Archiv, Berichte, etc.). Andererseits hat Kisantu mit seinen innovativen Bemühungen zur verstärkten Einbeziehungen von kommunalen Beteiligungsformen (Relais communautaires) wichtige effizienzsteigernde Impulse beigesteuert. Kinshasa verfügt über weitgehend funktionale Management- und Organisationsstrukturen und kann auf ein weitverzweigtes Netzwerk von Kooperationen und Partnerschaften zurückgreifen. Die Professionalisierung dieser Abläufe und Prozesse sollte durch weitere Beratung unterstützt werden. Beide Projekte verfügten zum Zeitpunkt der Evaluierung noch nicht über ein ergebnisorientiertes Monitoring-System. Diese Ausgangslage erschwerte die qualitative wie quantitative Evaluierung von Effizienz.

El Salvador

- *Stärkung der Prozesse der Gesundheitspastoral in der Erzdiözese San Salvador, PN: 216-001-1024.*
- *Weiterführung des integralen Gesundheitsprogramms in der Diözese Zacatecoluca, Depto. La Paz, PN: 216-008-1008.*

In Anbetracht der geringen Mittelausstattung der Projekte und der damit erreichten Wirkungen, kommen die Gutachterinnen zu dem Ergebnis, dass die dem Projekt zur Verfügung stehenden Mittel wirtschaftlich eingesetzt wurden. Beide Organisationen verfügen über einfache und nachvollziehbare Steuerungs- und Managementstrukturen mit definierten Verantwortungsbereichen, so dass die Routineimplementierungen gut umgesetzt werden können. Die beiden Gesundheitspastoralen verfügen über kein wirkungsorientiertes Monitoring- und kein ausreichendes Wissensmanagementsystem im untersuchten Zeitraum. Es fehlt des Weiteren ein Konzept über die langfristige Absicherung der Finanzierung der Aktivitäten.

Indien

- *Gemeindebasiertes Gesundheitsprogramm in den Distrikten Kandhamai / Sundargarh, Orissa (OCHA)*
- *Weiterführung der integrierten Gesundheitsarbeit und der Verbreitung eines Krankenversicherungssystems in abgelegenen Regionen Chhattisgarh (RAHA)*
- *Förderung eines Ressource Centers für Gesundheitsarbeit in Indien (SOCHARA)*

Die drei Organisationen unterscheiden sich auch in Bezug auf Effizienz. Die Mitarbeiter(innen) aller Organisationen sind ohne Zweifel sehr engagiert. OCHA weist in Bezug auf die Routineimplementierung des Projektes gut funktionierende Steuerungs- und Managementstrukturen auf. Im Rahmen dieser Strukturen ist jedoch nicht gewährleistet, dass notwendige inhaltliche Projektanpassungen bzw. wichtige Entscheidungen hinsichtlich Innovation und Änderung möglich sind. Zudem ist OCHA abhängig von den Personalentscheidungen ihrer Mitglieder (Kongregationen), die unabhängig von den Projektzielen, Ordensschwestern an den verschiedenen Projektstandorten einsetzen können. Es kann somit nicht garantiert werden, dass an allen Projektstandorten Schwestern mit einem notwendigen beruflichen Hintergrund eingesetzt werden. OCHA verfügt im untersuchten Zeitraum nicht über ein strategisches Fortbildungsprogramm für die Schwestern, um eine gleichbleibende Qualität der Dienstleistungen zu sichern. Ein PME System ist zwar implementiert, das strategische Planungen zu Beginn einer Projektphase beinhaltet und das Monitoring der durchgeführten Aktivitäten - wie bereits beschrieben - wurden jedoch Daten, die bedarfsorientierte Änderungen zulassen, nicht erhoben.

Das Setting von RAHA und das von MISEREOR unterstützte ländliche Gesundheitsprogramm auf Basis eines umfassenden PHC Ansatzes ermöglicht ein hohes Maß an Effizienz mit einem hohen Maß an Qualität. Das wird deutlich durch die gut organisierte Arbeit in den Gesundheitszentren und den Dörfern, die fast ausschließlich auf Freiwilligen-Arbeit beruht (Nonnen als Krankenschwestern und Freiwillige als „*Village Health Worker*“) und auch durch das gut organisierte Projektmanagement. Die Consultants haben ermittelt, dass durch das hohe Maß an Freiwilligentätigkeit ca. 50% der sonst üblichen Kosten in vergleichbaren Projekten eingespart wird. Auch hier muss angemerkt werden, dass es nur eine gut ausgebildete und enorm effiziente Führungsperson im Untersuchungszeitraum gab und keine adäquaten Stellvertreter.

In dem evaluierten Zeitraum verfügte RAHA nicht über ein gut funktionierendes PME- und Wissensmanagementsystem.

SOCHARA ist gut aufgestellt in Bezug auf ihre innovative Managementstruktur, ihre Projektansätze und Projektstrategien sind somit in der Lage, geplante Vorhaben effizient umzusetzen und - wenn notwendig - Anpassungen (fine-tuning) auf den verschiedensten Ebenen vornehmen zu können. Nichtsdestotrotz wurde auch bei SOCHARA ein häufiger Personalwechsel festgestellt aufgrund der niedrigen Gehälter sowie Defizite in Bezug auf langfristig gesicherte finanzielle Ressourcen. Zudem hat SOCHARA noch kein ausreichend gut funktionierendes Wissensmanagementsystem. SOCHARA verfügt seit vielen Jahren über ein wirkungsorientiertes PME System.

Philippinen

- *Förderung der gemeindegetragenen Gesundheitsarbeit in den Philippinen (CHD)*
- *Gemeindeorientiertes Frauengesundheitsprojekt und alternative Gesundheitsfürsorge in der Provinz Aurora (KALINGA)*

Beide Organisationen verfügen über klare Organisationsstrukturen mit definierten Verantwortungsbereichen der Mitglieder. Das bestehende Netzwerk des CHD Projekts ist das Ergebnis jahrelanger engagierter Arbeit. Allerdings konnten die Zusammenhänge zwischen den eingesetzten Ressourcen (Förderung durch MISEREOR) und dem Erreichen der Ziele nicht eindeutig geklärt werden, da es kein

funktionierendes PME-System gab somit keine konkreten Zuordnungen und Vergleiche möglich waren. Diese Situation hat sich auch heute nur wenig verändert, es gibt nach wie vor kein gut funktionierendes PME-System, die Erfassung der Daten ist lückenhaft und zu wenig die personelle Ausstattung des Projektes ermöglicht keine Überprüfungen der Daten bzw. der Gemeinden. Dem Projekt wird somit eine befriedigende Effizienz bescheinigt.

Das Team von **KALINGA/AKAP** konnte alle geplanten Regionen in der Aurora-Provinz erfassen und parallel dazu sogar eine Klinik für traditionelle Praktiken und Kräuterproduktion betreiben. Die Organisation hat eine klare Vorstellung, klare Aufgaben und Ziele.

Für **KALINGA** wäre es von Vorteil, formale Leistungsbeschreibungen/ Vereinbarungen mit den verschiedenen „*Stakeholder*“ festzulegen, sowie zusätzlich in die Fortbildung des Projekt-/Programm- und Organisationsmanagement zu investieren.

Es sollte zudem angemerkt werden, dass es für beide Organisationen einen hohen Unterstützungsbedarf in Bezug auf umfassende und strategische Planungsmaßnahmen gibt, in den die Entwicklung von Indikatoren mit einbezogen werden sollte.

Abschließend kann allen Projekten ein gutes Kosten- Nutzenverhältnis bescheinigt werden, im Besonderen im Vergleich mit ähnlichen Maßnahmen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit.

3.5 Bewertung der Nachhaltigkeit

Die Bewertung der Nachhaltigkeit bezieht sich auf die Wahrscheinlichkeit, inwiefern die positiven Wirkungen der Entwicklungsmaßnahme über das Ende der Unterstützung hinaus fortbestehen. Die übergeordnete Frage lautet: Sind die positiven Wirkungen von Dauer? Entsprechend den Ergebnissen der *Commission on Macroeconomics and Health* der WHO¹⁵ reduzieren effektive Investitionen (Projekte) in Gesundheit Armut und fördern wirtschaftliches Wachstum. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die hier evaluierten Projekte, die insgesamt eine gute Effektivität und erkennbare Wirkungen aufweisen, auch einen entsprechenden Beitrag zu nachhaltiger Entwicklung vorweisen können. Diese Einschätzung wird durch die Ergebnisse der Feldphase (siehe Beispiele unten) unterstützt und damit werden auch die Vermutungen der Desk-Studie in Bezug auf die strukturelle und finanzielle Nachhaltigkeit bestätigt.

Die durch die MISEREOR-Unterstützung erreichte Verbesserung der Gesundheitsversorgung wird von den betroffenen Bevölkerungsgruppen hochgeschätzt. Eine nachhaltige Verbesserung der Serviceleistungen (strukturelle Nachhaltigkeit) konnte in allen untersuchten Projekten festgestellt werden. In diese Richtung weisen z.B. auch die verbesserte Qualität des Gesundheitspersonals, das vielfach auch zu Veränderungen in Haltungen und Perspektiven führte und somit zu einem Abbau von Stigma und Diskriminierung benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Die generell gute Vernetzung unter den durch MISEREOR geförderten Partnern trägt auch mittelfristig zu einer besseren strukturellen Nachhaltigkeit bei.

Zu den positiven Beispielen gehören auch „Solidaritätsfonds“ und entsprechende Unterstützung benachteiligter Bevölkerungsgruppen und Individuen. Es muss aber auch hinzugefügt werden, dass der sozial engagierte Ansatz von MISEREOR in vielen Ländern wie z.B. in Indien, Guatemala, Haiti oder der DR Kongo gebremst und erschwert wurde durch: das Nicht-Einhalten von Zusagen der Gesundheitsverwaltungen (Bezahlung der Gehälter, Materialien, Medikamenten-lieferungen, etc.) und

¹⁵ WHO, *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Genf: World Health Organisation, 2001.

auch - wie z.B. in Haiti oder der DR Kongo - das nahezu vollständige Delegieren der Gesundheitsdienste an religiöse, nicht-staatliche und internationale Organisationen.

In Bezug auf die finanzielle Nachhaltigkeit kann zusammenfassend gesagt werden, dass der Großteil der von MISEREOR unterstützten Gesundheitseinrichtungen bzw. Projektvorhaben auch weiterhin von externen Finanzierungen und Unterstützungsleistungen abhängig sind. Allerdings kann bei den untersuchten Projekten ebenfalls eine zunehmende Unabhängigkeit von nur einem Geber (z.B. MISEREOR) und somit auch eine Zunahme an finanzieller Nachhaltigkeit festgestellt werden. Bezogen auf ein „*Phasing out*“ oder eine „Entwöhnung“ konnten keine Unterschiede zwischen MISEREOR und KZE- finanzierten Projekten festgestellt werden.

Liberia

- *Ausbildung medizinischer Fachkräfte im 'Mother Patern College of Health Sciences' in Monrovia (MPCHS: 129-001-1051)*
- *Einrichtung von Räumen für Notdienst und chirurgische Eingriffe an 3 Gesundheitszentren (CHS: 129-001-1064)*
- *2 Fahrzeuge und Computer zur Unterstützung medizinischer Programme in der Erzdiözese Monrovia (CHS 129-001-1038)*

Um die **finanzielle Nachhaltigkeit** nicht nur der MISEREOR-geförderten Projekte, sondern des Trägers insgesamt einschätzen zu können, wurden Budgetübersichten von MPCHS der letzten fünf Jahre betrachtet. Dabei zeigt sich, dass der von MISEREOR finanzierte Anteil an den Gesamteinnahmen von 31 % in 2008 auf 12 % in 2012 zurückgegangen ist. Auch der Finanzierungsanteil durch andere Geber ist im gleichen Zeitraum von 16 % auf 9 % gesunken. Die Fremdfinanzierung hat insgesamt also von 47 % auf 21 % abgenommen, während die Einnahmen durch Schul- und Prüfungsgebühren bei etwa 48 % stabil geblieben und andere Quellen entsprechend gestiegen sind. Von staatlicher Seite werden 2012 erstmals 7 % beigetragen in Form von Stipendien für Staatsangestellte. Insgesamt zeigt sich eine Diversifizierung der Unterstützung bei stabilem und solidem Eigenfinanzierungsanteil. Die finanzielle Nachhaltigkeit ist also insgesamt befriedigend.

Die **strukturelle Nachhaltigkeit** von MPCHS ist einerseits durch die Einbettung in das Stella Maris Polytechnic gesichert, andererseits vor allem durch die hohe Unterrichtsqualität. Sie ist nicht nur bei den Schülern bekannt und sichert eine sehr viel größere Nachfrage als Kapazität vorhanden ist; diese große Nachfrage resultiert auch aus dem Umstand, dass die Qualität der Abschlüsse bei den Arbeitgebern hoch geschätzt wird und den Absolventen quasi eine Anstellungsgarantie gibt. In Bezug auf die Ausbildung von Krankenschwestern könnte sich dies durch die Zunahme von Schulen in den letzten Jahren und deren geringere Schulgebühren auch ändern. Aber zum Teil stellen die Bachelor- und Masterstudiengänge ein Alleinstellungsmerkmal dar, so dass an der mittel- und langfristigen Überlebensfähigkeit keine ernsthaften Zweifel angebracht sind. Das einzige potenziell ernsthafte Nachhaltigkeitsproblem resultiert aus dem Umstand, dass die Dekanin das College dominiert und noch keine Nachfolgerin gefunden ist. Die Suche nach einer Nachfolge ist aber eingeleitet.

Das Sekretariat des CHS wird finanziell zu 100 % von Misereor gefördert während die unterstellten „*Health Center*“ finanziell unabhängig sind durch Einnahmen aus Patientengebühren. Investitionen in Bauten oder größere Ausrüstungen wurden jedoch immer von Misereor finanziert. Die **finanzielle Abhängigkeit** von Misereor ist dem CHS sehr bewusst. Weil durch Patientengebühren alleine sich die Einrichtungen –einschließlich des Sekretariats- nicht unterhalten lassen, richten sich die Hoffnungen seit langem darauf, endlich vom Staat substanzielle Unterstützung zu bekommen. Dies geschieht bislang nicht. Gleichzeitig wird sehr aktiv versucht, durch Kooperation mit anderen Gebern zusätzliche Unterstützung zu erhalten und wenigstens ansatzweise eine "Diversifizierung" von Unterstützern zu erreichen.

Strukturell sind die Einrichtungen als Teil der kirchlichen Infrastruktur so stark oder schwach wie diese selbst. Organisatorisch funktioniert das CHS zusammen mit den HC und Clinics sehr gut - so lange die Finanzierung steht.

DR Kongo

- *Weitere Förderung der Basisgesundheitsarbeit in den Gesundheitszonen Kimvula und Ngidinga*
- *Koordination des kirchlichen Gesundheitsprogramms in der Erzdiözese Kinshasa*

Zwischen den Projekten in Kisantu und Kinshasa gibt es gravierende Unterschiede in Bezug auf die Fragen der finanziellen, organisatorischen und strukturellen Nachhaltigkeit. Kisantu ist nach wie vor weitgehend abhängig von der Finanzierung durch MISEREOR und von der Zuteilung von qualifiziertem Personal durch das staatliche Gesundheitssystem. Beide Abhängigkeitsbereiche beeinflussen nachteilig eine langfristige, nachhaltige Orientierung. Es existieren darüber hinaus aktuell wenig Vorstellungen und Konzepte, wie diese Abhängigkeitsstrukturen überwunden werden können. Die Nachhaltigkeit konnte allerdings in anderen Bereichen, wie einer stärkeren Beteiligung der Nutzer der Basisgesundheitsdienste auf kommunaler Ebene und durch geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der sanitären und hygienischen Verhältnisse erhöht werden. In diesem letztgenannten Bereich profitiert das Projekt in Kisantu auch von neuen Möglichkeiten der Nutzung von staatlichen Programmen von einkommensschaffenden Aktivitäten.

Das BDOM Kinshasa ist nach wie vor abhängig von den Finanzierungen externer Geber. Es refinanziert sich aber bereits zu einem geringen Anteil (ca. 10-15 %) aus Einnahmen seiner angeschlossenen Gesundheitszentren. Neben einer stärkeren Diversifizierung der Geldgeber werden deshalb auch Tendenzen einer selbsttragenden Finanzierung der betreuten Gesundheitseinrichtungen sichtbar, die weiter verstärkt werden sollten. Das BDOM Kinshasa kann sich auf bereits weiter entwickelte Projektstrukturen und-Aktivitäten konzentrieren, für die Systeme der Steuerung und Supervision (regelmäßige Koordinations- und Planungssitzungen, Budgetplanung mit lokal limitierten Zahlungsvorgaben, etc.) entwickelt wurden.

El Salvador

- *Stärkung der Prozesse der Gesundheitspastoral in der Erzdiözese San Salvador, PN: 216-001-1024.*
- *Weiterführung des integralen Gesundheitsprogramms in der Diözese Zacatecoluca, Depto. La Paz, PN: 216-008-1008.*

Für beide Projekte lassen sich nachhaltige Wirkungen für die untersuchten Phasen beschreiben. Die Nachhaltigkeit manifestiert sich dabei in einer primär politischen und komplexen sozialen Dynamik, deren Erfolgchancen langfristig aber an den fortdauernden politischen Willen geknüpft sind. Das aktuelle Gesetzesprojekt zu mehr Bürgerbeteiligung und die Entwicklung der staatlichen ECOS (‘Comunitarios de Salud Familiar’) verdeutlicht diese Problematik. Die finanzielle Nachhaltigkeit stellt für beide Projekte ein Problem dar. Beide Projekte werden zu 100% von MISEREOR finanziert. Beide Gesundheitspastoralen bemühen sich um ergänzende Finanzierungsmöglichkeiten, haben hierzu aber bisher keine klaren Konzepte entwickelt. Für beide Organisationen stellt die Fluktuation der in den Projekten aktiven Gesundheitspromotoren ein Problem in Bezug auf die Nachhaltigkeit dar. Die Fluktuation erklärt sich durch ‚Nachwuchsprobleme‘ (Alterung der Gesundheitspromotoren) und fehlende Anreize zum Verbleib.

Indien

- *Gemeindebasiertes Gesundheitsprogramm in den Distrikten Kandhamai / Sundargarh, Orissa (OCHA)*
- *Weiterführung der integrierten Gesundheitsarbeit und der Verbreitung eines Krankenversicherungssystems in abgelegenen Regionen Chhattisgarh (RAHA)*
- *Förderung eines Resource Centers für Gesundheitsarbeit in Indien (SOCHARA)*

Es gibt zwischen den drei Projekten große Unterschiede hinsichtlich der strukturellen sowie der finanziellen Nachhaltigkeit. Während das OCHA Projekt zu 100% von MISEREOR finanziert wurde (auch gegenwärtig zu 100% von MISEREOR finanziert wird), konnte SOCHARA eine größere Unabhängigkeit von internationalen Geldgebern erreichen (von 37% 2008 auf 15% 2012). Auch wenn die Finanzierung von SOCHARA auf mehrere internationale und nationale Geldgeber verteilt ist, besteht doch zu 100% eine Abhängigkeit von Geberorganisationen. Aus diesem Grund sucht SOCHARA nach erweiterten Einkommensmöglichkeiten (siehe auch Empfehlungen). Auch RAHA konnte die finanzielle Abhängigkeit von MISEREOR auf aktuell 30% senken.

Als ausgesprochen positives Ergebnis der finanziellen Förderung von MISEREOR sollte hervorgehoben werden, dass die beiden Organisationen SOCHARA und auch RAHA über die langjährige finanzielle Zuwendung von MISEREOR die Basiskosten ihrer Organisationen abdecken (Verwaltung, Gehälter, Miete etc.) konnten und so ihre Unabhängigkeit bewahren und innovative Projektideen verwirklichen konnten.

Das Management von OCHA ist sich über die finanzielle Abhängigkeit von MISEREOR durchaus im Klaren. Es wurden aber bisher keine Konzepte entwickelt, auf deren Basis Änderungen möglich wären.

In Bezug auf eine strukturelle Nachhaltigkeit können SOCHARA und RAHA mit ihren ganzheitlichen und umfassenden PHC Ansätzen Erfolge verzeichnen (siehe Abschnitte Wirkungen und Effektivität).

Philippinen

- *Förderung der gemeindegetragenen Gesundheitsarbeit in den Philippinen (CHD)*
- *Gemeindeorientiertes Frauengesundheitsprojekt und alternative Gesundheitsfürsorge in der Provinz Aurora (KALINGA)*

Beim **CHD**-Projekt konnten nachhaltige Organisations- und Prozessmechanismen vor Ort festgestellt werden. Die Akkreditierung von CHD durch die Regierung und die bestehenden Richtlinien zur Durchführung von „*Community Based Health-Programmer*“ sind ein Garant für eine strukturierte Arbeit. Die Gemeindefarbe wird kontinuierlich fortgesetzt und verbessert. Vor Ort gibt es starke „*People's Organisations*“.

Das Evaluierungsteam konnte bei seinen Besuchen eine enge Verbindung zu den Barangay (unterste Ebene in der Verwaltungsstruktur der Philippinen) Gesundheitszentren feststellen. Die limitierenden Faktoren hängen stark mit dem häufigen Personalwechsel sowie den begrenzten Finanzen u. Finanzierungsmöglichkeiten zusammen. Ein Backstopping-System von Gesundheitsexperten ist notwendig, um die Kontinuität und die Nachhaltigkeit der geleisteten Dienstleistungen zu gewährleisten und eine Nachfolgeplanung/Lösung auszuarbeiten.

Für **AKAP** geht die Nachhaltigkeit in zwei unterschiedliche Richtungen: ihre Verbindung zu den Stakeholdern, wie Gemeinden, BCCs, CHWs und traditionelle Geburtshelfer, und die erzielte finanzielle Nachhaltigkeit.

Die limitierenden Faktoren hängen stark mit dem häufigen Personalwechsel sowie den begrenzten Finanzen u. Finanzierungsmöglichkeiten zusammen. KALINGA/AKAP verfügt über keinen Plan einer möglichen Nachfolge oder eines Backstopping-Teams.

Beide Projekte sind zu fast 100% von der Förderung durch MISEREOR abhängig.

3.6 Anmerkungen zum Wirkungsgefüge

Das für die Querschnittsevaluierung von MISEREOR entwickelte Wirkungsgefüge entspricht der Wirkungslogik, wie sie vom OECD-DAC entwickelt wurde. Auch die im Wirkungsgefüge dargestellten

Wirkungshypothesen entsprechen in ihrer Zielsetzung bezüglich der übergeordneten Wirkungen den Entwicklungszielen wie sie in der internationalen Gemeinschaft diskutiert werden. Bei der Entwicklung des aktuellen Wirkungsgefüges im Gesundheitsbereich hat MISEREOR sich auf fünf Interventionsbereiche bzw. Handlungsfelder festgelegt. Die vom Gutachterteam identifizierten Haupthandlungsfelder bzw. Maßnahmen der evaluierten Projekte aus der Zeit von 2005 - 2007 lassen sich weitgehend in die Interventionsbereiche des Wirkungsgefüges integrieren. Auch lassen sich die in den Projekten intendierten und ermittelten Wirkungen den entsprechenden Ebenen des Wirkungsgefüges zuordnen. Unstimmigkeiten wurden vornehmlich in der Zuordnung zwischen Input und Outcome-Ebene (Projektziel) identifiziert. Hier wurden teilweise Lücken festgestellt, die sich auch in den entsprechenden Projektplanungen widerspiegeln (siehe Beispiele unten).

Wie in der Desk-Studie ausführlich ausgeführt, wird die Verwendung von Pfeilen zur Darstellung von Kausalitätszusammenhängen zwischen den verschiedenen Wirkungshypothesen als kritisch angesehen. Es besteht dadurch die Gefahr, dass die Komplexität der Zusammenhänge verloren geht. Im Kontext der Förderbereichsevaluierung wurde das von MISEREOR entwickelte Wirkungsgefüge entsprechend modifiziert und in Form von Blockdiagrammen dargestellt (siehe Annex 5). Anzumerken ist hier, dass die Zuordnung von direkt nachvollziehbaren Zusammenhängen durch Pfeile zur Darstellung von Wirkungsgefügen auf Programmebene sinnvoll ist.

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Evaluierungen der Fallbeispiele dargestellt:

Liberia

Das von Misereor entwickelte Wirkungsgefüge ließ sich - mit geringen Änderungen - auf das College bzw. die Arbeit des CHS und der von ihm unterstützten Bereiche anwenden.

Die Arbeit beider Einrichtungen leistet - über die aufgeführten Zwischenschritte einen deutlichen Beitrag zur Erreichung der indirekten Wirkungen: gut ausgebildetes Gesundheitspersonal, das auch Anstellung findet, hat einen positiven Einfluss auf die Funktionsfähigkeit von Gesundheitseinrichtungen, auf die Realisierung des Menschenrechts auf Gesundheit und letztlich auf die Gesundheit der Bevölkerung. Das Gleiche gilt für die Dienstleistungen in den HC und Clinics.

DR Kongo

Während des Projektbesuchs und im Laufe der Gespräche mit dem Projektpersonal wurde deutlich, dass das Misereor-Modell eines Wirkungsgefüges intensiver in der Konzipierung der Projekte genutzt werden sollte. Die Evaluierung zeigt, dass die globalen Ziele verfolgt wurden, aber die Relevanz der Einzelaktivitäten stärker im Kontext von Ursachen und Wirkungen betrachtet werden sollten. Hierzu gehört, dass die noch vorherrschende quantitative Betrachtung (Anzahl der Aktivitäten) von einer wirkungs- und ergebnisorientierten Vorgehensweise abgelöst werden sollte. Während der Evaluierung wurden für beide Projekte spezifische Wirkungsgefüge, basierend auf den Beobachtungen, Workshops, Gesprächen mit dem Personal und Nutzern der Gesundheitsdienste, erstellt. Basierend auf den vorhandenen Ansätzen, sollte das Personal zukünftig stärker in der Erstellung und Nutzung dieser Wirkungslogik geschult werden.

El Salvador

Die Gesundheitspastoralen haben mit dem Konzept der Gesundheitspromotoren wesentliche Beiträge zu einer Reform des nationalen Gesundheitssystems und damit zu einer Verbesserung des Zugangs zu den Basisgesundheitsdiensten für die benachteiligten Bevölkerungsgruppen geliefert. Mit diesem Konzept werden multiplikative Elemente einer stärkeren Bürgerbeteiligung vor allem, aber nicht nur, im Gesundheitsbereich entwickelt. Dieser modellhafte Ansatz der generellen Stärkung der Gemeinden und des verbesserten Zugangs zu Gesundheitsdiensten in armen Regionen sollte weiter unterstützt und ausgedehnt werden. In anderen Bereichen (Gendergerechtigkeit, Gewalt gegen Frauen,

Teenagerschwangerschaften) konnten diese Wirkungen nicht erzielt werden. Hierzu sollten konkrete Zielvorstellungen im Rahmen eines definierten Wirkungsgefüges entwickelt werden.

Indien

Die von den Organisationen OCHA, RAHA und SOCHARA implementierten Projekte weisen eine Wirkungslogik auf, die dem von MISEREOR entwickelten Wirkungsgefüge entspricht. Um genauere Aussagen in Bezug auf die Wirkungslogik der evaluierten Projekte leisten zu können, wurden jeweils spezifische Wirkungsgefüge auf der Basis der strategischen Projektplanungen für die drei Projekte entwickelt. Aus ihnen geht hervor, dass - auf die Projektebene bezogen (Input, Output und Outcome) - OCHA schon aufgrund einer z.T. unzureichenden Projektplanung (betrifft den Bereich ‚Zusammenarbeit mit Regierungsinstitutionen‘) nicht in allen Bereichen Wirkungen erzielen konnte.

Bei RAHA und SOCHARA hingegen ergibt sich ein stimmiges Bild. Die strategische Projektplanung entspricht der Zielsetzung, die zudem - wie geplant - umgesetzt wurde und somit in allen Bereichen ein hohes Maß an Wirkung erzielen konnte.

Philippinen

Auch die beiden philippinischen Projekte lassen sich in das definierte Wirkungsgefüge einordnen. Für beide durchführende Organisationen besteht ein Verbesserungsbedarf bezüglich der Fähigkeit zu einer Impact-orientierten Planung mit messbaren Indikatoren der Projekterfolge.

3.7 Zusammenfassende Bewertung

Die Beurteilung der Projekte nach den DAC-Kriterien basiert auf den Ergebnissen der Desk-Studie, der Projektevaluierungen während der Feldphase sowie auf Einschätzungen des Gutachterteams nach Auswertung aller Informationsquellen (siehe Kap. 1.3). Im Rahmen dieses Verfahrens wird die Relevanz insgesamt als sehr gut eingeschätzt: die Projekte entsprechen dem prioritären Bedarf der Zielgruppen, sind in Regionen mit einem hohen Anteil an bedürftigen Menschen angesiedelt und sind zudem weitgehend komplementär zu bestehenden Angeboten. Soweit sich die Effektivität oder Zielerreichung auf die Beurteilung der "Leistungen" der Projekte bezieht, liegen auch bei diesem Parameter insgesamt gute Ergebnisse vor. Die Effizienz ist schwerer zu beurteilen als die beiden vorgenannten Kriterien, da sich Kosten-Nutzen-Relationen auf der Basis der vorhandenen Informationen im Rahmen der Desk-Studie nicht herstellen lassen. Im Rahmen der Ergebnisse der Feldphase wird die Effizienz jedoch als gut eingeschätzt. Der Impact oder die übergeordneten Wirkungen werden in den Planungen durchaus angesprochen und man kann annehmen, dass die Projekte tatsächlich ihren Beitrag zu der übergeordneten entwicklungspolitischen Ebene leisten. Ein entsprechender Nachweis konnte jedoch nur in Bezug auf die in der Feldphase evaluierten Projekte ermittelt werden. In diesem Kontext können die Wirkungen als gut bis befriedigend eingestuft werden. Die Einschätzung der Nachhaltigkeit basiert - wie bereits erwähnt - auf den Ergebnissen der *Commission on Macroeconomics and Health* der WHO, die in ihrem Report darauf hinweist, dass effektive Investitionen in Gesundheit Armut reduziert und wirtschaftliches Wachstum fördert. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die hier evaluierten Projekte, die insgesamt eine gute Effektivität und erkennbare Wirkungen aufweisen, auch einen entsprechenden Beitrag zu nachhaltiger Entwicklung vorweisen können.

4 Entwicklungspolitische, fachliche und organisationsrelevante Bewertung

Dieses Kapitel basiert auf einer Bewertung der entwicklungspolitischen, fachlichen und organisationsrelevanten Situationen, die das Evaluierungsteam im Rahmen der Feldstudie in den Projekten und Partnerorganisationen ermitteln konnte. Auch hier waren - wie in Kapitel 1.2 beschrieben - die vorgegebenen Fragen aus dem Referenzrahmen leitend.

4.1 Zielgruppen der Partnerorganisationen

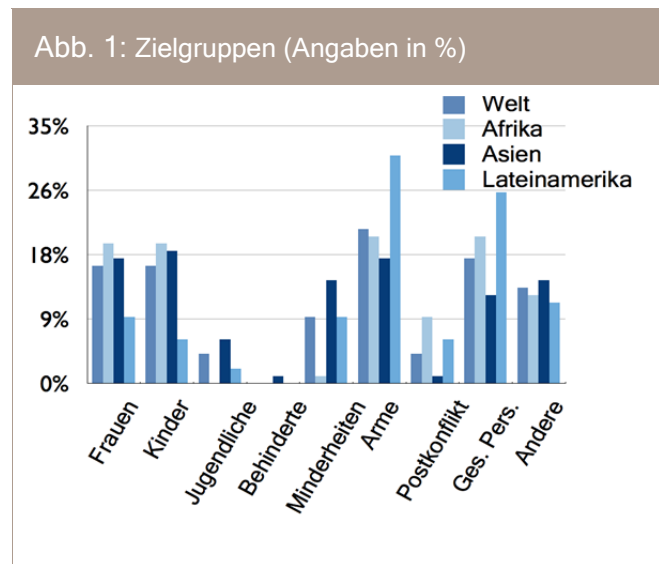
Entsprechend der Angaben aus den evaluierten Projekten konnte das Gutachterteam - neben der allgemeinen "Bevölkerung"- neun verschiedene Kategorien von spezifischen Zielgruppen in den von MISEREOR unterstützten Projekten identifizieren:

- Frauen
- Kinder
- Jugendliche
- Menschen mit Behinderungen
- (Ethnische) Minderheiten
- Arme
- Postkonfliktopfer
- Gesundheitspersonal
- und andere (z.B. spezielle Klienten der Gesundheitsdienste wie Diabetiker, Epileptiker und Unfallopfer etc.)

Abb.1 zeigt wie häufig (in %) jede der Zielgruppen in Bezug auf die 117 untersuchten Projekte genannt wurde; sowohl im Durchschnitt weltweit, als auch in Bezug auf die einzelnen Kontinente. Hinzugefügt werden muss, dass in den meisten Projektanträgen und -bewilligungen mehrere Zielgruppen gleichzeitig angeführt wurden. Trotzdem wird deutlich, dass Arme (in fast allen Projektanträgen angegeben), Frauen, Kinder und Gesundheitspersonal am häufigsten genannt wurden, in Lateinamerika insbesondere Arme und Gesundheitspersonal und in Asien (Indien und China) und z.T. auch Lateinamerika (Guatemala) ein weiterer Fokus auf der Förderung indigener Bevölkerungsgruppen lag.

Die Fokussierung auf Arme, Frauen und Kinder als benachteiligte Gruppierungen deckt sich mit dem Anspruch MISEREORs, das als ein Entwicklungsziel oder übergeordnete Wirkung für den Bereich Gesundheit u.a. benennt „Ein größerer Teil der benachteiligten Bevölkerung verfügt über angemessene Gesundheitsversorgung“. Es deckt sich ebenfalls mit dem Entwicklungsziel des BMZ sowie internationaler Gesundheitsorganisationen (WHO, UNAIDS), das lautet „Universeller Zugang zu Gesundheitsversorgung“, das gleichzusetzen ist mit dem Ziel der katholischen Kirche „Heil und Heilung für alle“ sowie einem weiteren Entwicklungsziel MISEREORs „Das Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung ist erfüllt“¹⁶.

¹⁶ Siehe Modifiziertes Wirkungsgefüge von MISEREOR. (Annex 5)



Aus den Projektunterlagen konnte nicht immer nachvollzogen werden, ob die Projektplanungen geeignet waren, die Zielgruppen zu erreichen bzw. ob sich durch die Projektmaßnahmen für die jeweiligen Zielgruppen positive oder negative Wirkungen ergeben haben. Die Ergebnisse der im Rahmen der Feldstudie besuchten zwölf Projekte haben einheitlich ergeben, dass die vorgesehenen Zielgruppen durch die geplanten und implementierten Projektmaßnahmen erreicht werden konnten,

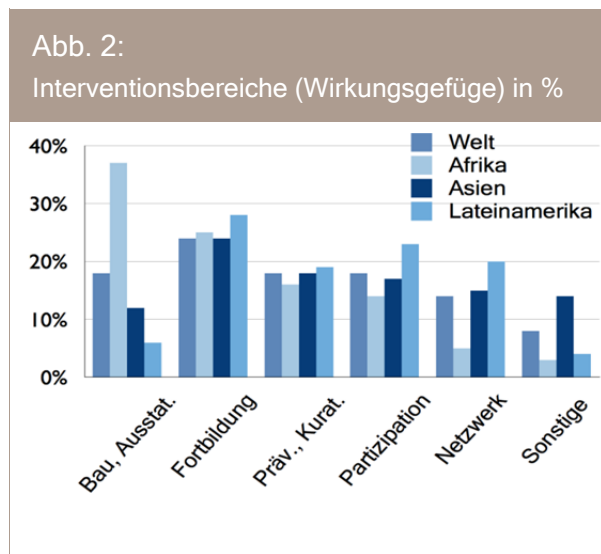
Es bleibt anzumerken, dass in den Projektanträgen und auch -berichten die Zielgruppe selten genauer beschrieben oder analysiert wird. Das zeigt sich auch in den häufig unspezifischen oder nicht vorhandenen Größenordnungen, die als Zielgruppe in den Bewilligungsbescheiden angegeben wurde. So enthalten z.B. die Projektanträge und -Bewilligungen von drei besuchten Projekten (Indien: 321-900-1147 und 321-040-1017 sowie Philippinen: 410-020-1017) wenig konkrete Angaben zum Wirkungsraum wie „Ländlicher Raum in den Gemeinden....“ oder „Ländlich geprägte Distrikte“ und „Indien“. Die entsprechenden Informationen und Zahlenangaben konnten im Rahmen der Feldstudien ermittelt werden (siehe Annex 6). Konkrete Angaben zu den Zielgruppen und dem Wirkungsradius sind eine Voraussetzung, um die Effektivität und Effizienz von Projekten bewerten zu können.

4.2 Interventionsbereiche der Partnerorganisationen

MISEREOR unterstützt eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Partnerorganisationen bei der Durchführung einer großen Bandbreite von Projekten im Basisgesundheitsbereich. Die Unterschiedlichkeit der Projekte und Handlungsfelder bzw. Interventionsbereiche ist auch Ausdruck der unterschiedlichen Situationen und Probleme in den verschiedenen Ländern sowie Ausdruck der unterschiedlichen Ebenen, auf denen die Projekte angesiedelt sind. Dabei soll noch einmal hervorgehoben werden, dass die Mehrzahl der Projekte sich entsprechend der am häufigsten identifizierten Zielgruppen (Arme, Mütter und Kinder) auf den Themenbereich Mütter-Kind Gesundheit fokussiert. Insgesamt gibt es neben komplexen Basisgesundheitsprojekten, die landesweit aktiv sind oder in bestimmten Regionen und Distrikten, eine Vielzahl von Maßnahmen, die sich vor allem mit dem Bau und/oder der Lieferung von Ausrüstungen befassen. Da eine Aussage über die Wirkung von sogenannten „hardware“ Projekten im Rahmen der Förderbereichsevaluierung nur in unzureichendem Maße möglich ist, wurden sie nicht in die vertiefende Bewertung der Förderbereichsevaluierung einbezogen. Eine Ausnahme wurde - wie in Kapitel 1.2 dargelegt - für

Liberia getroffen¹⁷, um auch einen Eindruck über mögliche Wirkungen für diese Art der Projekte zu erhalten. Insgesamt gibt es keinen Zweifel, dass „hardware“ Projekte oft von entscheidender Bedeutung für die Funktionsfähigkeit einer Institution oder eines Projektes sind und auch weiter von MISEREOR unterstützt werden sollten. Entscheidend für die Relevanz dieser Projekte ist ihre strategische Ausrichtung auf das lokale bzw. nationale Gesundheitssystem.

Abbildung 2 bietet einen Überblick über die 117 untersuchten Projekte und zeigt die Häufigkeit (Prozentangaben) der verschiedenen Interventionsbereiche der Projekte integriert in das bestehende Wirkungsgefüge. Insgesamt ist das Bild - auf die Kontinente bezogen - relativ homogen. Zwei Werte jedoch sind auffällig und zwar der hohe Anteil an der Unterstützung von Bau- und Ausstattungsmaßnahmen in Afrika sowie ebenfalls in Afrika die geringe Unterstützung von Netzwerkbildungen.



Beide Werte lassen sich erklären durch die besondere Situation in Afrika, wo einmal aufgrund häufig fehlender Infrastruktur im Gesundheitsbereich diesbezüglich ein höherer Bedarf vorhanden ist als in den meisten Ländern Asiens und Lateinamerikas. Zum anderen gibt es in den meisten Ländern Afrikas einen gering ausgeprägten Sektor von zivilgesellschaftlichen Gruppen, so dass es weitaus schwieriger ist, zivilgesellschaftliche Netzwerkstrukturen und Lobbygruppen in Afrika zu unterstützen als in den beiden anderen Kontinenten. Die Ergebnisse der in der Feldphase untersuchten Projekte unterstützen diese Aussage (siehe Kapitel 4.5). Demgegenüber wird in ca. 15% der Projekte in Lateinamerika und Asien Netzwerk- und Lobbyarbeit als eines der Projektziele (Abbildung 1) genannt und ca. 27% der Projekte in diesen beiden Kontinenten führen Netzwerk- und Lobbyarbeit zumindest als strategische Intervention an gegenüber nur 10% der Projekte in Afrika (siehe Tabelle 1).

Ein genauerer Blick auf das gesamte Spektrum aller Aktivitäten bzw. Interventionen der Basisgesundheitsprojekte - wie sie in Tabelle 1 dargestellt wird - spiegelt auch die große Komplexität der Projekte im Bereich Basisgesundheit mit einer Fokussierung auf Mütter-Kind Gesundheit wieder. In der Tabelle sind alle Interventionsbereiche erfasst, in denen Projekte aktiv sind. Die meisten Projekte sind in mehreren Interventionsbereichen aktiv d.h. ein Projekt, das z.B. sich um die Förderung der Müttergesundheit bemüht, beinhaltet ggf. neben der Ausstattung einer Geburtsklinik (Infrastruktur) ebenfalls Fort- und Weiterbildungen für Hebammen bzw. bemüht sich um Aufklärung der Bevölkerung und bietet HIV Prävention an.

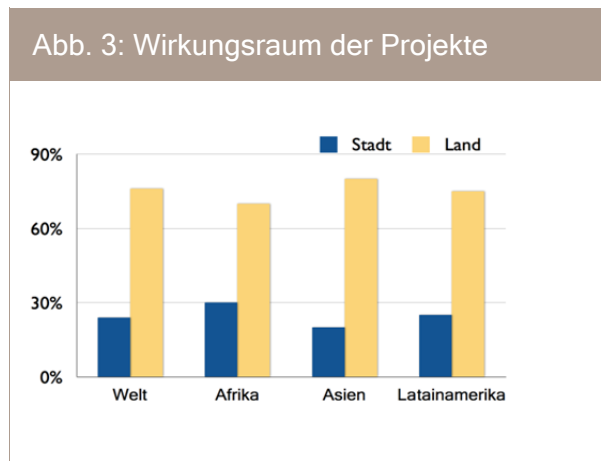
¹⁷ Einrichtung von Räumen für Notdienst und chirurgische Eingriffe an 3 Gesundheitszentren (CHS: 129-001-1064)
2 Fahrzeuge und Computer zur Unterstützung medizinischer Programme in der Erzdiözese Monrovia (CHS 129-001-1038)

Tabelle 1: Verteilung der Maßnahmenpakete (Aktivitäten / Interventionen) von 74 Projekten auf die Interventionsbereiche des Wirkungsgefüges

Interventionsbereiche	Anteil in Zahlen und %				Teilbereich der Maßnahmen / Interventionen	Anteil in Zahlen			
	Welt	AF	AS	LA		Welt	AF	AS	LA
Prävention Aufklärung Behandlung Rehabilitation (Schul- und alternative Medizin)	289 35%	59 30%	155 36%	75 38%	Präventionsmaßnahmen	59	12	33	14
					Kurative Versorgung (Ambulant)	46	12	27	7
					Kurative Versorgung (Stationär)	15	4	8	3
					Ernährung	24	2	12	11
					Gesundheitserziehung, Aufklärung	60	10	32	18
					Menschen mit Behinderungen	2	0	2	0
					Psychisch Kranke	3	0	2	1
					Alternative/ traditionelle Medizin	34	0	21	13
					Reproduktive Gesundheitsvorsorge	22	7	14	1
					Familienplanung	2	1	1	0
HIV und STI Bekämpfung	22	10	5	7					
Gesundheits- einrichtungen (1 und 2 Ebene)/ Infrastruktur	128 16%	63 32%	40 9%	25 13%	Referenzeinrichtungen	18	11	7	0
					Basiseinrichtungen	35	17	16	2
					Ausstattung (med. Ausrüstung etc.)	27	17	8	2
					Büroausstattung	26	8	2	16
					Transport	19	10	4	5
Medizinische Forschung	3	0	3	0					
Beschäftigung, Aus- und Fort- bildung	103 13%	31 16%	51 12%	21 10%	Personalkosten	45	15	12	18
					Med. Training / Aus- Weiterbildung	58	16	39	3
Netzwerkarbeit Lobbyarbeit	187 22%	19 10%	117 27%	51 26%	Netzwerke fördern	40	4	28	8
					Kooperation fördern	46	5	26	15
					Lobbyarbeit	27	1	18	8
					Zusammenarbeit mit staatl. Org.	50	7	27	16
					Öffentlichkeitsarbeit	24	2	18	4
Partizipation	52 6%	6 3%	28 7%	18 9%	Mobilisierung von Zielgruppen (Partizipation)	52	6	28	18
Sonstige Themen	74 9%	17 8%	39 9%	19 10%	Gesundheitsfinanzierung	4	1	2	2
					Organisationsentw. Datenbank	6	2	3	1
					Koordination / Management	36	11	12	13
					Andere Maßnahmen	28	3	22	3

In Abbildung 3 wird der Wirkungsraum der 117 untersuchten Projekte, d.h. die Verteilung auf städtische und ländliche Räume in % dargestellt. Die Grafik zeigt, dass mehr als drei Viertel aller Maßnahmen sich in ländlichen Bereichen abspielen und dass die Unterschiede zwischen den Kontinenten nur gering sind und keineswegs der Verteilung der Stadt-Landbevölkerung der Kontinente folgen. Auch hier wird das Anliegen von MISEREOR deutlich, vor allem mit den benachteiligten und von adäquater Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen ausgegrenzten Bevölkerungsgruppen zu arbeiten. Das Portfolio von MISEREOR berücksichtigt ebenfalls benachteiligte Gruppen in städtischen Gebieten

(z.B. in informellen Siedlungen der großen Städte Indiens, Brasiliens oder Paraguay sowie in Städten, die durch Kriege betroffen sind wie z.B. DR Kongo oder Afghanistan).



Von den in der Feldphase evaluierten Projekten, waren 3 im städtischen Raum angesiedelt (Liberia und DR Kongo).

4.3 Ansätze und Aktivitäten zur Förderung der Basisgesundheit

Erweitertes Verständnis von Basisgesundheit

Wie bereits in der Desk-Studie und in Kapitel 2.1 beschrieben, besitzt der Förderbereich Gesundheit und in diesem Kontext das „*Primary Health Care*“ Konzept bei MISEREOR einen hohen Stellenwert. Wie im Rahmen der internationalen Entwicklungspolitik basiert dieses Engagement in starkem Maße auf den 1978 von der WHO in Alma Ata formulierten Grundsätzen zu Primary Health Care (PHC) oder Primäre Gesundheitsfürsorge, dass eine Verbesserung der Gesundheit nicht allein durch medizinische Maßnahmen erreicht werden kann, sondern eines intersektoralen, primär präventiven Ansatzes bedarf. Gesundheitsdienste sollen sich dabei an den Grundbedürfnissen der Bevölkerung orientieren und durch partizipatorische Ansätze deren aktive Beteiligung fördern. Dieser PHC-Ansatz wurde im September 2000 mit der Formulierung der ‚United Nations Millennium Declaration‘ um sechs fundamentale Prinzipien erweitert, die zukünftig als Leitschnur für die Entwicklung der Welt dienen sollten (Freiheit, Gleichheit, Solidarität, Toleranz, Respekt vor der Umwelt und Gemeinsame Verantwortung). Drei der acht MDG-Ziele betreffen unmittelbar die Verbesserung der Gesundheit(sversorgung).

Die durchgeführten Evaluierungen zeigen, dass die gegenwärtigen Projekte von MISEREOR im Gesundheitsbereich stark an den zuvor beschriebenen neuen Orientierungen ausgerichtet sind bzw. diese bereits zuvor in großen Teilen verfolgt haben. Der PHC-Ansatz beinhaltet Maßnahmen und Voraussetzungen, welche die Grundbedürfnisse der Menschen fördern unter der Berücksichtigung der Einhaltung der Menschenrechte und Gendergerechtigkeit, wie sichere Ernährung, sauberes Wasser, hygienische Verbesserungen, geschütztes Wohnen und Versorgung mit medizinischen Grunddiensten unter der Beteiligung der Betroffenen an den Lösungsstrategien (partizipatives Prinzip). Mit dieser programmatischen Ausrichtung von MISEREOR, die sich nicht nur auf einzelne Krankheiten fokussiert, sondern sich stärker auf die sozialen Rahmenbedingungen von Gesundheit bezieht, wurde eine Reihe von wichtigen Projekterfolgen erzielt.

Die meisten MISEREOR-Projekte setzen da an, wo staatliche Strukturen der primären Gesundheitsversorgung schwach oder gar inexistent sind, ihnen ein zu geringer Stellenwert beigemessen wird und es am politischen Willen fehlt, den Gesundheitssektor armutsorientiert

auszurichten. Hier findet der Einstieg auf der Ebene der Gemeinschaften und der Zusammenarbeit mit ihren Organisationen statt. Deshalb sollte immer die Organisationsentwicklung und „Empowerment“ der Partner Bestandteil der Projektförderung sein. Die Basisorganisationen und -gruppen werden im Wesentlichen erst von Gesundheits- oder Gemeindebehörden als Partner akzeptiert, wenn sie die Repräsentativität und Fähigkeit haben, die Bedürfnisse und Forderungen der Bevölkerung zu artikulieren und einzufordern, gleichzeitig aber auch einen Beitrag an die Umsetzung der Gesundheitsversorgung zu leisten vermögen. Dazu muss möglichst von Anfang an der Bezug zu der öffentlichen Gesundheitsversorgung geschaffen und der Aufbau von Parallelstrukturen vermieden werden.

Aktivitäten zu einem verbesserten Zugang zu Basisgesundheitsleistungen

Die Aufgabe, wie eine aus dem Menschenrecht auf Gesundheit resultierenden Pflicht den diskriminierungsfreien Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdienstleistungen für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten ist, stellt die Mehrzahl der Regierungen in Entwicklungsländern, aber auch in zahlreichen Schwellenländern, vor enorme Herausforderungen. Umso gravierender stellt sich eine adäquate Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung in fragilen Staaten dar, wie in der DR Kongo, oder in nicht gefestigten staatlichen Systemen, die sich durchaus mit einigem Erfolg um Verbesserungen im nationalen Gesundheitssystem bemühen, wie in El Salvador oder auf den Philippinen. Die von MISEREOR unterstützten Projekte können, aufgrund der damit einhergehenden hohen Kosten, nicht diese generelle Lücke in der Versorgung mit Basisgesundheitsdiensten schließen. Sie liefern allerdings, wie die Gesamtbetrachtung der Evaluierungen zeigt, über beispielhafte Anstöße hinaus, signifikante Wirkungen in den betreffenden Projektregionen, die zu einer belegbaren Verbesserung des Zugangs zu Basisgesundheitsdiensten, zu reformerischen Ansätzen und zu einer Reihe von „*Good Practices*“ führen.

In Ländern mit einer desolaten bzw. prekären gesundheitlichen Situation, in denen der Großteil der Bevölkerung nur über einen sehr limitierten Zugang zu Gesundheits- und Beratungsdiensten verfügt, kommt den Unterstützungsleistungen von MISEREOR eine hohe strategische Bedeutung zur Verbesserung der Basisgesundheitsversorgung in ländlichen und urbanen Regionen zu.

In der **DR Kongo** bemühen sich beide Projekte engagiert um die Verfolgung dieser Zielsetzungen. Dies geschieht zum einen (in Kisantu) in einem ländlichen Kontext auf kommunaler Ebene unter zunehmender Einbindung und Beteiligung der Betroffenen. Zum anderen (in Kinshasa) werden wichtige Ansätze zur Weiterentwicklung der Basisgesundheitsdienste in einem urbanen Zusammenhang in besonders benachteiligten Stadtvierteln geliefert. In dieser Kombination von Aktivitäten zur Verbesserung des Gesundheitssystems unter partizipativer Einbeziehung kommunaler Gruppen, liefern beide Projekte einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsstrategie.

Auch in **El Salvador, Indien und den Philippinen** haben die von MISEREOR geförderten Projekte, die insbesondere in ländlichen Gebieten auf die Verbesserung der Gesundheit von sozial benachteiligten Familien zielen, eine hohe Relevanz. Während es sich in der **DR Kongo** bei Gesundheit um einen generell defizitären Bereich handelt, spielen in **El Salvador, Indien** und den **Philippinen** die vorhandenen großen sozio-ökonomischen Disparitäten und Diskriminierung von ethnischen Gruppen bzw. Minderheiten eine größere Rolle. Sie bedeuten für einen großen Teil der Bevölkerung enorme gesundheitliche Probleme sowie gravierende Unterschiede im Zugang zu akzeptablen und kostengünstigen Gesundheitseinrichtungen. Für die DR Kongo gilt dabei, dass sich der Zugang zu Basisgesundheitsleistungen in den letzten Jahren eher verschlechtert hat, während der ‚Zugang zu Gesundheit für alle‘ in den anderen genannten Projektländern auf dem Niveau der Vorjahre verharret, sich also nicht signifikant verbessert hat.

Die Evaluierung in **Liberia** liefert zwei interessante Beispiele für oft vernachlässigte Qualitäts-Aspekte der Basisgesundheitsysteme. Unter "Basisgesundheitsprojekten" wird in der Regel etwas anderes verstanden als die Unterstützung einer Ausbildungsstätte für Krankenschwestern, Sozialarbeiter und Laboranten (MPCHS). Ein zu Unrecht so verengtes Verständnis von Primary Health Care (PHC) führt dazu, dass bei vielen Trägern der EZ die Förderung von formalisierter Ausbildung im Gesundheitsbereich viel zu kurz kommt. Dabei wird übersehen, dass gut ausgebildetes Gesundheitsfachpersonal das Rückgrat jeglicher Basisgesundheit darstellt. Deswegen ist die Förderung einer Einrichtung wie des MPCHS ein sehr wichtiger - und im vorliegenden Fall auch ein sehr erfolgreicher - Beitrag zur Förderung von Basisgesundheit. Wenn Einrichtungen wie das „*Catholic Health Secretariat*“ bzw. seine Gesundheitseinrichtungen mit Unterstützung von MISEREOR das gesamte Spektrum von Basisgesundheit abdecken, d.h. alle relevanten präventiven und kurativen Aspekte entsprechend ihrer Ebene in der Dienstleistungshierarchie mit hoher Qualität ausführen, ist dies von besonderer, richtungsweisender Bedeutung, auch wenn die davon erreichte Zielgruppe (städtische Bevölkerung von Monrovia) als relativ klein bezeichnet werden muss.

Stärkere Einbindung und Beteiligung der Betroffenen

Für MISEREOR steht im Mittelpunkt, dass die Bevölkerung aktiv in die Planung, Durchführung und Bewertung von Gesundheitsmaßnahmen einbezogen und die Selbsthilfekapazität und traditionelle Versorgungsstrukturen auf lokaler Ebene gefördert werden. In vielen Projekten wurden im untersuchten Zeitraum Ansätze mit verschiedenen Typen der Beteiligung, u.a. „*Village Health Worker*“, „*Community Health Worker (CHW)*“, GesundheitspromotorenInnen, „Laienhelfer“, verfolgt (in der Desk-Studie wird dieser Ansatz diskutiert, siehe hierzu auch Desk-Studie, Kasten 5: *Village Health Worker*-Konzept - Ein wirkungsvoller Ansatz?).

Seit Alma Ata (1978) gibt es zahlreiche Erfahrungen mit dem Konzept der "*Village Health Worker*" (VHW). Die anfängliche Euphorie und die durchaus auch positiven Erfahrungen in Lateinamerika, Indien und Bangladesch belegten, wie viel diese Laienhelfer zur Gesundheitsverbesserung der Bevölkerung beitragen konnten, führten aber letztendlich zu einer Überschätzung der Möglichkeiten bezüglich einer flächendeckenden Lösung der Gesundheitsprobleme. Inzwischen wird davon ausgegangen, dass die VHW nur unter sehr spezifischen Bedingungen einen Beitrag zur Gesundheitsverbesserung leisten können. Dazu gehören eine gute und ausreichend lange Schulung, kompetente Ausbilder, häufige Auffrischungstrainings, ein schmales und spezifisches Aufgabenspektrum, wirksame Interventionsmöglichkeiten für häufige Probleme, ein gesichertes nicht-monetäres bzw. finanzielles Belohnungssystem integriert in das lokale (staatliche und/oder kirchliche) Gesundheitssystem, ein engmaschiges Monitoring- und Supervisionssystem wie das z.B. in dem **indischen Projekt** durchgeführt von RAHA der Fall ist. Es soll an dieser Stelle aber auch explizit darauf hingewiesen werden, dass der VHW-Ansatz im kirchlichen Setting in Indien und auch El Salvador ausgesprochen erfolgreich ist und zu einer erhöhten Effizienz der Projekte beiträgt. Für das Projekt von RAHA (Indien) wurde z.B. berechnet, dass die Kosten für die gleichen Projektaktivitäten sich verdoppeln würden, wenn die Leistungen der VHW und der auf Volunteer-Basis arbeitenden Nonnen bezahlt werden müssten.

Die von MISEREOR auf den **Philippinen** unterstützten Projekte fördern die Müttergesundheitsfürsorge durch Aufklärung und Schulung der traditionellen Geburtshelfer. Die Regierung bemühte sich seit 2008 darum, die Zugangslücken zu Gesundheitsdienstleistungen für Mütter zu schließen. Hierzu sollten der Einsatz und die Ausbildung von Gesundheitspersonal in den Gemeinden gefördert und die traditionellen Geburtshelfer als Bezugspunkt für die Ausbildung von neuen CHWs eingesetzt werden.

Dieser Ansatz und die dementsprechende Umsetzung wurde in der Evaluierung als erfolgreich bewertet.

In **El Salvador** besteht das wesentliche Element der Förderung der Basisgesundheit (seit 2010) in der Einführung der staatlichen ECOS (Equipos Comunitarios de Salud Familiar), die sich auf der Ebene von Dörfern und Stadtteilen um die Gesundheitsprobleme der Bevölkerung kümmern. Diese Gesundheitsteams bestehen in der Regel aus einem Arzt, zwei Krankenschwestern und aus zwei Gesundheitspromotoren. Die Gesundheitspromotoren der Gesundheitspastoralen sind zum Teil in diesen Teams integriert oder agieren dort, wo noch keine ECOS existieren mit den sog. ‚casa de salud‘, kleinen Gesundheitszentren, mit präventiven Konsultationen, die nur punktuell von ausgebildetem Gesundheitspersonal unterstützt werden. Dieses Konzept trägt maßgeblich dazu bei, dass die Gesundheitsversorgung auch zu Menschen in armen und abgelegenen Gegenden gelangt, die bisher keinen Zugang dazu hatten. Der von den Projekten in El Salvador verfolgte Ansatz der Promotion der politischen Bürgerbeteiligung (‚participacion social y comunitaria‘), umgesetzt und verbreitet durch die Gesundheitspromotoren (ACPS), führt zur Förderung und Stärkung der Gemeinden und kann in beiden Projekten als erfolgreich bezeichnet werden. Die kommunalen Dialogstrukturen ‚mesas de salud (sectoriales)‘ stellen Räume und Mechanismen für den Austausch zwischen den Akteuren der Gesundheitspolitik und für die Partizipation der Bevölkerung dar. Die Gesundheitspastorale bemüht sich im Rahmen eines Gesundheitsreformprozesses der inzwischen linksliberalen Regierung darum, die mittlerweile gut ausgebildeten und erfahrenen Gesundheitspromotoren der kirchlichen Pastoralen anzuerkennen und in das öffentliche System zu integrieren.

Selbsthilfegruppen sind in **Indien** weit verbreitet und neben vielen anderen Bereichen, wie der Reduzierung von Armut, *Empowerment* v.a. von Frauen, etc. auch in der Basisgesundheit aktiv. Der Fokus der in Indien evaluierten Projekte liegt ebenfalls auf der Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit, auf der Identifizierung der wichtigsten gesundheitsrelevanten Probleme und auf der Entwicklung von Strategien, wie diese Situation verändert werden kann. Die SHGs werden durch die Projektaktivitäten auf Basis eines partizipativen Ansatzes unterstützt, trainiert und begleitet. Als Ergebnis dieser Unterstützung ist das Erstarken (‚Empowerment‘) der Gruppen durch den partizipatorischen Prozess und die Vermittlung von Basisgesundheitswissen (Gesundheitsregeln, Familienplanung, bessere Kinder-Ernährung, Hygiene, etc.) zu betrachten. In der Untersuchung wird jedoch unterstrichen, dass die Wirkungen der SHGs generell begrenzt sind und stark abhängen von Unterstützungsangeboten bzw. komplementären Angeboten durch ergänzende (staatliche) Strukturen.

In einem noch sehr viel stärkeren Ausmaß, als bei den SHGs in Indien, entspringen die kommunalen ‚*Relais Communautaires* (RC)‘ in der **DR Kongo** der Schwäche des Staates, sich um die grundlegenden Probleme des Landes zu kümmern. Zunächst v.a. mit dem Kampf gegen die Armut befasst, engagieren sich diese Gruppen auch erfolgreich mit Unterstützung durch MISEREOR in der dezentralen Mitgestaltung der Basisgesundheitsdienste auf kommunalem Niveau. Hierbei wurden eine Reihe von interessanten Initiativen und Beiträgen entwickelt, wie Förderung von Krankenversicherungssystemen, Aktivitäten in Gesundheitskampagnen, Mitwirkung bei der Organisation der kommunalen Gesundheitsstrukturen, etc. Formal wird ein RC auf Dorfebene gebildet und 10-20 RCs formen ein Entwicklungskomitee (‚*Comité de développement*‘, CODEV). Ähnlich wie im Falle Indiens, wird in der Evaluierung auch für die Projekte in Kongo die Notwendigkeit unterstrichen, die Arbeit der RCs durch eine engere Einbettung in die staatlichen Gesundheitsstrukturen und durch ergänzende Gesundheitsprogramme und regelmäßige Supervisionen zu unterstützen.

Traditionelle/Alternative Medizinsysteme

In den Regionen einiger evaluierter Projekte wie z.B. in **El Salvador** und **Indien** haben Heilpflanzen und das Wissen um ihre Anwendung eine große Bedeutung in der Gesundheitsversorgung. Das dahinterstehende Konzept ist, dass die Gesundheitsdienste kulturell angemessen und möglichst auf Gemeindeebene unter partizipativer Einbeziehung der Bevölkerung entwickelt werden, wobei ihrer traditionellen Gesundheitsvorsorge, ihren Heilverfahren und -mitteln Rechnung getragen werden. In den evaluierten Projekten wurde die Qualitätssicherung der traditionellen Anwendungen durch entsprechende staatlichen Institutionen gewährleistet.

In der traditionellen Medizin haben viele Personen Kenntnisse und Fertigkeiten von der jeweils älteren Generation erlernt, die ihnen ermöglichen, allgemeine Krankheiten wie Kopfschmerzen, Fieber und Erbrechen mit Hilfe von Medizinalpflanzen zu lindern oder zu heilen. Darüber hinaus gibt es auch noch Spezialist/innen mit besonderen Heilpflanzenkenntnissen. Die traditionell verwendeten Naturheilmittel sind nicht nur billiger als moderne Medikamente sondern stellen in abgelegenen ländlichen Gebieten oft die erste verfügbare Medizin dar, berücksichtigen sozio-kulturelle Aspekte und den individuellen Kontext von Patient (inn)en. Das Projekt z.B. in Zacatecoluca (El Salvador) leistet einen Beitrag zur Erhaltung der traditionellen Kultur und zur Verbesserung der medizinischen Situation in den abgelegenen und/oder indigenen Gemeinden. Die Wiederbelebung traditioneller Heilmethoden hat die Bevölkerung für die Behandlung einiger Krankheiten unabhängig von der staatlichen medizinischen Versorgung gemacht. Die Projektmaßnahmen streben eine Institutionalisierung von "traditioneller Medizin" als lokale Form der "Komplementär- und Alternativmedizin" an. Gleichzeitig werden damit einkommensschaffende Maßnahmen gefördert, von denen die Selbsthilfegruppen durch die Produktion und den Verkauf u.a. in den ‚casa de salud‘ und auf nationalen Wochenmärkten profitieren. In diesem Zusammenhang sind auch Heilpflanzen bzw. hochwertige Nahrungsmittelergänzungen wie die originäre Chia (Heilpflanze der Mayas) und Moringa-Pflanze (Heilpflanze ursprünglich aus Asien) von internationaler Bedeutung, die auf dem Weltmarkt aktuell stark nachgefragt werden. Dies geht einher mit Bemühungen von MISEREOR eine stärkere Vernetzung und Verzahnung der Sektoren voranzutreiben.

4.4 Querschnittsthema Gender

Die Beschäftigung mit dem Thema Frauenförderung / Gender reicht bei MISEREOR bis in die 1980er Jahre zurück und folgte theoretisch-konzeptionell im Wesentlichen den internationalen Diskussionen im Umfeld der Frauendekade der Vereinten Nationen. In dem „Gender-Orientierungsrahmen“ von 2006 wird Gender-Mainstreaming als eine Strategie zur Herstellung von Geschlechtergerechtigkeit beschrieben deren Ausgangspunkt eine veränderte Wahrnehmung der Rollen von Frauen und Männern ist, die nicht biologisch festgelegt, sondern gesellschaftlich und kulturell geprägt ist. Das zentrale Ziel von Gender-Mainstreaming bei MISEREOR ist demnach, die Bezüge des Gender-Themas für alle Arbeitsbereiche zu erschließen.

In der internationalen Zusammenarbeit ist im Rahmen des Regelwerks für die Projektarbeit die Beachtung der Gender-Perspektive bereits als Querschnittsthema vorgegeben, jedoch nicht verbindlich. Aus den Ergebnissen der Desk-Studie geht hervor, dass in ca. 25% der Projekte Aktivitäten bzw. Ziele auf das Gender-Thema eingehen und zwar: in 28% der lateinamerikanischen Projekte; in 38 % der asiatischen Projekte und in nur 10% der afrikanischen Projekte.

In keinem der Projekte wurden Gender-spezifische Wirkungen berichtet. Das bedeutet nicht, dass es keine entsprechenden Wirkungen gegeben hat, es bedeutet sondern zunächst nur, dass gender-spezifische Wirkungen nicht durch die Monitoringsysteme der Projekte erfasst wurden.

Die von den Projekten beschriebenen Maßnahmen zur Thematik Gender deuten auf sehr unterschiedliche Vorstellungen von Gender-Orientierung und Gender-spezifischen Maßnahmen hin. Das reicht von den klassischen Vorstellungen von Frauenförderung wie sie in den Jahren 2005 - 2007 z.B. in vielen Projekten Indiens vorherrschend waren bis hin zu Vorstellungen Projekte Gender-sensitiv und Projekt-Vorhaben Gender-Transformativ zu gestalten (z.B. Projekte der Bürgerbeteiligung in Lateinamerika oder Projekte, durchgeführt von SOCHARA, in Indien)

Die Ergebnisse aus der Feldphase können wie folgt zusammengefasst werden: In allen evaluierten Projekten werden Genderaspekte berücksichtigt, zumal in allen Projekten Frauen eine der wesentlichen Zielgruppen bilden. Die Qualität der entsprechenden Maßnahmen ist - wie bereits beschrieben - sehr unterschiedlich. Zudem werden in nur einer der evaluierten Organisationen Gender-relevante Fragen im Monitoringsystem berücksichtigt und zwar bei SOCHARA in Indien, die im Rahmen ihrer Interventionen Gender-transformative Prozesse initiieren.

4.5 Vernetzung und Verzahnung von Projekten (Integration in ein Gesamtkonzept)

Die evaluierten Projekte (Träger) sind in einer Reihe von kirchlichen, staatlichen und nicht-staatlichen Strukturen, Verbänden, Partnerschaften und Netzwerken aktiv. Allerdings unterscheiden sich diese Vernetzungen in Bezug auf Kontext und Ansätze je nach Projektregion.

Einbettung in kirchliche und nicht-staatliche Strukturen

MISEREOR kann sich in Verfolgung seines Mandats auf den Zugang zu einem breiten internationalen Netzwerk kirchlicher Ordens- oder Verbandsstrukturen stützen, welches Unterstützung - finanzieller, organisatorischer, technischer, personeller sowie inhaltlicher Art - gewährleistet. Diese horizontale transnationale Einbettung der Einrichtungen, kombiniert mit ihrer vertikalen Verankerung durch intensive und kontinuierliche Präsenz vor Ort, erlaubt es den kirchlichen Einrichtungen zum einen, vergleichsweise unabhängig von den sektoriellen Rahmenbedingungen des Landes zu arbeiten. Zum anderen können sie auf jahrzehntelange organisationsspezifische Arbeitserfahrung in der jeweiligen Region zurückgreifen und ein fundiertes Vertrauensverhältnis mit den Menschen vor Ort aufbauen bzw. darauf zurückgreifen.

In **Liberia** betreibt die Kirche 21 Gesundheitseinrichtungen in 10 der 15 Counties von Liberia. Über die Einbettung in kirchliche Strukturen und mit Unterstützung von MISEREOR wird hierbei ein erheblicher Beitrag zur Bereitstellung von zugänglichen, qualitativ hochwertigen Gesundheitsdiensten geleistet. Eine sehr effiziente katholische Ausbildungseinrichtung für Gesundheitspersonal und Sozialarbeit in Monrovia, das Mother Patern College of Health Science (MPCHS), spielt hierbei eine interessante strategische Rolle. Die Dekanin des MPCHS und die Schule selbst können über ihre gut funktionierenden Kooperations- und Abstimmungsmechanismen Einfluss ausüben auf die Gesundheitssituation der Bürger von Liberia, auf die Gesundheitspolitik des Landes, auf die Ausbildungsstandards und auf die Anwendung dieser Standards und erreichen so sehr viel größere Wirkungen als aus den Projektdokumenten ersichtlich ist. Diese charismatische Leiterin des Ausbildungszentrums bemüht sich um die Entwicklung einer "Katholischen Gesundheitsstrategie" und wurde vor einem Jahr zur Koordinatorin des Nationalen Gesundheitsrates der katholischen Kirche von Liberia berufen.

Die drei in **Indien** evaluierten Projekte sind auf verschiedenen Ebenen aktiv. OCHA und RAHA sind als kirchliche Organisationen im Wesentlichen in der Gemeindefarbeit tätig. Während RAHA gut vernetzt ist mit allen für das Projekt relevanten staatlichen und nicht staatlichen Organisationen und so Dynamik kreieren und Synergien schaffen konnte, kooperiert OCHA in seinem Projektgebiet mit nicht

gutfunktionierenden staatlichen Institutionen. Da es OCHA nicht gelang, Kooperationsbeziehungen zu übergeordneten staatlichen Institutionen aufzubauen und auch diesbezüglich keine Unterstützung z.B. durch die Schirmorganisation CHAI erhielt, deren Mitglied sie ist, konnte sie die gesetzten Ziele in der evaluierten Periode nur teilweise erreichen.

SOCHARA, eine säkulare Nicht-Regierungsorganisation, ist auf allen Ebenen aktiv (Gemeinden, Regionen, indischer Staat, indische Nation, international). Sie verstehen sich als Teil verschiedener nationaler und internationaler Netzwerke mit denen ein regelmäßiger und intensiver inhaltlicher Austausch besteht. In diesem Kontext gelang es SOCHARA innovative Ansätze zu entwickeln und gemeinsam mit anderen Organisationen zu implementieren, die staatliche „*National Rural Health Mission*“ mitzugestalten sowie entscheidend zum indischen „*People's Health Movement*“ beizutragen.

In **EL Salvador** wird die Arbeit in den Projekten unterstützt über eine enge Anbindung an und Integration in die länderspezifischen CARITAS-Strukturen. In San Salvador ist diese Zusammenarbeit über das ‚Sekretariat für Soziale Angelegenheiten der Erzdiözese realisiert, die in mehreren themenorientierten Pastoralen (Gesundheit, Landwirtschaft, etc.) koordinierende und unterstützende Funktionen erfüllt und sich auch mit intersektoriellen Fragestellungen, Katastrophenvorsorge, Nothilfe, etc. beschäftigt.

In der **DR Kongo** stellen die Gesundheitspastoralen Kisantu, wie auch Kinshasa, eine Teilstruktur von CENCO (Conférence Episcopale Nationale du Congo) dar. Dies ermöglicht Abstimmungsprozesse und Synergieeffekte im Rahmen der kirchlichen Arbeit. Kisantu, aktiv in ländlichen Gebieten, arbeitet verstärkt mit in verschiedenen Komitees auf Provinzebene: Comité Provincial Inter Agence (CPIA) und Comité Provincial de Pilotage (CPP). Gleichzeitig sind sie Mitglieder von 'Caritas-Développement-Santé', einem diözesanen Koordinationsmechanismus im Bereich Gesundheit, Entwicklung, Nothilfe und Katastrophen. Das BDOM Kinshasa betreut im urbanen Kontext, ein großes Netzwerk von ca. 100 Gesundheitseinrichtungen. Es hat mit einer Reihe von staatlichen und internationalen Organisationen Kooperations- und Unterstützungsabkommen abgeschlossen (CORDAID, MISEREOR, Caritas International, UNICEF, PAM, FAO, Caritas Espagne, Fonds Mondial, etc.). Neue Strategien und Projektansätze können in diesen Netzwerken diskutiert und vertieft werden. Alle von MISEREOR finanzierten Aktivitäten werden in diesem Kontext realisiert. Das BDOM Kisantu ist die medizinische Servicestruktur der Erzdiözese von Kisantu und arbeitet eng mit den kongolesischen staatlichen Gesundheitsstrukturen und mit verschiedenen internationalen Geldgebern zusammen wie UNICEF, USAID und den Global Fund. Beide Organisation, Kisantu und Kinshasa, unterstreichen den hohen Stellenwert der Unterstützung durch MISEREOR, die auch ein Verbindungsbüro in Kinshasa unterhalten.

Beide auf den **Philippinen** untersuchten Partnerorganisationen kooperieren mit Institutionen und Strukturen auf nationaler, regionaler, Provinz-, Gemeinde- und Barangay-Ebene (kleinste administrative kommunale Einheit). CHD (*Council for Health Development*) verfügt über ein gut funktionierendes Netzwerk von CHBP-Partnern (*Community Health Based Program*), allerdings sind diese auch in hohem Maße unabhängig und beeinflussen auf verschiedenen Ebenen die Prozesse der Basisgesundheit in den verschiedenen Regionen. In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll, die Führungsebene von CHD zu stärken und Verbindungen zu lokalen und zentralen Regierungsstrukturen zu formalisieren, die über die täglichen politischen Belange hinausgehen. Die Partnerorganisationen der CHD sind nur auf ihrer operationalen Ebene (Gemeinden und Distrikte) gut integriert in staatliche Strukturen. Beide Organisationen arbeiten bei der Betreuung vor Ort eng mit den kirchlichen Organisationen und Gruppen zusammen. Das KALINGA/AKAP Projekt ermöglicht in einer engen

Kooperation mit der Kirche die Schulung der gegenwärtigen CHWs (*Community Health Worker*), und sichert damit die Nachhaltigkeit.

Kooperationsbeziehungen mit staatlichen Strukturen

Die jeweiligen Rahmenbedingungen auf der politischen Ebene prägen die wichtigen externen Faktoren für die Umsetzung der Projekte. Die Zusammenarbeit mit dem Staat, zwischen den unterschiedlichen Ebenen (Makro/Meso/Mikro) der Gesundheitsversorgung, die Zusammenarbeit mit der Bevölkerung und ihren Gremien gestalten sich demzufolge in den untersuchten Ländern sehr unterschiedlich und erfordern auch jeweils angepasste Verfahren und Instrumente in der Umsetzung der Projektaktivitäten.

Die generell sehr gute Bewertung der Relevanz der evaluierten Projekte zeigt, dass die zugrunde liegenden Konzepte und Themen durch ein hohes Maß an Abstimmung bzw. ‚Alignment‘ mit den jeweiligen nationalen Sektor-Strategien gekennzeichnet sind. Jedoch mangelt es häufig an einer effizienten praktischen Kooperation zwischen staatlichen Stellen und kirchlichen Strukturen und an funktionierenden Dialog-Strukturen und einem kontinuierlichen Informationsaustausch.

Grundsätzlich fällt bei der Gesamtschau der evaluierten Projekte auf, dass häufig unterschieden wird zwischen „Kooperationen“, die in der Regel auf einem Kooperationsvertrag mit Vereinbarung gemeinsamer Ziele, Strategien und Aufgabenfelder basieren und einer „Koordination“, die eine gegenseitige Information über Interventionen und Planungen beinhaltet. In diesem Kontext, fehlen bereits wesentliche Schritte im Planungsstadium für eine systematische und kritische Analyse der Stärken und Schwächen der jeweiligen nationalen Partnerstrukturen und deren Potenziale für die Zusammenarbeit.

Es gibt in **Liberia** das positive, aber eher zufällige, bereits zuvor erwähnte Beispiel (MPCHS) einer sehr wirksamen Zusammenarbeit mit staatlichen Strukturen. So ist die Dekanin des MPCHS als de facto Leiterin des "Liberian Coordinating Mechanism" tätig, der die Gelder des Global Fund (GFATM) verteilt. Außerdem ist sie Mitglied in den zwei wichtigsten Beratungs- und Koordinationsgremien, die vom Gesundheitsministerium berufen werden und in denen die wichtigsten UN-Organisationen und internationalen Geber vertreten sind. Daneben ist sie in einer Reihe von "task forces" und Verwaltungsräten mit landesweiter Wirkung aktiv. In Liberia ist über diese Mitarbeit in wichtigen staatlichen Gremien eine intensive wechselseitige Interaktion zwischen Staat bzw. Gesundheitsministerium beispielsweise durch den ‚Mother Patern College of Health Sciences‘ gewährleistet. Darüber hinaus werden staatliche Konzepte bewusst in die Ausbildungscurricula integriert und tragen so zu ihrer Umsetzung bei. Dies trägt zu der Umsetzung dieser Konzepte bei. Gleichzeitig werden Curricula und Qualitätsnormen, die am College entwickelt wurden, teilweise zum staatlichen Standard erhoben. Bei aller Zufälligkeit verdeutlicht dieses Beispiel, dass über ein bewusstes Engagement in staatlichen Netzwerken größere Hebelwirkungen zur Verbesserung der Basisgesundheitsdienste erzeugt werden können.

In **Indien** gilt allerdings für die meisten Projekte, dass sie über wenig effiziente Kooperationsbeziehungen mit staatlichen Gremien verfügen. Ein Indikator für die geringe Effizienz des Staates eine umfassende und allen Menschen Zugang ermöglichende Gesundheitsversorgung im Untersuchungszeitraum zu etablieren, stellen die geringen Ausgaben im Gesundheitssektor dar (unter 1% im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt in 2005). Wie bereits im Fall von OCHA skizziert, sollte der Fokus der Gemeindeorientierung dringend ergänzt werden durch übergeordnete Lobbyarbeit und Kooperationen auf staatlicher Ebene. Im Gegensatz dazu konnte SOCHARA, auf allen Ebenen gut in nationale nicht-staatliche und staatliche Strukturen integriert werden und Langzeiteffekte und somit Wirkungen ihrer Initiativen erzielen.

Am Beispiel **El Salvador** wurde festgestellt, dass die Kooperationsbeziehungen zum staatlichen System in den letzten Jahren zunehmend effizienter gestaltet werden konnten. Dies ist zunehmend auch das Ergebnis eines stärkeren Engagements der Projekte in übergeordneten Netzwerk-, Advocacy- und Lobbyarbeit und dem Abschluss von Kooperationsverträgen. Erleichtert wird dies durch die aktuellen Reformanstrengungen der linksliberalen Regierung, die den Austausch mit den Gesundheitspastoralen suchen und damit den Dialog mit dem Gesundheitsministerium fördern. Der politisch deklarierte Wille zu Reformen auf nationaler Ebene erleichtert die Arbeit auf lokaler Ebene zwischen Gesundheits- und Gemeindebehörden und den Dorfgesundheitskomitees. Durch die Schaffung von institutionalisierten Diskussion- und Handlungsfeldern, wie den ‚mesas de salud‘ wird die aktive Zusammenarbeit mit der Bevölkerung intensiviert. Die Stadt-/Gemeindeverwaltungen (Mesoebene), die im Zuge der Dezentralisierungsprozesse mit der Umsetzung von staatlichen Programmen beauftragt sind, werden durch die Kooperation mit den kirchlichen Trägern und NRO unterstützt. Ausschlaggebend für diese Möglichkeit ist das Vorhandensein geeigneter und qualifizierter NRO bzw. Dorfkomitees.

In der **DR Kongo** wird das Projekt in Kisantu in stärkerem Maße mit den Schwachstellen der staatlichen Verwaltung in ländlichen Regionen und den Defiziten des staatlichen Gesundheitssystems, insbesondere mit der wenig stabilen Bereitstellung staatlichen Gesundheitspersonals konfrontiert. Vernetzung ist in diesem Kontext eher darauf fokussiert, die alltäglichen Probleme der Versorgung der Bevölkerung mit grundlegenden Basisgesundheitsdiensten zu managen. Das Projekt in Kinshasa kann sich demgegenüber auf ein professionelles Netzwerk kirchlicher Strukturen und auf eine intensivere Zusammenarbeit mit staatlichen, nicht-staatlichen und internationalen Gesundheitsakteuren beziehen. Die Gesundheitspastorale in Kinshasa beteiligt sich an der Ausarbeitung von Strategien und Operationsplänen.

Auf den **Philippinen** bietet das CHD-NS (Community Health and Development- National Secretariat) eine etablierte Dachstruktur zur Vernetzung mit den Mitgliedsorganisationen an. Dieses Sekretariat arbeitet mit seinen Mitgliedsorganisationen für die Koordinierung und Durchführung der wichtigsten Aktivitäten in den „Community Health Based Programms“ (CHBPs) . Hier sind alle CHDs und Mitgliedsorganisationen sowie die ‚Friends of CHBP‘ vertreten. Dies stellt eine herausragende Plattform für die Diskussion und Kommunikation mit verschiedenen Vertretern der westlichen und der traditionellen Medizin dar. Es existieren gute Beispiele wo die kommunalen Strukturen CHTs (Community Health Team) produktiv mit den dafür vorgesehen LGUs (Local Government Units) kommunizieren und zusammenarbeiten. Es fehlen allerdings formalisierte Abläufe und Indikatoren, um den Erfolg im benötigten Lobbying-Prozess messen zu können.

Beitrag der Bevölkerung

Die Zusammenarbeit mit der Bevölkerung und ihren Gremien kann in allen Projekten als sehr effizient beschrieben werden. Entscheidend erscheint hier die herausragende Motivation (geleitet von der ethisch-religiösen Haltung) und das persönliche Engagement der Mitarbeiter(innen), die zum Teil selbst als ‚Absolventen (innen)‘ aus diesen Einrichtungen hervorgegangen sind. Mit der Orientierung auf die Gemeinschaft wird der Fokus auf aktive Partizipation, Förderung von Selbsthilfekapazitäten und Einflussnahme auf lokaler Ebene gerichtet.

Der Großteil der MISEREOR-Projekte in El Salvador, Indien, DR Kongo und Philippinen legen bei der Gesundheitspromotion starkes Gewicht auf die partizipative Analyse der Probleme und die Suche von Lösungswegen, die von der Bevölkerung beeinflussbar sind. Ein wichtiger Schwerpunkt der Promotionsarbeit liegt bei den die Gesundheit bestimmenden sozialen Determinanten (Trinkwasser, Ernährung, Hygiene etc.). In Indien sind die vorgestellten Ansätze der Unterstützung von

Selbsthilfegruppen zur Förderung und Stärkung von Frauen auch in Bezug auf Gesundheit in den vorgestellten Projekten sehr erfolgreich. Ebenfalls zentral sind die Anerkennung und der Einbezug überlieferten Wissens und traditioneller Gesundheitsansätze. Die Wirkungen dieses Vorgehens sind breiteres Wissen bezüglich Gesundheit und Umgang mit Krankheit, Inanspruchnahme von Dienstleistungen und auch ein selbstbewussteres Auftreten der Menschen gegenüber Gesundheitsdiensten, Behörden und NRO, Gesundheitspromotoren, Dorfkomitees und Basisorganisationen spielen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung und ‚Übersetzung‘ zwischen Gesundheitsdiensten und der Bevölkerung. Als gewählte Vertreter der Bevölkerung genießen sie deren Vertrauen, über die Ausbildung und durch die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitspersonal gewinnen sie auch Wissen und Erfahrung auf der Seite der Dienstleister. Mit ihrer aktiven Beteiligung in Netzwerken und Gesundheitskomitees unterstützen sie die Effizienz und bauen Barrieren beim Zugang zu den Dienstleistungen ab. Die Kooperation zwischen den verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung wird als generell verbesserungswürdig bewertet.

Hinsichtlich der Kooperationsbeziehungen nach außen, d.h. mit weiteren Durchführungs- und Geberorganisationen konnten ebenfalls Erfolge verbucht werden. Ein Großteil der in der Feldphase evaluierten Projekte haben zum Teil umfangreiche Kooperationsstrukturen mit anderen Gebern, mit internationalen und / oder lokalen NRO und in kleinen Ansätzen mit der lokalen Wirtschaft entwickelt, wodurch innerhalb des Sektors Synergieeffekte entstehen.

4.6 Handlungskompetenz der Partner

Die Auswahl der angewandten Implementierungsansätze, -leistungen und -instrumente hat sich in allen evaluierten Projekten als geeignet erwiesen, die strategischen Ausrichtungen der Projektmaßnahmen umzusetzen. Nicht in allen Projekten gelang es, Beratungsinhalte, Serviceangebote und Koordinierungsabläufe mit staatlichen Institutionen oder anderen nationalen / internationalen - in den gleichen Bereichen aktiven - Institutionen in ausreichendem Maße zu synchronisieren bzw. zu optimieren und somit die möglichen Synergiepotenziale zu nutzen (siehe Kapitel 4.5). Hier sind insbesondere die Projekte in den Philippinen, in El Salvador und ein Projekt in Indien zu nennen.

Auch konnten nicht in allen evaluierten Projekten institutionalisierte Dialoginstrumente festgestellt werden, die einen formalen und direkten Austausch der Projektmitarbeiter(innen) und relevanter Personen (z.B. aus Partnerorganisationen, freiwilligen Mitarbeiter(innen) oder der Zielgruppe) ermöglichten. Projektfortschritt oder Veränderungsprozesse wurden so häufig nur informell ausgetauscht und entsprechend erfolgten bedarfsorientierte Projektplanungs- bzw. Implementierungsmaßnahmen auf ad-hoc Basis und nicht im Verlauf einer institutionalisierten Vorgehensweise. Als positive Ausnahmen können zwei Projekte in Indien (SOCHARA und RAHA) aufgrund ihrer gut funktionierenden partizipativen Steuerungsinstrumente genannt werden.

Bis auf SOCHARA in Indien, das über ein hoch-qualifiziertes intersektoral zusammengesetztes Managementteam verfügt, wiesen die anderen evaluierten Organisationen zwar teilweise enorm effiziente und gut organisierte Projektmanager/innen auf, die allerdings nicht durch ein kompetentes mittleres Management bzw. durch kompetente Vertreter unterstützt werden konnten. Auch hier wurden im Wesentlichen finanzielle Gründe ermittelt, die es den Organisationen erschweren, entsprechend qualifiziertes Personal einzustellen. Allerdings muss in diesem Zusammenhang auch berichtet werden, dass nur bei SOCHARA ein Personalentwicklungskonzept identifiziert werden konnte, mit dessen Hilfe eine systematische Fortbildung der Mitarbeiter(innen) angestrebt wird. Die Handlungskompetenz aller Organisationen war zudem eingeschränkt durch nicht funktionierende oder

unzureichende PME-Systeme. Dementsprechend gab es keine Organisation, die über ein Wissensmanagementsystem verfügte, das ausreichende (umfangreiche) Monitoring-Daten sicherte und zur Verfügung stellen konnte.

4.7 Einschränkungende Faktoren bei der Ermittlung der Daten

Bei den für die Desk-Studie zur Verfügung gestellten und ausgewerteten Unterlagen und Informationen handelte es sich um ein umfangreiches Dokumentenpaket, das für alle ausgewerteten Projekte den Projektvertrag, die Bewilligungsvorlage, den Abschlussbericht und den SVN (Schlussverwendungsnachweis) enthielt. Zudem wurden - soweit vorhanden - die Projekt- und Evaluierungsberichte der Partnerorganisationen hinzugezogen sowie die gesamten schriftlichen Projektunterlagen. Dazu gehören auch Projektanträge, Zwischen- und Endberichte sowie Reise- und externe Evaluierungsberichte. Anzumerken ist hier, dass Reise- und Evaluierungsberichte häufig die ergiebigsten Quellen zu Wirksamkeit von implementierten Maßnahmen darstellten. Trotz intensiver Recherche konnten nur wenige gefunden werden.

Darüber hinaus zog das Gutachterteam relevante Dokumente von MISEREOR für die Förderbereichs-evaluierung heran, die in der Literaturliste in Annex 3 aufgeführt sind. Neben deren Auswertung beruhte die Evaluierung des Basisgesundheitsbereichs im Rahmen der Desk-Studie auf Hintergrund- und aktuellen Informationen, die die Gutachter/innen in diversen Interviews und Gesprächen gewinnen konnten, sowie auf den Einschätzungen der verschiedenen Interviewpartner/innen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass den Dokumenten nur wenig wirkungsorientierte Informationen hinsichtlich der implementierten Projektmaßnahmen entnommen werden konnten. Ohne die sehr offene Bereitschaft der Interviewpartner/innen, über die Projekte und die Rahmenbedingungen Auskunft zu geben sowie die Informationen aus den extern durchgeführten Evaluierungen und den Reiseberichten der Referenten/innen und BAZler wäre eine Bewertung der Projekte hinsichtlich der DAC Kriterien im Rahmen der Desk-Studie kaum möglich gewesen.

Für die Evaluierung der Fallbeispiele im Rahmen der Feldphase konnten Daten vor Ort erhoben werden und ermöglichten so differenzierte Einblicke in die Planungen, Durchführungen und auch Wirkungen der 12 evaluierten Projekte. Auch wenn das Team in allen Fällen ausreichend Daten und Informationen sammeln konnte, soll doch auf folgende Einschränkungen hingewiesen werden, die das Ergebnis der Evaluierungen möglicherweise beeinträchtigen:

- Einige der Projekte waren sehr komplex und auch räumlich weit angesiedelt, so dass nur exemplarisch einige Bereiche angeschaut und untersucht werden konnten in der zur Verfügung stehenden Zeit;
- Es war nicht einfach, eine Evaluierung über einen so lange zurückliegenden Zeitraum (2005 - 2007) durchzuführen. Auch wenn die Folgeprojekte berücksichtigt wurden, konnten nur unzureichend Informationen aus dem vorgegebenen Zeitraum ermittelt werden, sei es durch Personalwechsel, sei es durch unzureichende Datensätze aus diesem Zeitraum. So müssen die Ergebnisse auch immer im Licht der gegenwärtigen Situation betrachtet werden. Das betrifft insbesondere Aspekte der Organisationsdiagnose und Handlungskompetenz der Partner;
- In den meisten Projekten gab es keine verlässlichen Daten, die evidenz-basierte Vergleiche in Bezug auf Wirkungen zugelassen haben. Das Evaluationsteam erhielt die erforderlichen Informationen - wie auch im Evaluationsdesign berücksichtigt - im Wesentlichen durch Interviews und Fokus-Gruppen-Diskussion („*Most Significant Change*“ Berichte);
- Die Evaluierung wurde auch dadurch erschwert, dass es keine Indikatoren gab - weder Wirkungs-, Output- noch Prozess-Indikatoren, mit deren Hilfe ein schon während der Projekt-

Planung definierter Fortschritt ermittelt werden konnte. Die Definition von „Projektfortschritt“ erfolgte somit auf der Basis der formulierten Projektziele.

5 Lernerfahrungen

Die wichtigsten Lernerfahrungen im Kontext der hier durchgeführten Querschnittsevaluierung können den folgenden Bereichen zugeordnet werden:

Strategische und entwicklungspolitische Ausrichtung

Die hohe strategische und entwicklungspolitische Bedeutung des Förderbereichs Gesundheit ist bei MISEREOR und seinen Partnern unumstritten und spiegelt sich deutlich in den evaluierten Projektansätzen wider, auch wenn sich diese strategische Bedeutung nicht durchgängig in der Mittel-Allokation niederschlägt (Kapitel 2.1).

Die grundlegende strategische und entwicklungspolitische Ausrichtung der MISEREOR-Kriterien findet sich in allen untersuchten Projekten in unterschiedlicher Gewichtung (und mit unterschiedlichen zukünftigen Handlungsbedarfen) und stellt das Kernelement von MISEREOR dar: nachhaltige Hilfe zur Selbsthilfe, Stärkung der Eigenkräfte von ausgewählten und relevanten Zielgruppen sowie Partnerorganisationen, stärkere Vernetzung mit anderen Sektoren und verstärkt Netzwerk- und Lobbyarbeit zu betreiben.

Kooperationen und Förderung von Netzwerken

Die enge Vernetzung mit den nationalen kirchlichen Trägern und den lokalen Gemeinden stellt das Spezifikum kirchlicher, gesundheitsrelevanter Entwicklungsarbeit dar. Der hohe Stellenwert dieser Vernetzung für MISEREOR in Bezug auf Basisnähe (d.h. kirchliche Motivation der Mitarbeiter und Zielgruppen) ist durchgängig erkennbar, wird aber nicht in allen untersuchten Projekten thematisiert und beschrieben. Am Beispiel von Liberia wird von einer „katholischen Gesundheitsstrategie“ gesprochen und im Kapitel 3.2. wird die enge Zusammenarbeit mit kirchlichen Institutionen besonders hervorgehoben.

Förderung der Handlungs- und Steuerungskompetenz der Partner (PME)

In allen evaluierten Projekten hat sich die Auswahl der angewandten Implementierungsansätze, -leistungen und -instrumente als grundsätzlich geeignet erwiesen, die strategischen Ausrichtungen der Projektmaßnahmen umzusetzen. Defizite wurden in der Verzahnung von Beratungsinhalten, Serviceangeboten und Koordinierungsabläufen mit staatlichen Institutionen oder anderen nationalen / internationalen - in den gleichen Bereichen aktiven - Institutionen festgestellt sowie in den zumeist unzureichend funktionierenden PME-Systemen. Hier konnte ein Unterstützungsbedarf festgestellt werden.

„Good Practice Ansätze“ (Wissensmanagement)

Lernerfahrungen und Wissensmanagement stellen einen wichtigen Bereich in der strategischen Ausrichtung entwicklungspolitischer Zusammenarbeit dar. In einigen Ländern bzw. Partnerorganisationen wurden „Good Practice“ - Ansätze während der Feldphase dokumentiert, die auch für andere Projekte wichtige Lernerfahrungen darstellen (SOCHARA und RAHA in Indien, Gesundheitspastoral San Salvador, in El Salvador). Diese beispielhaften Projekt-Ansätze bzw. Projekt-Komponenten zeichnen sich durch Innovation und Effektivität, durch einen partizipativen und „empowering“ Ansatz, Gender-Sensibilität, Wirkungsorientierung, ein angemessenes Kosten-Effektivitäts-Verhältnis, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit aus.

6 Empfehlungen

Grundsätzlich hat die Evaluierung den Eindruck ergeben, dass die von MISEREOR unterstützten Projekte sehr relevant sind und dass im Gesamtverhältnis von Aufwand zu Nutzen in der Basisgesundheitsarbeit (bezogen auf die Ergebnisse der Feldphase) eine gute Relation besteht. Diese Einschätzung bezieht sich nicht nur auf die Projekte sondern schließt die Zentrale ausdrücklich ein. Alle aufgeführten Empfehlungen verstehen sich deswegen im Sinn einer Unterstützung dieser positiven Gesamteinschätzung und Handlungsdynamik. Drei Hauptüberlegungen bzw. Fragestellungen werden im Interesse einer globalen Orientierung den einzelnen Empfehlungen vorangestellt:

- In vielen Projekten wird vom Träger erwartet, durch Nutzergebühren einen Beitrag zur finanziellen Nachhaltigkeit der Arbeit zu erbringen. Gleichzeitig soll er mit seiner Arbeit die Armen erreichen. Beides lässt sich oft nicht vereinbaren und stellt einen **Zielkonflikt** dar, der stärker thematisiert werden sollte.
- Die ‚**Kosten-Nutzen-Relation**‘ - wenn auch nicht messbar - scheint für die meisten Projekte sehr gut. Diese Einschätzung gilt auch für die MISEREOR Zentrale (im Vergleich zu staatlichen Einrichtungen). Die Umsetzung der folgenden Empfehlungen sollte nicht zu Lasten der Kosten-Nutzen-Relation gehen.
- **Wirkungsorientierung**: Bereits seit einigen Jahren bemühen sich Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit darum, Wirkungsorientierung im Gegensatz zu Input- oder Output-Fixierung in den Vordergrund der Überlegungen zu stellen. Dies gilt unverändert weiter. Es sollten jedoch immer Diskussionen um Wirkungszusammenhänge, die einen intendierten Veränderungsprozess beschreiben und einen Orientierungsrahmen ermöglichen, im Vordergrund stehen und nicht die formale Diskussion bzw. Festlegung auf lineare Wirkungsketten.
- **Perspektiven der Finanzierung**: Bei vielen Projekten hat sich gezeigt, dass Projekte oder sogar Trägerorganisationen finanziell weitgehend oder vollständig von MISEREOR abhängig sind. Diese Abhängigkeit verhindert ernsthafte Partnerschaft - ein Umstand, der sich oft nicht vermeiden lässt, der aber stärker zur Kenntnis genommen werden müsste. Völlige finanzielle Abhängigkeit einer Trägerorganisation führt aber automatisch und unvermeidlich zu einer *"hidden agenda"* in der Kommunikation: das Überleben der eigenen Organisation wird zum zentralen Anliegen - und alle Wünsche oder Vorstellungen des Gebers werden zum Gebot. Es ist somit empfehlenswert, Projekte zu befähigen, auch von anderen Gebern Projektmittel beantragen zu können.

6.1 Empfehlungen zur strategischen und entwicklungspolitischen Ausrichtung

Für alle untersuchten Projekte gilt eine hohe entwicklungspolitische Relevanz. Das äußert sich auch darin, dass empfohlen wird, alle in der Feldphase evaluierten Projekte weiter zu fördern. Auch die bedarfsorientierte Arbeitsweise MISEREORs und eine an die Situationen in den Ländern angepasste Förderstrategie sollte weiter verfolgt werden. Das schließt nicht nur die komplexen Basisgesundheitsprogramme ein, sondern auch - auf Basis der Evaluierungsergebnisse aus Liberia - die kleinen sogenannten „*hardware*“ Maßnahmen. Dieses Vorgehen unterscheidet MISEREOR von den großen staatlichen Geberorganisationen und ermöglicht so eine stärkere partizipative Förderung von einheimischen Partnern und das Aufgreifen von basisnahen Themen. Die Einbettung in weitverzweigte lokale Netzwerke der Kirche ermöglicht eine konsequente Berücksichtigung der

Bedürfnisse der Zielgruppen in einer längerfristigen Perspektive und stellt damit einen wichtigen Mehrwert gegenüber anderen Organisationen der EZ dar. In diesem Kontext wird auch darauf hingewiesen, dass die nur teilweise vorhandenen Länderstrategien entwickelt bzw. regelmäßig aktualisiert werden sollten, um so Entscheidungsprozesse über Projekt- und Förderbewilligungen auf eine fundierte Basis zu stellen und auch neue Entwicklungen berücksichtigen zu können. Hierbei wäre es ebenfalls sinnvoll, strategische Ausrichtungen zu diskutieren wie z.B. eine stärkere Zusammenarbeit mit anderen, gesundheitsrelevanten Sektoren, eine stärkere Förderung von Ausbildungsvorhaben und auch das Querschnittsthema Gender mit in die Diskussionen einzubeziehen.

6.2 Fachbezogene Empfehlungen

Fachbezogene Empfehlungen können nur für die in der Feldphase evaluierten Projekte gegeben werden und sind ausführlich in den jeweiligen Länderberichten dargestellt (Annex 6).

Wie schon erwähnt (Kapitel 5) wurden während der Feldphase in einigen Partnerorganisationen Ansätze evaluiert, die als „*Good Practice*“ bezeichnet werden und so auch für andere Projekte Lernerfahrungen anbieten können. Es wird daher empfohlen, diese Ansätze aufzuarbeiten z.B. im Rahmen eines „Peer-Review“ Verfahrens und sie als Beispiele anderen Organisationen zur Verfügung zu stellen.

6.3 Empfehlungen zur Förderung der Handlungs- und Steuerungskompetenz der Partner

In den Evaluierungen der verschiedenen Projektansätze haben sich eine Reihe von Überlegungen verdichtet, wie die Partnerorganisationen durch einen verstärkten Partnerdialog und eine kontinuierliche Beratung (Backstopping) in ihren Kompetenzen und Fähigkeiten fachlich adäquat zu handeln und in Bezug auf eine Umsetzung von wirkungsorientierter „Planung, Monitoring und Evaluierung“ (PME) gestärkt werden können. Die Notwendigkeit zu einer weiteren Professionalisierung in diesem Bereich ergibt sich einerseits aus der übergeordneten Zielsetzung von MISEREOR und seinen Partnerorganisationen, verbesserte und bedarfsgerechte Gesundheitsdienste anzubieten. Andererseits bieten sich für die Partnerorganisationen gute Möglichkeiten, mit Hilfe von wirkungsorientierten Evaluationsberichten und Datenerhebungen auf ihre Arbeit aufmerksam zu machen und so fundierte Lobbyarbeit durchführen und auch potentielle Geberorganisationen überzeugen zu können. In der Betrachtung der unterschiedlichen Projektsituationen und -erfordernisse kristallisieren sich folgende Handlungsfelder heraus:

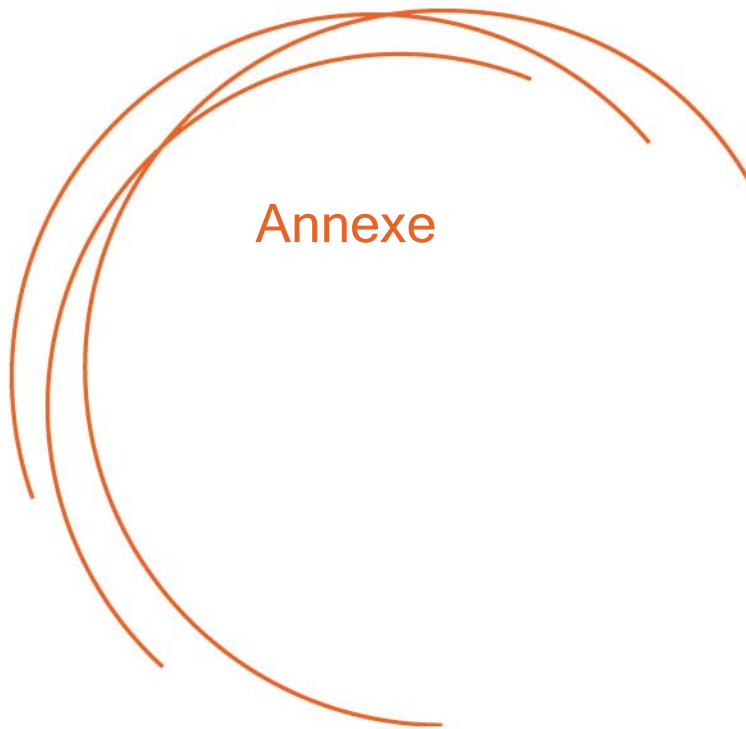
- Um den strategischen neuen Ausrichtungen der Projekte (Erhöhung der Leistungsfähigkeit der Basisgesundheitsdienste, Sicherung der programmatischen und finanziellen Nachhaltigkeit) gerecht werden zu können, sollten die vorhandenen **Management- und Koordinationsstrukturen** weiter hinsichtlich ihrer Effizienz und Zielorientierung gezielt gefördert und damit gestärkt werden. Dazu gehört, die systematische Rückführung der M&E-Ergebnisse in die Projekte, damit sie dort gezielt bei der Überarbeitung der operationalen Planung und Strategieentwicklung verwendet werden kann (gezielte Steuerung und Weiterentwicklung der Projekte)..
- Hierbei sollte der Fokus stärker hin zu einem holistischen **Planungs-, Implementierungs- und Managementansatz** gehen, der klar formulierte Zielsetzungen und Wirkungsorientierungen beinhaltet, die mit den betroffenen Menschen selber und den Partnerorganisationen erarbeitet werden. Geeignete Methoden und Modelle des Wirkungsmonitorings sollten angepasst und erprobt, Aspekte der Wirkungserreichung, Strategieanpassung, Zielüberprüfung, Effizienz, Lernprozesse für das Wissensmanagement aufgegriffen werden.

- Auch die Erfahrungen und Vorgaben von MISEREOR im Bereich der Wirkungszusammenhänge sollten stärker bei der Planung, Umsetzung und Steuerung der Vorhaben eingebracht werden. Hierzu gehört auch, dass für jedes Projekt ein Wirkungsgefüge mit klar formulierten und nachprüfbareren Hypothesen entwickelt wird und dass die Projektmitarbeiter und -Mitarbeiter(innen) intensiver in der Nutzung dieser Projekt-Management-Instrumente geschult werden.
- Im Kontext einer wirkungsorientierten Datensammlung sollte ebenfalls überlegt werden, inwieweit eine **Einführung und Nutzung von moderner Technologie** (dem Bedarf entsprechend digitalisierte Datensätze, Entwicklung von excel-sheets etc.) sinnvoll wäre.
- Die **Kompetenz der Betroffenen und ihrer Organisationen sollte** deshalb durch gezielte und angepasste Fortbildungsmaßnahmen **gefördert werden**, die sie befähigen, an Programmsteuerungs- und Partizipationsaktivitäten entscheidend teilzuhaben. Hierzu bieten die untersuchten Projekte eine ganze Reihe von interessanten und innovativen Ansätzen (Selbsthilfegruppen in Indien, ‚*Relais communautaires*‘ im Kongo, ‚*mesas sectoriales de salud*‘ in El Salvador, etc.)
- Eine verstärkte und qualifizierte Beteiligung der Zielgruppen sollte dahingehend unterstützt werden, dass auch **gender-spezifische Themen**, die nicht überall oder nicht in der erforderlichen Intensität bearbeitet wurden, **stärker in den Mittelpunkt gerückt werden**, wie z.B. Teenager-Schwangerschaften oder Gewalt gegen Frauen. Die Ziele und Indikatoren sollten ebenfalls direkt auf diese Gruppen ausgerichtet sein.
- Grundsätzlich sollte im Planungsprozess der Projekte stärker als bisher auf die konsequente Durchführung von geschlechterspezifischen Zielgruppen- und Ausbildungsbedarfsanalysen geachtet werden. In der Umsetzung eines **systematischen Gendermainstreamings** sollte das Instrument der Gender-Sensibilisierung der Partner- und Durchführungsorganisationen sowie der lokalen Mitarbeiter(innen) weiter ausgebaut werden.
- In die gleiche Richtung sollten auch **verstärkte Bemühungen zielen, sich weiter stark im Bereich der armutsrelevanten Aktionsfelder in einem engeren Zusammenspiel mit zivilgesellschaftlichen Akteuren zu engagieren**. Dies vor dem Hintergrund, dass Faktoren wie Armut, Bildungsmangel, schlechte Infrastrukturen, mangelnde Trinkwasserversorgung, sozio-ökonomische Disparitäten, kulturelle Barrieren, etc., die wichtigsten Determinanten des Zugangs zu Gesundheitsdiensten darstellen.
- Aufgrund der durchgehend problematischen Situation in Bezug auf die **finanzielle Nachhaltigkeit der Projektansätze**, sollten alle vorhandenen Ansätze zur Entwicklung von Konzepten und Überlegungen zu selbsttragenden Finanzierungsmodellen, Budgetplanungen und zu einer stärkeren Diversifizierung der Geldgeber bzw. Einnahmequellen stärker reflektiert und ihre Weiterentwicklung gefördert werden.
- Um Beratungsinhalte, Koordinierungsabläufe besser abzustimmen, zu synchronisieren und zu optimieren sollten die Partnerorganisationen darin unterstützt werden, alle - auch bislang nicht genutzte - **Synergiepotenziale**, wie z.B. eine verstärkte Zusammenarbeit mit den CARITAS-Unterstützungsstrukturen und -Netzwerken, aber auch eine systematische Zusammenarbeit und Auseinandersetzung mit staatlichen Strukturen auf den unterschiedlichen Ebenen (Gemeinde, Distrikt, Region, nationale Ebene), besser ausgeschöpft werden. Hierbei sollte auch überlegt werden, inwieweit z.B. nationale Schirmorganisationen, die auf nationaler Ebene aktiv sind, ihre auf Gemeindeebene tätigen Mitgliederorganisationen unterstützen könnten (siehe Indien).
- Zur **Sicherstellung und Weiterentwicklung von guten Dienstleistungen** in den Gesundheitseinrichtungen sollten klare Anforderungsprofile, Maßnahmen zur Erfolgskontrolle, bedarfsorientierte Ausbildungsprogramme, Fortbildungen und Maßnahmen zur Verbesserungen der Personalsituation (Personalfuktuation, Motivation) wie Personalentwicklungsmaßnahmen

ausgearbeitet werden. Dies sollte in Verbindung mit der **Entwicklung von angepassten Qualitätsstandards für Gesundheitseinrichtungen** verbunden werden.

Es soll hier noch einmal die Bedeutung von MISEREOR als Organisation der kirchlichen Entwicklungszusammenarbeit herausgestellt werden, die im Rahmen der ‚pluralistischen¹⁸ Versorgungssysteme in den Partnerländern einen wichtigen Beitrag zur besseren Gesundheitsversorgung gerade der vulnerablen Bevölkerung leistet. In der DR Kongo geht man z.B. davon aus, dass ca. 60% der ambulanten und stationären Versorgung über kirchliche Organisationen erfolgen. In diesem Kontext wird empfohlen, dass MISEREOR den reichen Erfahrungsschatz, verbunden mit den oben skizzierten Vorteilen und Perspektiven im Dialog mit den Partnern in den jeweiligen Ländern aber auch in Deutschland stärker als Richtschnur und Profil herausarbeitet. Dies hilft den eigenen Standort klarer zu bestimmen und den Mehrwert im Unterschied zu anderen EZ-Organisationen zu verdeutlichen. Es dient damit der Darstellung des spezifischen Engagements von MISEREOR in der Öffentlichkeitsarbeit und in der Positionierung gegenüber öffentlichen Auftraggebern.

¹⁸ Gesundheitssysteme, in denen Leistungen sowohl von öffentlichen und Privaten (Profit-orientierten und nicht-Profit-orientierten) Anbietern erbracht werden.



Annex 1 Referenzrahmen



Referenzrahmen:

Förderbereichsevaluierung Gesundheit mit Schwerpunkt Basisgesundheit 2012/2013 (Feldphase)¹⁹

1. Einführung: Der Förderbereich Gesundheit bei MISEREOR

Die geplante Evaluierung des Förderbereichs Gesundheit stellt die zweite Förderbereichsevaluierung der kirchlichen Zentralstellen entsprechend den mit dem BMZ vereinbarten „Leitlinien zur ziel- und wirkungsorientierten Erfolgskontrolle im Bereich der Förderung entwicklungswichtiger Vorhaben der Kirchen“ dar. Der zu untersuchende Sektor Gesundheit wurde gemeinsam durch BMZ, EED und Misereor ausgewählt.

Im Kontext der aktuellen Herausforderungen der Entwicklungszusammenarbeit, wie sie etwa in den Millennium Development Goals dargestellt sind, stellt der Förderbereich Gesundheit einen zentralen Bereich dar. Für das katholische Hilfswerk MISEREOR ist die Arbeit im Bereich Gesundheit als Teil des Gesamtauftrags in der Weltkirche zu sehen und damit auch dem spezifischen Ethos („Heilsauftrag der Kirche“) verpflichtet. Die Unterstützung von Gesundheitsdiensten war seit der Gründung von MISEREOR 1958 als „Aktion gegen Hunger und Krankheit in der Welt“ integraler Bestandteil der Projektförderung. In den siebziger Jahren beteiligte sich MISEREOR aktiv an den kirchlichen Diskussionen zur Entwicklung eines integralen gemeindeorientierten Gesundheitssystems (u.a. im päpstlichen Rat *Cor Unum*), in dem Gesundheitsvorsorge, kurative Dienste, präventive Dienste und Rehabilitation miteinander kombiniert sind. Die 1978 von der WHO publizierte Erklärung von Alma Ata beschrieb diesen Ansatz als *Primary Health Care* der seitdem leitend für die von MISEREOR und die Katholischen Zentralstelle für Entwicklungshilfe (KZE) geförderte Projektarbeit im Gesundheitswesen ist.

Primäre Zielgruppe der von Misereor/KZE geförderten Projekte Bereich Gesundheit sind arme Menschen, die keinen bzw. erschwerten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben. Besondere Priorität hat die Zielgruppe „Mutter und Kind“.

¹⁹ Der Referenzrahmen wurde für die Feldphase überarbeitet. Absätze, die aus der Deskphase nicht mehr für die Feldphase relevant sind, sind in hellerem Grau geschrieben und als Hintergrundinformation für den Synthesebericht weiterhin im Dokument enthalten.

Derzeit fließen etwa zehn Prozent der MISEREOR/KZE-Förderung in Gesundheitsprojekte in Afrika, Asien und Lateinamerika; darüber hinaus beinhalten auch Projekte aus anderen Sektoren (z.B. Wasser- und Landwirtschaftsprojekte) Aspekte der Gesundheitsarbeit. Gefördert werden vor allem Projektansätze, die die unmittelbare Einbeziehung von Zielgruppen/Gemeinden fördern. Dabei werden die Prinzipien Subsidiarität und Komplementarität im Blick behalten und es wird nach Abstimmung und Kooperation mit staatlichen Gesundheitsstrukturen gestrebt. Gesundheitsprojekte werden als Teil einer umfassenden, integralen Entwicklungsstrategie angesehen, in die die Zielgruppen aktiv einbezogen sind. Dadurch wird eine Gestaltung von Gesundheitsprojekten ermöglicht, die an die Bedingungen in den jeweiligen Projektregionen und an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst sind. Dies impliziert insbesondere auch die Wiederentdeckung und aktive Einbeziehung von Kenntnissen aus der „traditionellen“ Medizin.

MISEREOR fördert eine große Bandbreite von Projekten im Bereich der Gesundheit; darunter auch Projekte, die sich auf einzelne Krankheiten (z.B. HIV/AIDS) oder spezifische Zielgruppen (z. B. Menschen mit Behinderung) konzentrieren. Im Rahmen der anstehenden Förderbereichsevaluierung wird der thematische Schwerpunkt auf Projekte gelegt, die sich primär auf den Bereich der Basisgesundheit beziehen.

Für die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Förderbereichsevaluierung wurde eine Begleitgruppe mit folgender Zusammensetzung gebildet: eine Fachreferentin mit Schwerpunkt Gesundheit, ein Fachberater des Missionsärztlichen Instituts, ein Referent und eine Sachbearbeiterin mit regionalem Schwerpunkt, eine Referentin der KZE, eine Beraterin auf Zeit, eine Kontinentalabteilungsleiterin und (in koordinierender Funktion) eine Referentin aus dem Arbeitsbereich Evaluierung und Qualitätsmanagement. Im Rahmen der Vorbereitung ist die Begleitgruppe u.a. für die Zusammenstellung der Grundgesamtheit, die Erarbeitung eines Wirkungsgefüges (*siehe Anhang zu diesem Referenzrahmen*) und des Referenzrahmens sowie die Auswahl eines Gutachterteams verantwortlich.

2. Untersuchungsgegenstand: Grundgesamtheit von MISEREOR-Projekten der Förderbereichsevaluierung

Entsprechend den „Leitlinien zur ziel- und wirkungsorientierten Erfolgskontrolle im Bereich der Förderung entwicklungswichtiger Vorhaben der Kirchen“ muss die Grundgesamtheit der zu evaluierenden Projekte einer Förderbereichsevaluierung regional und thematisch ausgewogen festgelegt werden.

Im Unterschied zur ersten Förderbereichsevaluierung hat sich MISEREOR entschlossen, in der zweiten Förderbereichsevaluierung auch Misereor-finanzierte Projekte einzubeziehen, um ein übergreifendes Lernen aus dem

Förderbereich zu ermöglichen. Projekte, die mit Mitteln der KZE finanziert werden, erhalten dabei weiterhin ein besonderes Augenmerk.

Nach ersten Abstimmungsgesprächen mit dem EED wurde zum 31.10.2011 eine Gesamtliste mit Projekten aus dem Förderbereich Gesundheit nach folgenden Kriterien erstellt:

- Projekt-Einordnung nach
 - o CRS Schlüssel 120/130
 - o Misereor-Förder-Schlüssel 2 „Gesundheit“;
- Bewilligungszeitraum 01.01.2005-31.12.2007
- Interner Abschluss zum 31.10.2011
- Bewilligungssumme größer als 25.000 Euro

Die Erstellung dieser Gesamtliste erbrachte zunächst eine Grundgesamtheit von insgesamt 264 Gesundheitsprojekten (126 in Asien, 91 in Afrika; 43 in Lateinamerika, 4 International). Nach einer **thematischen Eingrenzung auf den Bereich der Basisgesundheit** wurde die Grundgesamtheit wie folgt festgelegt:

- **insgesamt 119 Projekte, davon**
 - **55 in Asien**, davon
 - 32 KZE -, 22 Misereor -, 1 KH - finanziert
 - **39 in Afrika**, davon
 - 23 KZE -, 16 Misereor - finanziert
 - **25 in Lateinamerika**, davon
 - 15 KZE -, 10 Misereor - finanziert

Dabei wurden in Ergänzung zur thematischen Eingrenzung auf Projekte der Basisgesundheit folgende zusätzliche Kriterien zugrundegelegt:

- Referenzeinrichtungen/Infrastruktur
 - Da beide Ebenen für die Basisgesundheit relevant sind, werden sowohl Einrichtungen der ersten Ebene (Basisgesundheitszentren) als auch der zweiten Ebene (Krankenhäuser) einbezogen.
- Infektionskrankheiten:
 - Sofern die Behandlung von Infektionskrankheiten Bestandteil eines Basisgesundheitszentrums ist („horizontale Projektebene“), werden die Projekte in der Grundgesamtheit berücksichtigt.
 - „Vertikale Gesundheitsprojekte“, die sich ausschließlich auf Infektionskrankheiten beziehen, werden für diese FBE ausgeschlossen (z.B. HIV/Aids-Projekte).
- Traditionelle Medizin/alternative Medizin:
 - Sofern traditionelle/alternative Medizin in Projekten der Basisgesundheit komplementär eingesetzt wird, werden sie berücksichtigt.
- Traumaarbeit:

- Projekte aus dem Bereich Traumaarbeit werden aufgrund der unscharfen Abgrenzung gegenüber dem Sektor „Friedens- u. Konfliktarbeit“ und der i.d.R. schwierigen Rahmenbedingungen für evtl. Feldstudien nicht berücksichtigt.
- HIV/AIDS:
 - Von einer Fokussierung auf den großen Misereor-Förderbereich HIV/AIDS im Rahmen der Förderbereichsevaluierung wird abgesehen, da die dynamische Entwicklung in diesem Bereich (insbesondere infolge der Einführung der HAART-Behandlung) einen umgreifenden Wandel hervorgerufen hat, der eine Untersuchung von Projekten aus dem Bewilligungszeitraum 2005-2007 im Sinne des intendierten Lernprozesses fragwürdig erscheinen lässt (Bsp.: *HomeBasedCare*-Projekte werden heute nicht mehr in der gleichen Weise und im gleichen Umfang durchgeführt wie im Bewilligungszeitraum.)
- Projekte, die Aspekte der Gesundheitsarbeit mit-behandeln
 - Projekte, die Gesundheitsarbeit als wichtigen Unteraspect einbeziehen (z.B. Wasser- oder Ernährungsprojekte) werden nicht berücksichtigt, da eine inhaltliche Eingrenzung aufgrund des weiteren Gesamt-Zielsystems dieser Projekte schwierig wäre

Im Anschluss an die Desk-Phase, in der die genannten 119 Projekte auf der Basis der vorhandenen Dokumente evaluiert wurden, wählte das Gutachterteam auf der Basis von Kriterien fünf Länder (Indien, die Philippinen, Kongo, Liberia und El Salvador) als Schwerpunktländer für die Feldphase aus. In jedem Land werden jeweils zwei Projekte vertieft vor Ort evaluiert (sowie in Liberia zusätzlich ein Projekt zur Anschaffung von Autos und Computern).

3. Ziele

Ziele der Förderbereichsevaluierung sind:

- Misereor und seine Partnerorganisationen kennen die Stärken und Schwächen ihrer Arbeit im Bereich der Basisgesundheits. Dadurch wird ein Lernprozess ermöglicht, der für eine Anpassung und Weiterentwicklung der Förderstrategie von Misereor im Dialog mit den Partnerorganisationen genutzt werden kann.
- Auf der Grundlage einer unabhängigen und nachvollziehbaren Einschätzung der untersuchten Projekte gegenüber der Öffentlichkeit und dem BMZ kann Misereor über die im Bereich der Basisgesundheits verwendeten Mittel Rechenschaft leisten.

4. Spezifische Fragestellungen

Die Evaluierung soll die Förderung durch Misereor im Themenbereich Basisgesundheits möglichst umfassend darstellen, analysieren und nach DAC-Kriterien bewerten.

Bei allen Fragestellungen gilt es, das Proprium der Gesundheitsarbeit als Teil der kirchlichen Entwicklungszusammenarbeit besonders herauszustellen.

4.1. Vertiefung der Beschreibung des Förderbereichs

Dabei sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Anzahl der von 2005-2007 bewilligten Projekte im Förderbereich
- Verteilung auf Kontinente/Regionen
- Verteilung auf unterschiedliche Maßnahmenbereiche (s. Wirkungsgefüge)
- Finanzierungsquellen (Gibt es eine Komplementarität der Projekte zu den Beiträgen anderer Finanzgeber und des Staates?) (Gibt es inhaltliche Unterschiede zwischen Projekten, die aus Spendenmitteln, und solchen, die aus BMZ-Mitteln gefördert werden?)
- Beschreibung der Partnerorganisationen und ihrer Projektansätze im Bereich *Primary Health Care* unter besonderer Berücksichtigung der priorisierten Zielgruppe „Mutter und Kind“ und verbunden mit einer Einordnung in den jeweiligen regionalen und Landeskontext sowie die vor Ort vorhandene Infrastruktur
- Beschreibung der Projektbegleitung durch Misereor

4.2. Analyse und Bewertung nach DAC-Kriterien

Im Folgenden werden die spezifischen Fragestellungen der Förderbereichsevaluierung nach DAC-Kriterien untergliedert. Die

Fragestellungen gelten prinzipiell sowohl für die Einzelevaluierungen als auch für die Synthese des gesamten Förderbereichs:

4.2.1. Relevanz

- Inwieweit richtete sich das Projekt an Zielgruppen, die am wenigsten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen hatten? Wer waren die Zielgruppen?
- Waren die Projektziele entsprechend den besonderen Herausforderungen der jeweiligen Projektregion im Bereich Basisgesundheit geplant? Wurden die Kernprobleme angegangen?
- Inwieweit entsprachen die Projektansätze den besonderen Herausforderungen der priorisierten Zielgruppe „Mutter und Kind“?
- Inwieweit entsprachen die Projektansätze den professionellen Standards, die zum Zeitpunkt der Projektlaufzeit gültig waren?
- Inwieweit tragen die Projektansätze dem Genderaspekt und der Berücksichtigung von Querschnittsthemen, insbesondere der Frage nach Partizipation, Rechnung?
- Inwieweit waren die Projektansätze in intersektorale Strategien (z.B. im Rahmen von diözesanen Koordinationsbüros) eingebettet?
- Inwieweit waren die Projektansätze in ein Gesamtkonzept der Basisgesundheit für die jeweilige Projektregion eingebettet? (Subsidiarität, Komplementarität)

4.2.2. Effektivität

- Ist das von Misereor entwickelte Wirkungsgefüge plausibel? Stimmen die im Wirkungsgefüge dargestellten Wirkungen mit der Realität der Projekte überein? Wo gibt es Unterschiede?
- Inwieweit wurden die jeweiligen Projektziele erreicht? (z.B.: wie hoch sind die Nutzungsraten?)
- Inwiefern wurden die geplanten Zielgruppen mit den direkten Wirkungen des Projekts erreicht?
- Welche Veränderungen (z.B. im Bereich Hygiene und Ernährung, Recht auf Gesundheit) wurden über die Zielerreichung hinaus durch die Förderung bewirkt? (positiv-negativ; beabsichtigt-nichtbeabsichtigt)
- Welche Wirkungen hat die Arbeit von Freiwilligen in Gesundheitsprojekten? Unter welchen Bedingungen kann der Einsatz von Freiwilligen zur Effektivität der Projekte beitragen?
- Welche Faktoren haben die Zielerreichung und/oder die weiteren beobachteten Veränderungen positiv oder negativ beeinflusst? Welche Strategien / Ansätze trugen zur Effektivität bei (z.B. Erhebung von Nutzergebühren)?

4.2.3. Effizienz

- Wie ist die Effizienz von Organisationsstrukturen, Personal und technischer Ausstattung zu bewerten (Management, Fähigkeiten von

Führungskräften, Personalqualifikationen, Personalfluktuation, Einsatz von Freiwilligen, Organisation von Arbeitsabläufen, PME-System, Ausstattung etc.)?

- Wie ist die Effizienz der Kooperation zu werten (Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung, Zusammenarbeit mit der Bevölkerung und ihren Gremien, Zusammenarbeit mit dem Staat)?

4.2.4. Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

- Wie ist der Beitrag der Projekte zu den im Wirkungsgefüge angeführten langfristigen (intendierten und nicht intendierten, direkten und indirekten) Wirkungen einzuschätzen?
- Inwiefern haben die erbrachten Leistungen der Projekte durch Verfügbarkeit, Zugang, Qualität der Versorgung (präventiv sowie kurativ) zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation beigetragen?
- Wie ist der Zusammenhang zwischen Leistungen, Veränderungen auf der Organisationsebene und Wirkungen auf der Ebene des Gesundheitssystems einzuschätzen?
- Welche weiteren übergeordneten Wirkungen (positiv, negativ) wurden beobachtet?
- Inwiefern sind/waren die Projekte modellhaft, strukturbildend und/oder breitenwirksam – auch mit Blick auf das Gesundheitssystem in der Projektregion?

4.2.5. Nachhaltigkeit

- Finanzielle Nachhaltigkeit: Welche Strategien zur lokalen Finanzierung existieren? Wie erfolgreich sind diese? Welche Rolle spielt finanzielle Nachhaltigkeit in den Strategien der Projekte?
- Strukturelle Nachhaltigkeit: Wie viel Kooperation und Unterstützung für die Projekte und Einrichtungen ist erkennbar: durch die Bevölkerung/die NutznießerInnen, durch kirchliche und staatliche Strukturen? Welche Beiträge liefern die Projekte zur Stärkung lokaler Gesundheitsstrukturen? Werden Projekte nachhaltig in die Finanzierung anderer Geber (NRO, Staat) überführt?
- Welche Auswirkungen haben konkurrierende Ansätze auf die Nachhaltigkeit von Projektwirkungen (z.B. Einsatz von ehrenamtlichen Freiwilligen vs. Bezahlung)?
- Weitere Aspekte: Welche Stärken und Schwächen der Projekte werden in Bezug auf Nachhaltigkeit deutlich (z.B. Nachhaltigkeit von Maßnahmen in den Bereichen Personal, Management, Ausbildung)?

5. Methodisches Vorgehen

Die Evaluierung wird in drei Phasen durchgeführt:

Desk Phase: Auswertung von Projektunterlagen (abgeschlossen)

Folgende „Kerndokumente“ sollten im Rahmen der Auswertung untersucht werden:

Auf Projektebene:

- Projektantrag und fachliche Stellungnahmen
- 2 Projektberichte (*Mid-Term*- und Abschlussbericht)
- Berichte über Studien, Evaluierungen und Beratungen (auch lokal beauftragt)
- Berichte über die Querschnittsevaluierung Gesundheit in Guatemala 2011
- Beratungs- und Reiseberichte (Missionsärztliches Institut)

Auf übergreifender Ebene:

- Misereor Grundsatzpapiere
- Artikel/ Präsentationen/ Untersuchungen zum Förderbereich Gesundheit

Das genauere methodische Vorgehen zur Auswertung der Dokumente (Stichproben, Verwendung von PC-Software, Arbeit mit Fact Sheets u.a.) soll im Rahmen eines *Inception Reports* vom Gutachterteam vorgeschlagen und mit Misereor vereinbart werden.

Im Rahmen der Desk Phase soll auch die zweite Phase der Förderbereichsevaluierung vorbereitet werden (Festlegung der Kriterien zur Auswahl der Fallstudien, Vorschläge zur Erarbeitung der spezifischen ToR, *Inception Report* für die zweite Phase etc.).

Feldphase: Exemplarische Evaluierung von Projekten in fünf Ländern

In der Feldphase soll durch exemplarische Evaluierungen von Projektansätzen in einzelnen Ländern eine vertiefte Analyse der Arbeit im Förderbereich Basisgesundheit erreicht werden. Bei der Auswahl der Fallstudien für die Feldphase ist sicherzustellen, dass BMZ-finanzierte Projekte den Hauptanteil darstellen. Vorschläge für ein detailliertes methodisches Vorgehen sollen durch das Gutachter-Team gemacht werden.

Die Auswahl der Projekte, die in der Feldphase vertiefend evaluiert werden, wurde auf der Basis von Kriterien durch das Gutachterteam durchgeführt (s. Liste im Anhang). Die Feldphase wird neben der Projekte, die direkt in den Evaluierungszeitraum 2005-2007 fallen, wo nötig und sinnvoll auch auf Vorprojekte und Nachfolgeprojekte Bezug nehmen.

Das Evaluierungsteam macht einen Vorschlag zur methodischen Durchführung der Evaluierungen für die Feldphase. Dabei wird berücksichtigt, dass die Instrumente so weit wie möglich eine Vergleichbarkeit der Studien ermöglichen, dass so weit wie möglich sowohl qualitative als auch quantitative Aussagen ermöglicht werden, und dass eine Zielgruppendifferenzierung geschieht.

Synthesephase:

In der Synthesephase sollen die Ergebnisse aus Desk- und Feldphase übergreifend ausgewertet werden. Dazu werden die zentralen Ergebnisse und *lessons learnt* zusammenfassend dargestellt und übergreifende Schlussfolgerungen und Empfehlungen entwickelt und mit relevanten Akteuren diskutiert.

Der genaue zeitliche Verlauf wird vom Team in Absprache mit Misereor bestimmt. Als Eckpunkte liegen fest:

- Bis zum 15. September 2013: Vorlage der Entwürfe der Berichte der Projektevaluierungen in der Feldphase. Bis 30. September 2013: Abgabe des Berichts zur Evaluierung in Liberia.
- Bis zum 11. Oktober 2013: Abschlussgespräche zu den einzelnen Projektevaluierungen.

Wenn Berichte früher eingereicht werden, können nach Absprache mit den jeweils bei MISEREOR Beteiligten auch die Auswertungsgespräche zu den Evaluierungen in einzelnen Ländern früher durchgeführt werden.

- Bis 30. Oktober 2013: Abgabe des ersten Entwurfs des Gesamtberichts.
- Anfang November 2013: Auswertungsgespräch darüber mit EQM und der die Förderbereichsevaluierung begleitenden Arbeitsgruppe. (Der genaue Termin ist noch festzulegen.)
- Bis 17. November 2013: Überarbeitung des Entwurfs des Gesamtberichts.
- Dezember 2013: Gespräch mit dem BMZ und dem EED über den Gesamtbericht. (Der genaue Termin ist noch festzulegen.)
- 20. Dezember 2013: Abgabe der gegebenenfalls zu überarbeiteten Endfassungen der Projektevaluierungsberichte und des Gesamtberichts.

6. Evaluierungsteam

Das Evaluierungsteam besteht aus vier HauptgutachterInnen von Evaplan. Jede Feldstudie in den einzelnen Ländern wird durch eine/n Gutachter/in von Evaplan in Zusammenarbeit mit einem/einer lokalen Gutachter/in durchgeführt. Ggf. können für spezielle Aufgaben weitere GutachterInnen und/oder unterstützendes Personal hinzukommen.

Das Team sollte folgende Anforderungen erfüllen:

- Fachkenntnisse (Public Health)
- Arbeitserfahrung in Asien, Afrika und Lateinamerika
- Erfahrungen im Rahmen kirchlicher Gesundheitsarbeit
- Methodenkompetenz und umfangreiche Evaluierungserfahrung (incl. Wirkungserfassung)
- Teamfähigkeit und interkulturell angepasstes Auftreten
- Sprachkompetenz: Deutsch, Englisch, Spanisch, Französisch (evtl. auch Portugiesisch)

Im Team sollten sowohl Frauen als auch Männer vertreten sein.

7. Grobe Zeitplanung:

November/ Dezember 2011	Thematische Eingrenzung und Erstellung der Grundgesamtheit
Januar 2012	Erarbeitung eines Wirkungsgefüges für den zu evaluierenden Förderbereich auf der Basis von drei „kontinentalen Wirkungsgefügen“
Februar / März 2012	Erarbeitung eines Vorschlags für den Referenzrahmen
März 2012	Erster Austausch BMZ-EED-Misereor
Bis Juni 2012	Auswahl des Gutachterteams
Zweites Halbjahr 2012	Desk-Study
Erstes Halbjahr 2013	Durchführung der Fallstudien
Zweites Halbjahr 2013	Erstellung und Diskussion der Einzelberichte zu den Fallstudien Erstellung und Diskussion des Synthese-Berichts

8. Bericht

Im Rahmen der Förderbereichsevaluierung sollte das Evaluierungsteam mehrere Berichte erstellen:

- *Inception Report* mit Vorschlägen für das methodische Vorgehen für beide Phasen
- Bericht zu den Ergebnissen der Desk Studie in der ersten Phase
- Einzelberichte zu den Feldstudien in der zweiten Phase
- Synthesebericht, der die Ergebnisse aus den beiden Phasen der Evaluierung zusammenfasst

Der Bericht am Ende der ersten Phase soll ca. 30 Seiten (ohne Anhang) umfassen. Der Bericht soll enthalten:

1. Eine Zusammenfassung des Berichts („Executive Summary“) auf ca. 2 bis 3 Seiten.
2. Eine knappe Darstellung des Auftrags und der angewandten Vorgehensweise.
3. Eine entsprechend den Fragestellungen der Förderbereichsevaluierung gegliederte Darstellung der Ergebnisse (mit Verweisen auf die Quellen).
4. Daraus sich ergebende erste Schlussfolgerungen, Informationslücken und Hypothesen, die in der zweiten Phase der Förderbereichsevaluierung weiter überprüft werden sollten
5. Vorschläge für die Gestaltung der zweiten Phase der Förderbereichsevaluierung i.S. eines „Inception Reports“

Eine Gesamteinschätzung der Arbeit im Förderbereich Basisgesundheit und Empfehlungen werden erst für den Synthesebericht nach der zweiten Phase erwartet. Der Bericht der ersten Phase stellt eine Art „Zwischenstand“ dar, der in der zweiten Phase vertieft wird.

Zu der Feldphase soll zu jedem Land ein einzelner Bericht (der die in dem Land jeweils durchgeführten Evaluierungen umfasst) in der jeweiligen Verkehrssprache (Englisch, Französisch, Spanisch) erstellt werden. Die Einzelberichte sollen maximal 30 Seiten lang sein.

Der Synthesebericht, der im Anschluss an die zweite Phase erstellt wird und sich auf die gesamte Evaluierung (Desk- und Feldphase) bezieht, soll der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden, und zwar aus Partnerschaftsgründen in einer anonymisierten Form, in der Personen und Organisationen nicht identifiziert werden können. Seine Länge soll maximal 50 Seiten umfassen. Er ist in deutscher Sprache abzufassen.

Die Berichte sollen enthalten:

- Eine Zusammenfassung des Berichts („Executive Summary“) auf ca. 2 bis 3 Seiten.
- Eine knappe Darstellung des Auftrags und der angewandten Vorgehensweise.
- Eine in Kapiteln gegliederte Bearbeitung zu den Fragestellungen dieses Einsatzes. Grundlagen für Aussagen und Schlussfolgerungen sind im Bericht durchgehend deutlich zu machen (Verweise auf die Quellen).
- Schlussfolgerungen und akteursorientierte Empfehlungen.

Alle Berichte sollten die folgenden formalen Aspekte aufweisen:

- Deckblatt
- Nummeriertes Inhaltsverzeichnis und Seitenzahlen
- Abkürzungsverzeichnis

- Anlagen, u.a.:
 - Referenzrahmen
 - Chronologischer Verlauf des Einsatzes
 - Liste der Gesprächspartner
 - (falls zutreffend:) Liste der zugrunde gelegten Dokumente
 - (falls sinnvoll:) erläuternde Hintergrunddokumente (Tabellen, Texte, benutzte Instrumente wie Fragebogen, ...)

Misereor EQM, 12.04.2012

9. Vertragliche Gestaltung der Zusammenarbeit mit Evaplan:

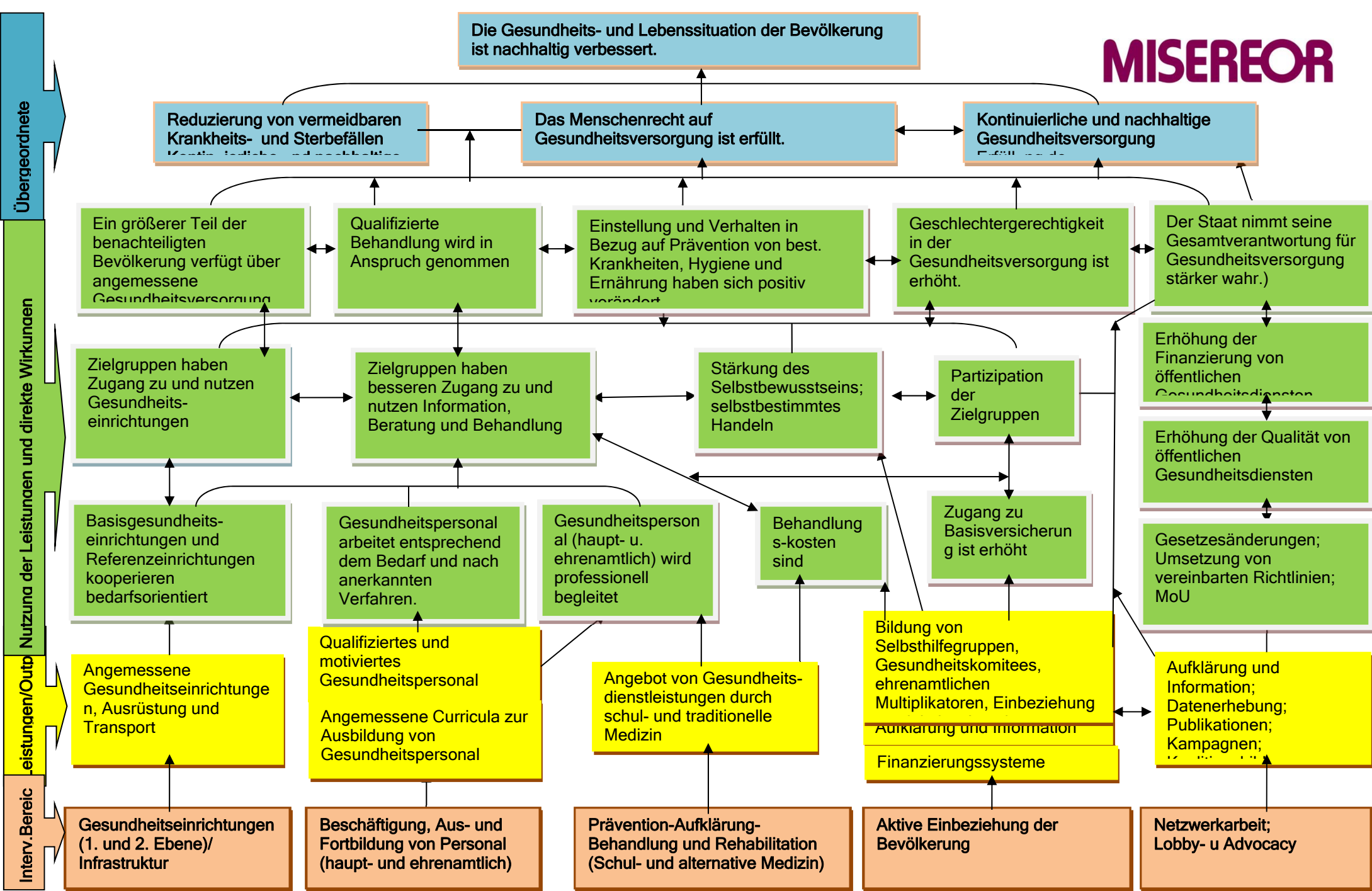
Evaplan wird für die Durchführung der Förderbereichsevaluierung beauftragt. Die Beauftragung erfolgt in zwei Schritten: Zunächst wird eine Vereinbarung für die erste Phase (Desk-Studie) erstellt; bei erfolgreicher Durchführung des Auftrags wird nach der Auswertung zügig eine zweite Vereinbarung für die zweite Phase (Feldstudien und Synthese) erstellt.

Die lokalen GutachterInnen werden über Evaplan unter Vertrag genommen.

Anlagen:

Wirkungsgefüge Basisgesundheit
Liste mit Projekten für die Feldphase

Misereor EQM, 12.09.2012, 14.02.2013



Die Gesundheits- und Lebenssituation der Bevölkerung ist nachhaltig verbessert.

Reduzierung von vermeidbaren Krankheits- und Sterbefällen

Das Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung ist erfüllt.

Kontinuierliche und nachhaltige Gesundheitsversorgung

Ein größerer Teil der benachteiligten Bevölkerung verfügt über angemessene Gesundheitsversorgung

Qualifizierte Behandlung wird in Anspruch genommen

Einstellung und Verhalten in Bezug auf Prävention von best. Krankheiten, Hygiene und Ernährung haben sich positiv verändert

Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung ist erhöht.

Der Staat nimmt seine Gesamtverantwortung für Gesundheitsversorgung stärker wahr.)

Zielgruppen haben Zugang zu und nutzen Gesundheitseinrichtungen

Zielgruppen haben besseren Zugang zu und nutzen Information, Beratung und Behandlung

Stärkung des Selbstbewusstseins; selbstbestimmtes Handeln

Partizipation der Zielgruppen

Erhöhung der Finanzierung von öffentlichen Gesundheitsdiensten

Erhöhung der Qualität von öffentlichen Gesundheitsdiensten

Basisgesundheits-einrichtungen und Referenzeinrichtungen kooperieren bedarfsorientiert

Gesundheitspersonal arbeitet entsprechend dem Bedarf und nach anerkannten Verfahren.

Gesundheitspersonal (haupt- u. ehrenamtlich) wird professionell begleitet

Behandlungskosten sind

Zugang zu Basisversicherung ist erhöht

Gesetzesänderungen; Umsetzung von vereinbarten Richtlinien; MoU

Angemessene Gesundheitseinrichtungen, Ausrüstung und Transport

Qualifiziertes und motiviertes Gesundheitspersonal
Angemessene Curricula zur Ausbildung von Gesundheitspersonal

Angebot von Gesundheitsdienstleistungen durch schul- und traditionelle Medizin

Bildung von Selbsthilfegruppen, Gesundheitskomitees, ehrenamtlichen Multiplikatoren, Einbeziehung
Aufklärung und Information
Finanzierungssysteme

Aufklärung und Information; Datenerhebung; Publikationen; Kampagnen;

Gesundheitseinrichtungen (1. und 2. Ebene)/ Infrastruktur

Beschäftigung, Aus- und Fortbildung von Personal (haupt- und ehrenamtlich)

Prävention-Aufklärung-Behandlung und Rehabilitation (Schul- und alternative Medizin)

Aktive Einbeziehung der Bevölkerung

Netzwerkarbeit; Lobby- u Advocacy

Annex 2 Liste der untersuchten Projekte

Desk-Studie: Stufe 1: alle Projekte
 Stufe 2: gekennzeichnet durch X (Spalte Lfd. Nr.)
 Stufe 3: gekennzeichnet durch XX (Spalte Lfd. Nr.)
 Fallstudien: 9 Projekte (gelb hervorgehoben)

Lfd. Nr.	Land	Projekt-Nr.	Titel	CRS-Code	Förderschlüssel Misereor	Geldgeber	Bewilligungssumme	Bewilligungsdatum
AF								
1 X	Ägypten	134-005-1015	Gesundheitsvorsorge und Hebung des Gesundheitsbewusstseins bei jungen Frauen in 7 Dörfern der Diözese Assiut		Basisgesundheit	Misereor	59.545,00	22.12.2006
2	Äthiopien	136-011-1003	Fahrzeug und Handpumpen für das Basisgesundheits- und integriertes Entwicklungsprogramm des Attat Krankenhauses		Basisgesundheit	Misereor	36.000,00	09.02.2005
3	Burkina Faso	115-008-1013	Gesundheits- und Frauenförderprogramm in der Diözese Diébougou, 2004-2007	12181	Basisgesundheit	KZE	100.000,00	27.10.2005
4	Burundi	149-002-1006	Umbaumaßnahmen und Einrichtung des Gesundheitszentrums Gitongo		Basisgesundheit	Misereor	50.000,00	09.02.2005
5	Burundi	149-004-1012	Stärkung der Funktionsfähigkeit des Krankenhauses in Butezi	12220	Basisgesundheit	KZE	85.000,00	05.01.2007
6 X	DR Kongo	148-001-1050	Zuschuss für das kirchliche Gesundheitsprogramm in Kinshasa (Beschaffung von 2 Fahrzeugen, Medikamenten und Arbeitsmaterialien)	12220	Basisgesundheit	KZE	150.000,00	28.06.2005
7 X XX	DR Kongo	148-001-1080	Koordination des kirchlichen Gesundheitsprogramms in der Erzdiözese Kinshasa (2006-2008)	12220	Basisgesundheit	KZE	300.000,00	07.08.2006
8 X XX	DR Kongo	148-005-1053	Weitere Unterstützung für das Gesundheitsprogramm - 2005 bis 2007 - in der Erzdiözese Bukavu	12220	Basisgesundheit	KZE	357.000,00	12.09.2005
9 X	DR Kongo	148-008-1018	Förderung der Gesundheitsarbeit in der Erzdiözese Lubumbashi und der Gesundheitszonen Fungurume und Lubudi	12230	Basisgesundheit	KZE	248.000,00	12.09.2005
10 X XX	DR Kongo	148-015-1015	Weitere Förderung der Basisgesundheitsarbeit in den Gesundheitszonen Kimvula und Ngdinga	12181	Basisgesundheit	KZE	381.000,00	25.08.2005
11	DR Kongo	148-018-1024	Ersatzbeschaffung eines Fahrzeugs für das Gesundheitsprogramm der Diözese Boma		Gesundheit sonstiges	Misereor	30.000,00	06.04.2005
12	DR Kongo	148-043-1005	Bau von zwei Gebäuden für die Diözesan-Apotheke in Mahagi-Nioka		Basisgesundheit	Misereor	100.000,00	23.11.2006

Lfd. Nr.	Land	Projekt-Nr.	Titel	CRS-Code	Förderschlüssel Misereor	Geldgeber	Bewilligungs-summe	Bewillig.-datum
AF								
13 X	Kamerun	121-003-1006	Koordination und Verbesserung der Gesundheitsarbeit der katholischen Gesundheitseinrichtungen in der Kirchenprovinz Garoua	12220	Basisgesundheit	KZE	67.000,00	27.10.2005
14	Kamerun	121-010-1013	Zwischenfinanzierung des Gesundheitsprogramms in der Diözese Yagoua (2005)		Basisgesundheit	Misereor	60.000,00	20.05.2005
15 X	Kenia	141-004-1024	Förderung des diözesanen Gesundheitsbüros in Eldoret		Basisgesundheit	Misereor	40.000,00	20.06.2007
16 X XX	Kenia	141-011-1023	Weiterführung des Basisgesundheitsprogramms im Norden des Distrikts Baringo	12220	Basisgesundheit	KZE	110.000,00	05.01.2007
17 X	Liberia	129-001-1064	Einrichtung von Räumen für Notdienst und chirurgische Eingriffe an 3 Gesundheitszentren in Monrovia		Basisgesundheit	Misereor	170.000,00	14.12.2006
18 X	Liberia	129-002-1023	Erweiterung der „Sacred Heart Clinic“ um eine Entbindungsstation und Labor		Reproduktive Gesundheit	Misereor	40.000,00	23.11.2006
19 X XX	Liberia	129-002-1041	Wiederaufbau von Gesundheitseinrichtungen und Starthilfe für die Gesundheitsarbeit in Süd-Liberia	12191	Basisgesundheit	KZE	250.000,00	01.08.2007
20	Liberia	129-003-1042	Zwischenfinanzierung für medizinische Hilfe in ehemaligen Kriegsgebieten der Diözese Gbarnga, Liberia (Juli - Dezember 2007)		Basisgesundheit	Misereor	44.000,00	26.12.2007
21 X	Nigeria	131-037-1002	Basismedizinische Gesundheitsdienste in Bomadi, Delta State		Basisgesundheit	Misereor	34.500,00	31.12.2005
22	Nigeria	131-950-1012	Bau und Einrichtung eines Gesundheitszentrums in Tsaunin Mayo / Diözese Zaria	12220	Reproduktive Gesundheit	KZE	80.000,00	05.01.2007
23 X	Republik Süd-afrika	150-900-1031	Beratung, Koordinierung und Erarbeitung von Grundsatzpositionen für das katholische Gesundheitswesen in Südafrika	12110	Gesundheit sonstiges	KZE	205.000,00	26.05.2005
24	Ruanda	139-001-1031	Rehabilitierung der Entbindungsstation und Kauf eines Krankenwagens für das Gesundheitszentrum Masaka (Kigali - Ruanda)		Basisgesundheit	Misereor	50.000,00	14.06.2006
25 X	Sambia	157-012-1011	Fortführung des Gemeindegesundheitsprogramms am Kariba-See		Basisgesundheit	Misereor	75.000,00	05.04.2006
26 X	Senegal	116-900-1020	Weitere dreijährige Förderung der Koordinations- und Ausbildungsarbeit im Gesundheitsbereich	12220	Basisgesundheit	KZE	110.000,00	03.01.2005
27 X XX	Sudan	135-002-1015	Weiterführung des diözesanen Gesundheitsprogrammes in der Diözese Rumbek	12220	Referenzeinrichtungen	KZE	140.000,00	13.12.2006
28	Sudan	135-009-1011	Beratung, Rehabilitation und Weiterführung des	12220	Basisgesundheit	KZE	770.000,00	10.05.2005

Lfd. Nr.	Land	Projekt-Nr.	Titel	CRS-Code	Förderschlüssel Misereor	Geldgeber	Bewilligungs-summe	Bewillig.-datum
AF								
X XX			Gesundheitsprogrammes der Diözese Torit					
29	Sudan	135-009-1012	Wiederaufbau einer Krankenstation in der vom Bürgerkrieg zerstörten Stadt Kapoeta	12220	Referenzeinrichtungen	KZE	206.000,00	10.05.2005
30 X XX	Südsudan	164-002-1020	Konsolidierung des diözesanen Gesundheitsprojektes in der Diözese Rumbek / Sudan	12220	Referenzeinrichtungen	KZE	136.000,00	21.11.2007
31 X XX	Südsudan	164-009-1020	Konsolidierung und Erweiterung des Gesundheitsprogrammes der Diözese Torit	12220	Basisgesundheit	KZE	1.190.000,00	16.04.2007
32	Tansania	142-029-1003	Röntgengerät für das Mnero-Krankenhaus in der Diözese Lindi		Referenzeinrichtungen	Misereor	42.000,00	12.10.2005
33	Tansania	142-030-1017	Gehalt für einen Facharzt Gynäkologie für das Diözesankrankenhaus Litembo		Referenzeinrichtungen	Misereor	36.000,00	14.06.2006
34	Tschad	109-002-1013	Entwicklung von Distriktgesundheitsystemen in Moïssala	12220	Basisgesundheit	KZE	390.000,00	27.10.2005
35	Tschad	109-008-1013	Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in drei Regionen der apostolischen Präfektur Mongo.	12220	Basisgesundheit	KZE	128.000,00	27.10.2005
36 X	Uganda	140-004-1017	Laufende Kosten für das diözesane Koordinationsbüro der Gesundheitsprogramme		Gesundheit sonstiges	Misereor	43.000,00	08.07.2005
37	Sambia	157-005-1006	Bau von 3 Personalhäusern und einer Unterkunft für Angehörige am Mulilansolo Health Centre, Diözese Mpika	12191	Referenzeinrichtungen	KZE	80.000,00	21.09.2005
38	Liberia	129-001-1038	Zwei Fahrzeuge und Computer zur Unterstützung medizinischer Arbeit und Programme in der Erzdiözese Monrovia	12220	Basisgesundheit	KZE	53.000,00	14.07.2005
39 X XX	Liberia	129-001-1051	Weiterführung der Ausbildung medizinischer Fachkräfte im 'Mother Patern College of Health Sciences' in Monrovia	11330	Gesundheit sonstiges	KZE	214.000,00	01.06.2006
AS								
1 X XX	Afghanistan	307-900-1019	Fortführung des Programms zur Bekämpfung von Lepra und Tuberkulose im Hazarajat und Mazar-I-Sharif	12250	Bekämpfung von Infektionskrankheiten	KZE	1.000.000,00	27.10.2005
2 X	Afghanistan	307-901-1019	Unterstützung zu den laufenden Kosten der Klinik WAZIR AKBAR KHAN in Kabul	12191	Bekämpfung von Infektionskrankheiten	KZE	250.000,00	16.03.2006
3 X XX	Afghanistan	307-901-1020	Anschubfinanzierung für das Irene Salimi Kinderhospital, Kabul	12191	Referenzeinrichtungen	KZE	450.000,00	27.10.2005
4	Afghanistan	307-906-1003	Mehrkosten beim Bau eines 40-Betten Hospitals in Kandahar		Referenzeinrichtungen	Misereor	80.000,00	12.10.2005

Lfd. Nr.	Land	Projekt-Nr.	Titel	CRS-Code	Förderschlüssel Misereor	Geldgeber	Bewilligungs-summe	Bewillig.-datum
AF								
5	Bangladesh	306-003-1041	Bau eines Physiotherapiezentrum beim Dhanjuri Leprosy Control Center in Dinajpur		Referenzeinrichtungen	Misereor	30.200,00	14.06.2006
6 X XX	Bangladesh	306-900-1028	Förderung der reproduktiven Gesundheit und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in ländlichen Regionen von Bangladesh	13020	Reproduktive Gesundheit	KZE	249.000,00	27.07.2006
7 X XX	Indien	321-002-1045	Fortsetzung des integrierten Programmes zur Gemeinwesenentwicklung in zwei Bezirken des Nalanda Distrikts, Bihar		Basisgesundheit	Misereor	61.000,00	14.06.2006
8 X	Indien	321-002-1051	Gemeindegesundheitsprogramm für Frauen und Kinder in 47 Dörfern des Dumaria Blocks, Gaya Dt., Bihar		Reproduktive Gesundheit	Misereor	56.100,00	30.11.2005
9	Indien	321-002-1080	Gesundheitsprogramm und Frauenförderung in 20 Dörfern des Masaurhi Blocks, Patna Distrikt, Bihar		Basisgesundheit	Misereor	62.000,00	23.11.2006
10	Indien	321-017-1055	Gesundheitsaufklärung für MinenarbeiterInnen und ethnische Minderheiten in Tumkur		Basisgesundheit	Misereor	50.000,00	12.10.2005
11 X XX	Indien	321-018-1030	Weitere Fortführung eines Basisgesundheits- und Slumentwicklungsprogramms in und um Mysore, Karnataka	12220	Basisgesundheit	KZE	99.000,00	26.04.2005
12 X XX	Indien	321-040-1017	Weiterführung der integrierten Gesundheitsarbeit und der Verbreitung eines Krankenversicherungssystems in abgelegenen Regionen in Chattisgarh	12220	Basisgesundheit	KZE	250.000,00	01.08.2007
13	Indien	321-056-1022	Fortführung des Programms zur Verbesserung der Gesundheits- und Rechtssituation von Frauen in Kadipur Block, Sultanpur, U. P.	12220	Basisgesundheit	KZE	70.000,00	27.07.2006
14	Indien	321-069-1025	Gemeinde-Gesundheitsprogramm in Gagan, Ghazipur Distrikt		Basisgesundheit	Misereor	46.000,00	05.04.2006
15	Indien	321-069-1030	Weiterführung des Gesundheits- und Selbsthilfeprogramms für Dalitfrauen und -mädchen im Jaunpur-Distrikt, U.P.		Basisgesundheit	Misereor	51.500,00	30.11.2005
16 X	Indien	321-071-1018	Weiterer Ausbau eines Krankenhauses in Basna, Chattisgarh		Referenzeinrichtungen	Misereor	42.000,00	02.09.2005
17 X	Indien	321-075-1016	Basisgesundheitsprogramm mit Schwerpunkt Frauenförderung in Jharkhand	12261	Basisgesundheit	KZE	77.000,00	27.07.2006

Lfd. Nr.	Land	Projekt-Nr.	Titel	CRS-Code	Förderschlüssel Misereor	Geldgeber	Bewilligungssumme	Bewilligungsdatum
AF								
18 X	Indien	321-075-1017	Integrierte Gemeinwesenentwicklung in 15 Dörfern des Distriktes West Singhbhum, Jharkhand	15150	Basisgesundheit	KZE	115.000,00	25.09.2007
19	Indien	321-081-1023	Gemeindebasiertes ländliches Gesundheitsprogramm für Ureinwohner in der Diözese Balasore, Nordorissa	12220	Basisgesundheit	KZE	66.000,00	07.07.2005
20 X	Indien	321-091-1025	Gemeindebasiertes Gesundheitsprogramm in der Diözese Berhampur	12220	Basisgesundheit	KZE	106.000,00	26.05.2005
21 X	Indien	321-092-1011	Weitere Förderung des Gesundheitsprogramms und der Stärkung alternativer Heilmethoden um Koppaguda, Bastar Distri		Basisgesundheit	Misereor	46.000,00	05.04.2006
22 X XX	Indien	321-109-1013	Gemeindebasiertes Gesundheitsprogramm in den Distrikten Kandhamal und Sundargarh, Orissa	13020	Reproduktive Gesundheit	KZE	162.000,00	21.09.2005
23	Indien	321-110-1023	Gesundheitsprogramm in Mahishi Block, Saharsa Distrikt		Basisgesundheit	Misereor	34.000,00	01.01.2005
24 X XX	Indien	321-110-1031	Förderung traditioneller Gesundheitssysteme in 40 Dörfern im Madhubani Distrikt, Bihar	12220	Basisgesundheit	KZE	84.000,00	02.05.2006
25 X	Indien	321-123-1010	Gemeindegesundheitsprogramm in 23 Dörfern von Tanakpur, Champawat Distrikt, Uttaranchal.		Basisgesundheit	Misereor	45.050,00	02.09.2005
26 X XX	Indien	321-125-1005	Weiterführung der Förderung gemeindebasierter Gesundheitsarbeit in der Diözese Gumla	12261	Basisgesundheit	KZE	111.000,00	26.04.2005
27 X	Indien	321-130-1022	Basisgesundheitsarbeit und Interessensvertretung indigener Gruppen gegenüber Bergbaukonzernen		Basisgesundheit	Misereor	86.000,00	20.06.2007
28 X XX	Indien	321-900-1147	Weitere Förderung eines Resource Centers for Gesundheitsarbeit	12110	Basisgesundheit	KZE	98.000,00	26.05.2005
29	Indien	321-900-1161	Weiterbildung von Schwestern-Ärztinnen in Indien		Gesundheit sonstiges	Misereor	41.200,00	08.07.2005
30	Indien	321-903-1003	Qualifizierungs- und Beratungsprogramm für Basisgesundheitsdienste in 13 Diözesen in Nordost Indien	12181	Basisgesundheit	KZE	53.000,00	27.07.2006
31	Indien	321-907-1003	Aufbau einer umfassenden Basisgesundheitsversorgung für Mütter und Kinder in Himachal Pradesh	12220	Basisgesundheit	KZE	59.000,00	27.07.2006
32	Indien	321-927-1013	Aufbau von gemeindebasierten Gruppen zur Förderung der Gesundheitssituation in Jharkhand	12220	Basisgesundheit	KZE	126.000,00	14.06.2007

Lfd. Nr.	Land	Projekt-Nr.	Titel	CRS-Code	Förderschlüssel Misereor	Geldgeber	Bewilligungs-summe	Bewillig-datum
AF								
33 X XX	Indien	321-900-1283	Förderung des Zugangs zu Krankenversicherung für arme Bevölkerung in Indien					
34 X	Indien	321-124-1007	Verbesserung der ländlichen Gesundheitsversorgung durch kurative und präventive Maßnahmen im Distrikt Saran, Bihar		Reproduktive Gesundheit	Misereor	71.000,00	08.03.2006
35 X XX	Indien	321-005-1037	Basisgesundheitsversorgung für Adivasis im Athgarh Block, Cuttack Dt., Orissa		Basisgesundheit	Misereor	38.500,00	20.05.2005
36 X XX	Indien	321-914-1014	Konsolidierung des pharmazeutischen Beratungs- und Vertriebsnetzes durch CDMU für Gesundheitseinrichtungen in Orissa		BGV			
37	Myanmar	324-001-1014	Ausbildung von Gesundheitshelfern für die dörfliche Bevölkerung in der Diözese Yangon		Basisgesundheit	Misereor	49.000,00	31.12.2005
38	Pakistan	320-002-1018	Ausrüstung für die Lady Graham Geburtsklinik in Hyderabad	12191	Reproduktive Gesundheit Mutter Kindversorgung	KZE	110.000,00	21.09.2005
39	Pakistan	320-009-1004	Unterstützung für gemeindebasiertes TBC-Programm		Basisgesundheit	Misereor	66.000,00	20.05.2005
40	Papua Neuguinea	415-011-1002	Stipendienprogramm für Fachkräfte des Gesundheitsdienstes der Erzdiözese Rabaul	12281	Basisgesundheit	KZE	70.000,00	03.01.2005
41 X	Philippinen	410-006-1007	Gemeindebasiertes Gesundheitsprogramm und organische Landwirtschaft in Zamboanga		Basisgesundheit	Misereor	73.000,00	09.03.2005
42	Philippinen	410-008-1002	Weiterführung eines gemeindebasierten Gesundheitsdienstes (3 Jahre) in Guihulngan/Negros Oriental		Basisgesundheit	Misereor	40.000,00	02.09.2005
43	Philippinen	410-009-1012	Konsolidierung eines gemeindebasierten Gesundheitsprogrammes in 5 Pfarreien der Diözese Bacolod		Basisgesundheit	Misereor	39.300,00	20.05.2005
44	Philippinen	410-011-1036	Letztmaliges Gesundheits- und Entwicklungsprogramm für indigene Gruppen in Talaingod, Davao d N.	43040	Basisgesundheit	KZE	50.000,00	06.12.2006
45 X	Philippinen	410-018-1007	Stärkung von Partnerschaften für eine effiziente und präventive Gesundheitsfürsorge in Sorsogon	12281	Organisationsförderung, Partnerstärkung		50.000,00	27.07.2006
46 X XX	Philippinen	410-020-1017	Gemeindebasiertes Frauengesundheitsprojekt und alternative Gesundheitsfürsorge in der Provinz Aurora	12261	Reproduktive Gesundheit	KZE	55.000,00	13.05.2007
47 X XX	Philippinen	410-023-1013	Weiterführung eines integrierten Gesundheitsprogramms in der Erzdiözese Ozamiz	16050	Basisgesundheit	KZE	50.000,00	02.05.2006

Lfd. Nr.	Land	Projekt-Nr.	Titel	CRS-Code	Förderschlüssel Misereor	Geldgeber	Bewilligungs-summe	Bewillig.-datum
AF								
48 X XX	Philippinen	410-900-1085	Fortführung: Förderung gemeindegetragener Gesundheitsarbeit in den Philippinen	12110	Basisgesundheits	KZE	187.000,00	21.09.2005
49 X XX	Philippinen	410-900-1100	Fortführung der Förderung integrierter traditioneller Gesundheitsdienste in den Philippinen	12220	Gesundheit sonstiges	KZE	159.000,00	17.03.2005
50 X	Philippinen	410-900-1119	Ausbildung von indigenen GesundheitsarbeiterInnen in den Philippinen	12220	Basisgesundheits	KZE	56.000,00	21.09.2005
51 X	Tadschikistan	345-900-1002	Aufbau eines Pflegedienstes in Duschanbe	12220	Soziale Sicherung		75.000,00	26.04.2005
52 X XX	Vietnam	339-005-1006	Bau eines Zentrums für traditionelle Medizin in Nha-Trang, Vietnam	12220	Referenzeinrichtungen	KZE	375.000,00	26.10.2006
53 X XX	Volksrepublik China	335-029-1019	Förderung traditioneller tibetischer Medizin und Basisgesundheitsversorgung auf dem Lande		Basisgesundheits	KH-Mittel	259.000,00	07.06.2006
54	Volksrepublik China	335-029-1025	Fortsetzung der Förderung traditioneller tibetischer Medizin und Basisgesundheitsversorgung auf dem Lande	12220	Basisgesundheits	Misereor	187.000,00	15.06.2007
55	Volksrepublik China	335-029-1015	Förderung traditioneller tibetischer Medizin und Basisgesundheitsversorgung auf dem Lande	12220	Basisgesundheits	KZE	221.000,00	08.04.2005
LA								
1 X	Brasilien	233-924-1003	Weiterführung eines Basisgesundheitsprogramms im Bundesstaat Santa Catarina	12261	Basisgesundheits	KZE	143.000,00	03.01.2005
2 X XX	Brasilien	233-001-1043	Programm zur Gesundheits- u. Ernährungserziehung und Förderung der Bürgerbeteiligung in Rio de Janeiro - RJ	12220	Basisgesundheits	KZE	120.000,00	21.09.2006
3 X XX	Brasilien	233-950-1012	Stärkung sozialer Bewegungen im Hinblick auf Gesundheitspolitik und öffentliche Budgetkontrolle in Südbrasilien	12110	Staat und Gesellschaft		246.000,00	22.03.2007
4 X	Guatemala	213-004-1032	Förderung des Gesundheitsprogramms der Erzdiözese Los Altos in Quetzaltenango	12220	Basisgesundheits	KZE	78.000,00	05.01.2007
5	Guatemala	213-005-1008	Weiterführung des Gesundheitsprogramms in der Diözese San Marcos	12220	Basisgesundheits	KZE	105.000,00	21.09.2005
6 X	Guatemala	213-011-1015	Integrales Gesundheitsprojekt in der Diözese Quiché	12220	Basisgesundheits	KZE	155.000,00	07.07.2005

Lfd. Nr.	Land	Projekt-Nr.	Titel	CRS-Code	Förderschlüssel Misereor	Geldgeber	Bewilligungs-summe	Bewillig.-datum
AF								
7 X	Guatemala	213-900-1036	Sicherung des Zugangs von Armen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch Beeinflussung durch politischen Druck und das Monitoring von Reformen im Gesundheitswesen	15150	Gesundheit sonstiges	KZE	120.000,00	21.09.2005
8X XX	Kolumbien	226-049-1047	Basisgesundheitsprogramm in Istmina-Tadó (2006-2008)	12220	Basisgesundheit	KZE	159.000,00	21.09.2006
9	Brasilien	233-028-1001	Programm zur Verbesserung der Gesundheitssituation in städtischen und ländlichen Armenvierteln in vier Landkreisen der Diözese Caicó		Basisgesundheit	Misereor	100.000,00	08.07.2005
10 X XX	Brasilien	233-952-1019	Förderprogramm zur Ernährungssicherung im Großraum Recife und drei nordostbrasilianischen Bundesstaaten (PE, PB, RN)	12240	Basisgesundheit	KZE	135.000,00	03.01.2005
11 X	Brasilien	233-900-1080	Aufbau der Organisationsstruktur der Gesundheitskommission der nationalen Bischofskonferenz in Brasilien	12220	Basisgesundheit	KZE	130.000,00	17.03.2005
12 X XX	Ecuador	231-011-1007	Ländliches Basisgesundheitsprogramm und Förderung der Bürgerbeteiligung in 5 indigenen Gemeinden in der Diözese Ibarra.		Basisgesundheit	Misereor	35.000,00	20.05.2005
13 X XX	El Salvador	216-001-1024	Stärkung der Prozesse der Gesundheitspastoral in der Erzdiözese San Salvador	12261	Basisgesundheit	KZE	230.000,00	21.09.2005
14 X	El Salvador	216-007-1010	Fortführung des Basisgesundheitsprogramms in ländlichen Regionen von Chalatenango	12220	Basisgesundheit	KZE	82.000,00	26.10.2006
15	El Salvador	216-008-1005	Integrales Gesundheitsprogramm in der Diözese Zacatecoluca, Depto. La Paz		Basisgesundheit	Misereor	30.000,00	20.05.2005
16 X XX	El Salvador	216-008-1008	Weiterführung des integralen Gesundheitsprogramms in der Diözese Zacatecoluca, Depto. La Paz,		Basisgesundheit	Misereor	63.500,00	14.06.2006
17 X	Guatemala	213-002-1010	Fortführung des diözesanen Gesundheitsprogramms in Dolores, Poptún und San Luis	12220	Basisgesundheit	KZE	125.000,00	08.06.2006

Lfd. Nr.	Land	Projekt-Nr.	Titel	CRS-Code	Förderschlüssel Misereor	Geldgeber	Bewilligungs-summe	Bewillig.-datum
AF								
18	Haiti	223-006-1016	Ausbildung von medizinischem Pflegepersonal in der Diözese Jérémie		Gesundheit sonstiges	Misereor	35.000,00	14.06.2006
19 X	Haiti	223-007-1011	Gesundheitsprogramm in der Diözese Hinche		Basisgesundheit	Misereor	73.000,00	20.09.2006
20 X	Mexiko	212-036-1011	Konsolidierung und Stärkung der Ausbildung von Gesundheitspromotoren und von Gemeindeentwicklern in der Diözese Tehuantepec	12220	Basisgesundheit	KZE	90.000,00	01.08.2007
21 X XX	Nicaragua	217-005-1005	Koordination der Gesundheitspastorale des Vikariats Bluefields	12220	Basisgesundheit	KZE	200.000,00	13.12.2005
22 X	Paraguay	235-011-1007	Fortsetzung des Gesundheitsprogramms mit Ava-Guaraní-Gemeinschaften in der Diözese Alto Paraná		Basisgesundheit	Misereor	48.000,00	22.12.2006
23 X XX	Paraguay	235-900-1039	Erweiterung bzw. Konsolidierung des Basisgesundheitsnetzwerkes in der Erzdiozese Asunción und der Diözese San Lorenzo		Basisgesundheit	Misereor	85.000,00	22.12.2006
24	Peru	232-013-1002	Fortsetzung des integralen Gesundheitsprogramms in der Pfarrei Nuestra Señora de Belén in Huaraz		Basisgesundheit	Misereor	35.000,00	20.05.2005
25 X	Haiti	223-004-1023	Weiterführung der Unterstützung für das Krankenhaus Alma Mater in Gros-Morne		Referenzeinrichtungen	Misereor	108.000,00	12.12.2007

Annex 3 Liste der verwendeten Dokumente

Folgende Dokumente standen jeweils **projektspezifisch** zur Verfügung:

- für die **erste Stufe der Untersuchung** standen für die Grundgesamtheit von 119 Projekten

- MISEREOR-interne Bewilligungsvorlage
- MISEREOR-interner Abschlussbericht
- MISEREOR-interner Schlussverwendungsnachweis

- für die **zweite Stufe standen** darüber hinaus - soweit vorhanden - folgende Dokumente zur Einsicht

- Förderanträge der Partner
- Zwischenberichte der Partner
- Endberichte der Partner

- für die **dritte Stufe der Vertiefung** konnten die gesamten Originalprojektakten einschließlich des Schriftverkehrs zwischen Misereor und Partnerorganisation, evtl. vorhandener ex-ante-, Verlaufs- und ex-post-Evaluierungen, fachlicher Stellungnahmen, Dienstreiseberichten etc. eingesehen werden.

Darüber hinaus hatte das Gutachterteam Einsicht in folgende Unterlagen:

Allgemeine Papiere und Dokumente

Beratungseinsätze des Missionsärztl. Inst. in GH-Proj., zw. 2000 u. 2012

BMZ CRS Code GH

Evaluierungen von Mis. im Gesundheitsbereich - Liste 2002 - 2012

Förderbereichsschlüssel Gesundheit Mis.

Förderrichtlinien BMZ Stand 2002

Jahresbericht 2010

Jahresbericht 2011

Jahresevaluierungsbericht 2011

Kostenplan - Beispiel

Leitfaden zur Antragsstellung 2005

Leitfaden zur Erstellung des Sachberichts 2011

MI_005-0808_D_Antragsleitfaden_Neu, deutsch, 2008

MI_005-0808_E_Antragsleitfaden_Neu, englisch 2008

MI_013-0808_E_Berichtsleitfaden NEU, englisch, 2008 (Guidelines for narrative and financial reporting)

MISEREOR_Evaluierungskonzept, 2010

Mut zur Verantwortung - Wirksamkeit und Rechenschaft aus kirchlicher Sicht“ (Dossier Weltsichten) 11;

Projektabschluss/Abschlussbeurteilung, Loses Blatt „Proj... „ (2010)

Vor- u Nachprojekte, Liste der ..., mit Bearbeitern (auf CD 2)

Wirkungen - Die wichtigsten Begriffe

Wirkungen - Glossar Begriffe Wirkung 2007, nicht mehr gültig

Wirkungsgefüge Afrika 23.01.2012

Wirkungsgefüge Asien I Aktivitäten / II Wirkungen

Wirkungsgefüge L.A. I Aktivitäten

Wirkungsgefüge L.A. II Wirkungen

Wirkungsorientierung - Kriterien zur Integration der Wirkungsorientierung in Gesundheitsprojekte

Wirkungsorientierung im Bereich Gesundheit (2006)

Wirkungsverständnis - Positionspapier Misereor (2006)

Wirkungsverständnis - Positionspapier Wirkungsverständnis_Misereor (2006)

von EQM beauftragte Gutachten im Gesundheitsbereich

1336 Beimdiek Report Beratung Nigeria

1381 Beimdiek Endversion Bericht Beratung Nigeria

1281 Beimdiek Report-Annexes Beratung Nigeria

1429 Verhalten East Pokot Medical Project Beratung Kenia

1482 Ndiaye Endbericht Beratung Kamerun

1599 Ndiaye Bericht BEPHA Beratung Kamerun

1752 MIA Bericht Endversion_BEPHA-MISEREOR_Mission1

Dokumente von der Fachreferentin Gesundheit

Anträge auf Beschaffung medizintechnischer Geräte

Anträge auf Medikamentenhilfe und Beschaffung von Pflege

AT.BARRIEREFREIE BAUEN

Behinderung und Entwicklungsarbeit

Bestandteile der reproduktiven Gesundheit

Checklist for health programmes 2

Das Mikroskop als zentrale Hilfsmittel in einem Labor2

decentralisation

Die Bedeutung der Nachhaltigkeit für Gesundheitssysteme

Draft policy1

E_NachhaltigkeitGWUrw1107Flanagan

E_Wirkungserfassung Eng

Einige Anmerkungen zum Thema Alkoholismus

Einige Leitlinien gegen Drogenabhängigkeit

Gender-basedmedicineandPHC-0202

GESUNDHEIT als Teil des Gesamtauftrages von Misereor

Gesundheit-Misereor

Gesundheitskoordination

HR Asien.

Including disability in development projects

India-TRIPS-Patents.2

MEZ und Gesundheit

MISEREOR GRUNDSATZPAPIER HIV-AIDS

Orientierungsrahmen Gesundh. Entwurf 23 1 09

Post Traumatic Stress Disorder

PPP- Chan Oct 2011 - Misereor

Quality standards for health care1

RelevanzGW2

Right to health

Städtische Gesundheit

Umwelt und Gesundheit

UN Konvention

Annex 4 Methodik: leitende Fragestellungen und Analyse-Instrumente

A Deskphase

Kriterien, die für die Bewertung der Projekte in der Deskphase verwendet wurde

Beurteilungskriterien aus der Mastertab. (06)

D/Misereor/Mastertab. 06

		Quelle
10	A. Beschreibung des Förderbereichs	
11	Geldgeber: Misereor	Grd.g.
12	Geldgeber: KZE	Grd.g.
13	3. Geber	Grd.g.
14	Summe Misereor (in Tausend)	Grd.g.
15	Summe KZE (in Tausend)	Grd.g.
16	Summe 3. Geber (in Tausend)	Grd.g.
17	Gesamtsumme > 25 000 < 85 000 €	Grd.g.
18	Gesamtsumme > 85 000 < 145 000 €	Grd.g.
19	Gesamtsumme > 145 000 < 199 000 €	Grd.g.
20	Gesamtsumme > 199 000 < 450 000 €	Grd.g.
21	Gesamtsumme > 450 000 €	Grd.g.
22	Summe - geplante Partnerleistung in % d. Gesamtsumme	BV
23	Summe - erbrachte Partnerleistung in % der Gesamtsumme	
24	Projekträger	
25	Katholisch	BV
26	andere christl. Religionen	BV
27	andere Konfessionen	BV
28	NRO	BV
29	Staatl. Organ.	BV
30	Geographische Lage	
31	Afrika	
32	Asien	
33	Lateinamerika	
34	Förderschlüssel (Misereor)	
35	Basisgesundheit	Grd.g.
36	Referenzeinrichtung	Grd.g.
37	Reproduktive Gesundheit	Grd.g.

38	Bekämpfung von Infektionskrankheiten	Grd.g.
39	Sonstiges	Grd.g.
40	Interventionsbereich (Wirkungsgefüge Misereor)	BV
41	Gesundheitseinrichtungen (1. und 2. Ebene) / Infrastruktur	BV
42	Beschäftigung, Aus- und Fortbildung von Personal	BV
43	Prävention, Aufkl., Behandl. u.Reha. (Schul- u. alternat. Med.)	BV
44	Aktive Einbeziehung de Bevölkerung	BV
45	Netzwerkarbeit, Lobby + Advocacy	BV
46	Sonstiges	BV
47	Wirkungsraum	BV
48	Ländlicher Raum	
49	Städtischer Raum	
50	Zielgruppe	BV
51	Frauen	
52	Kinder	
53	Jugendliche	
54	Behinderte	
55	(Ethnische) Minderheiten	
56	Arme	
57	Postkonflikt Opfer	
58	Gesundheitspersonal	
59	andere	
60	Anzahl der Nutznießer (Zielgruppengröße)	BV
61	B. CSR CODE HEALTH	Grd.g.
62	120 HEALTH GENERAL	Grd.g.
63	12110 Health Policy + admin. Management	Grd.g.
64	12181 Medical Education and Training	Grd.g.
65	12191 Medical Services	Grd.g.
66	122 BASIC HEALTH	Grd.g.
67	12220 Basic Health Care	Grd.g.
68	12230 Basic health infrastructure	Grd.g.
69	12240 Basic nutrition	Grd.g.
70	12250 Infectious disease control	Grd.g.
71	12261 Health education	Grd.g.
72	12281 Health personnel development	Grd.g.
73	130 POPULATION POLICIES / PROGRAMMES + RH	Grd.g.
74	13020 Reproductive Health Care	Grd.g.
75	SONSTIGES (außerhalb HEALTH)	Grd.g.
76	11330 / 15150 / 43040 / 16050	Grd.g.
77	C. GEPLANTE MASSNAHMEN - MISEREOR	BV
78	Basisgesundheitsversorgung	
79	Präventiv	Ges.WG, AS, LA

80	Kurativ - Ambulant	Ges.WG, AS, LA	
81	Kurativ - Stationär		
82	Basisgesundheitsituation - Umwelt		
83	Ernährung	LA	
84	Gesundheitserziehung / Aufklär	Ges.WG, AS	
85	Spezielle Gesundheitsdienste		
86	Behinderte	AS	
87	Psychisch Kranke		
88	Alternative Med.; trad. Med.	Ges.WG,AS, LA	
89	Gesundh.infrastruktur (Bau, Ausst.)	Ges.WG, AFR,	
90	Referenzeinrichtungen / Gesundheitseinrichtungen		
91	Basiseinrichtungen (Gemeindebezug)		
92	Ausstattung (Med. Ausrüstung; Medikam.)	Ges.WG, AFR, AS	
93	Büro / sonstige Ausrüstung		
94	Transport	AFR	
95	Medizinische Forschung		
96	Personal (Beschäftigung)	Ges.WG, AFR,	
97	Reproduktive Gesundheit		
98	Reproduktive Gesundheitsvorsorge (einschl. FGM)		
99	Familienplanung		
100	STI Bekämpfung / HIV		
101	Sonstige Themen		
102	Gesundheitsfinanzierung	AS	
103	Med. Training / Aus-/ Weiterb.,	Ges. WG, AFR, AS, LA,	
104	Orga.entw./Datenbank/HMIS	AFR	
105	Koordination / Management	AFR	
106	andere		
107	Kooperation / Vernetzung / Lobbyarbeit/QS-Themen		
108	Netzwerke fördern		
109	Kooperation fördern		
110	Lobbyarbeit		
111	Direkte Zusammenarbeit mit staatl. Strukturen		
112	Öffentlichkeitsarbeit: Instrumente		
113	Öffentlichkeitsarbeit: Zielgruppe		
114	Mobilisierung/Partizip. d. Bev.	Ges.WG, AS	
115	Gender		
116	Querschnittsthemen A		
117	Querschnittsthemen B		
118	D. Analyse und Bewertung nach DAC Kriterien		
119	RELEVANZ (qualitativ)		
120	Zielgruppenausrichtung		

121	Kernprobleme identifiziert + Projektziele entsprechend geplant	
122	Ausrichtung auf priorisierte Zielgruppe Mutter und Kind	
123	Projektansätze entsprechen professionellen Standards	
124	Gender und Menschenrechte berücksichtigt	
125	Projektansätze integriert in intersektorale Strategien (Diözese)	
126	Projektansätze integriert in Nationale Strategien	
127	EFFEKTIVITÄT (qualitativ)	
128	Wirkungsgefüge ist plausibel	
129	Projektziele erreicht (Nutzungsraten sind hoch)	
130	Positive Veränderungen über Zielerreichung hinaus	
131	Negative Veränderungen	
132	Faktoren, die Zielerreichung beeinflusst haben sind benannt	
133	EFFIZIENZ (qualitativ)	
134	Organisationsstrukturen sind effizient	
135	Personal und technische Ausstattung ist adäquat	
136	Personalqualifikation ist adäquat	
137	Hohe Personalfuktuation	
138	M+E System vorhanden	
139	Effiziente Kooperationsbeziehungen zu staatlichem System	
140	Effiziente Kooperationsbeziehungen zu kirchlichen Einrichtungen	
141	Effiziente Beziehungen zur Zielgruppe	
142	Kosten - Nutzenvergleich von Input und Output ist möglich	
143	ÜBERGEORDNETE WIRKUNGEN (qualitativ)	
144	Projektbeitrag kann in Wirkungsgefüge eingeordnet werden	
145	Positive beobachtete Wirkungen sind vorhanden	

146	Projekte sind modellhaft / strukturbildend / breitenwirksam	
147	NACHHALTIGKEIT (qualitativ)	
148	Finanzielle Nachhaltigkeit gewährleistet	
149	Strukturelle Nachhaltigkeit gewährleistet	
150	Stärken und Schwächen in Bezug auf Nachh. dargestellt	
151	E. Berichterstattung	
152	Projektantrag	
153	Fachl. Stellungnahme	
154	Dienstreisebericht	
155	Zw. ber. (1 = alle vorh.; 5 = keiner vorh.)	
156	Endbericht (Seitenanzahl)	
157	Eval. (ex ante, lfd., ex post)	
158	Andere (ausser: BV, PV, AB, SVN)	
159	NÜTZLICHKEIT (qualitativ)	
160	Vollständigkeit	
161	Struktur und Stil der Evaluierung dienlich	
162	Relevanz des Berichts	
163	FAIRNESS (qualitativ)	
164	Ausgewogenheit der Ergebnisdarstellung	
165	GENAUIGKEIT (qualitativ)	
166	Wirkungsgefüge, - logik wird beschrieben	
167	DAC Kriterien werden bearbeitet	
168	Bewertungskriterien genannt	
169	alle relevanten Stakeholder wurden befragt	
170	Zuordnungen zu beobachteten Veränderungen sind plausibel	
171	Gültigkeit + Verlässlichkeit der Informationen	
172	ZUSAMMENFASSENDE EINSCHÄTZUNG (qualitativ)	
173	Kohärenz	
174	F. DAUER UND EIGNUNG	
175	Laufzeit (tatsächl. Zeit in Monaten)	
176	Vorprojekt vorhanden	
177	Folgeprojekt vorhanden	
178	geeignet für vertiefende Desk Study (Bewertung)	
179	geeignet für Field Study (Bewertung)	

B Synthesebericht

Als exemplarisches Beispiel für die Vorbereitung der Evaluationen in der Feldphase:

Mission in India / Chhattisgarh 321-040-1022

Evaluation of the project "Continuation of RAHA's Integrated Rural Health Program in Eastern Chhattisgarh"

Objectives of the evaluation

- To assess if promotive, preventive, curative and rehabilitative health care services are appropriate, assure quality of care and respond to the needs of the population in the area.
- To assess Outcomes and Impact of the project with regard to changes achieved by the MIS and the Rural Health Centres (with regard for example to social protection, health situation, poverty, etc.)
- To evaluate the relationship of the project with local government institutions and social protection in terms of complementarity, links, integration of the measures into the wider context etc.
- To make final recommendations for the future cooperation and the strategy to RAHA and to MISEREOR

The entire project will be evaluated according to the DAC criteria Relevance, Outcome and Impact, Effectiveness, Efficiency and Sustainability.

Procedure of the evaluation

It is planned that a team of two evaluators are going to visit the project. The mission shall identify input, output, outcome and impact of the following project implemented activities in line with the above mentioned objectives:

Goal of the 'Community Empowerment' project

The goal of the project was to promote safe motherhood and child survival and thus improve the health situation of mothers and children in the project area between 2005 and 2007. It was designed to strengthen people's health awareness and improve women's self-esteem through the creation of self-help groups (SHGs)

Result 1	Awareness building and health education
Result 2	School health education programme
Result 3	Ante- and post-natal care
Result 4	Treatment and follow-up of communicable diseases
Result 5	Training of TBAs
Result 6	Strengthening SHGs and CBOs

Methods and approach planned to be used to evaluate the project

In order to get as much information as possible the following resources and the application of below mentioned methods are suggested according to the needs and available resources:

- Available project reports and relevant basic health data;
- Key informant interviews with members of OCHA, staff and volunteers of the project and with relevant stakeholders (examples see below),
- SWOT analysis (strengths, weaknesses, opportunities, threats) with members of OCHA and project staff,
- Focus group discussions with beneficiaries of project activities.

Key questions to collect relevant information are:

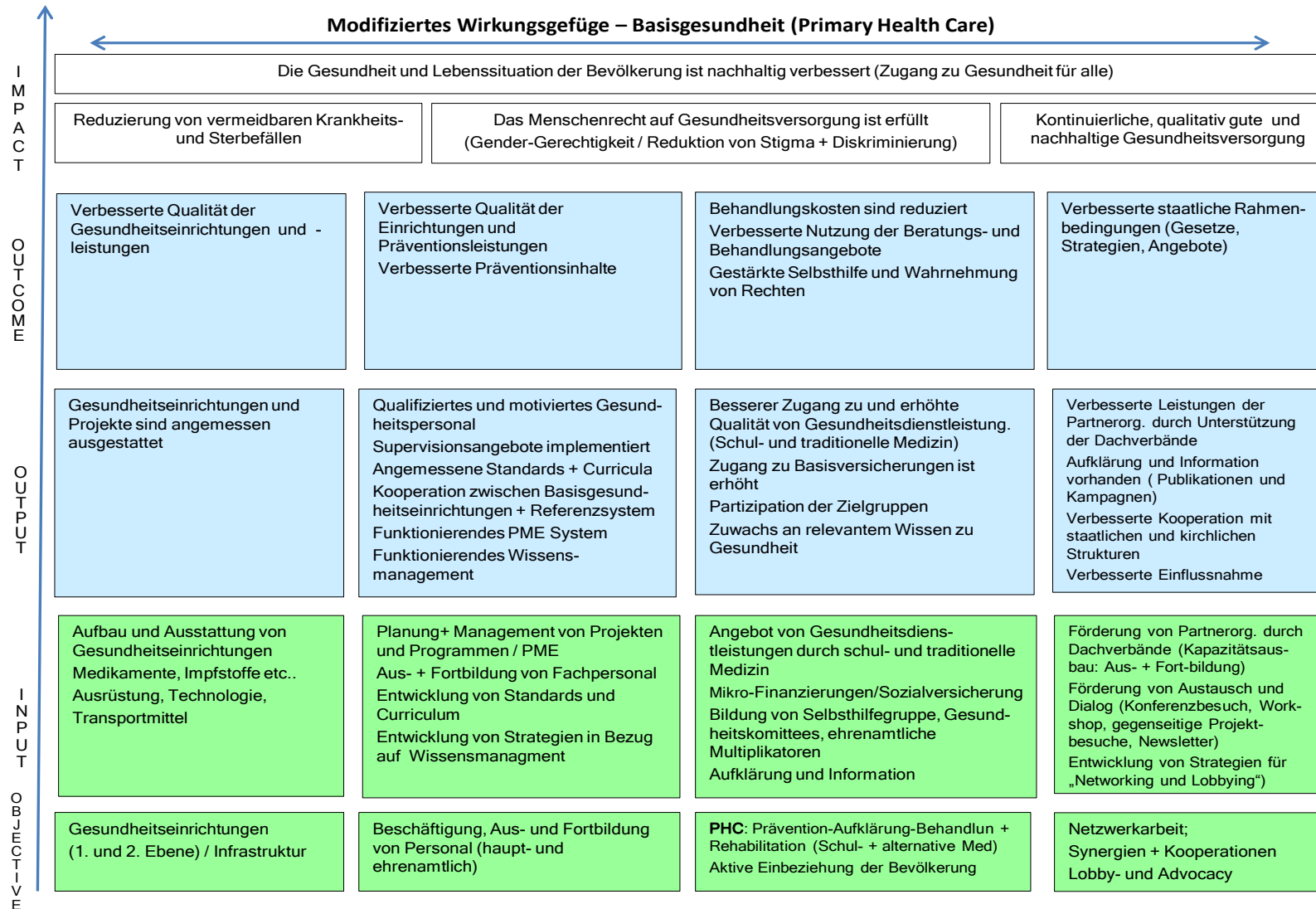
- What are the major objectives and competences of OCHA?
- Who were / are the target groups of the project and why? (2005 - 2007)
- What kind of approach / which methods did OCHA use to reach the target group(s)? Are there other experienced organisations (government / non-government / faith-based) active in the same field?
- Within the course of the above mentioned project, which activities were implemented / were not implemented (and why) in the period between 2005 and 2007?
- How did OCHA plan the activities? Did you receive any support? Was it helpful? What was missing?
- What kind of resources were available (experienced staff, equipment, support of MISEREOR and / or other organisations) to implement planned activities?
- What kind of activities were planned and implemented by OCHA to empower in particular girls / women / members of self-help-groups?
- Was it possible to meet the expected results and how did you monitor achievements?
- With whom did OCHA cooperate to meet the expected results of the project? Which governmental / non-governmental and diocesan organisations were supportive or would have been supportive?
- How do you assess the support you received from various sources including MISEREOR?
- Which are the most significant changes observed since the project started in 2005?
- Did you notice any obstacles / constraints with the implementation of the project? Which solutions were identified to address these problems? (If yes: which / If no: why)
- What are the most relevant lessons from your achievements and possible failures?
- Could you share with us an unexpected result observed during project implementation?
- What are your conclusions for the future?
- How do you ensure the sustainability of results?

The following data sources would be very helpful for the mission, and we would like to ask you to provide the following:

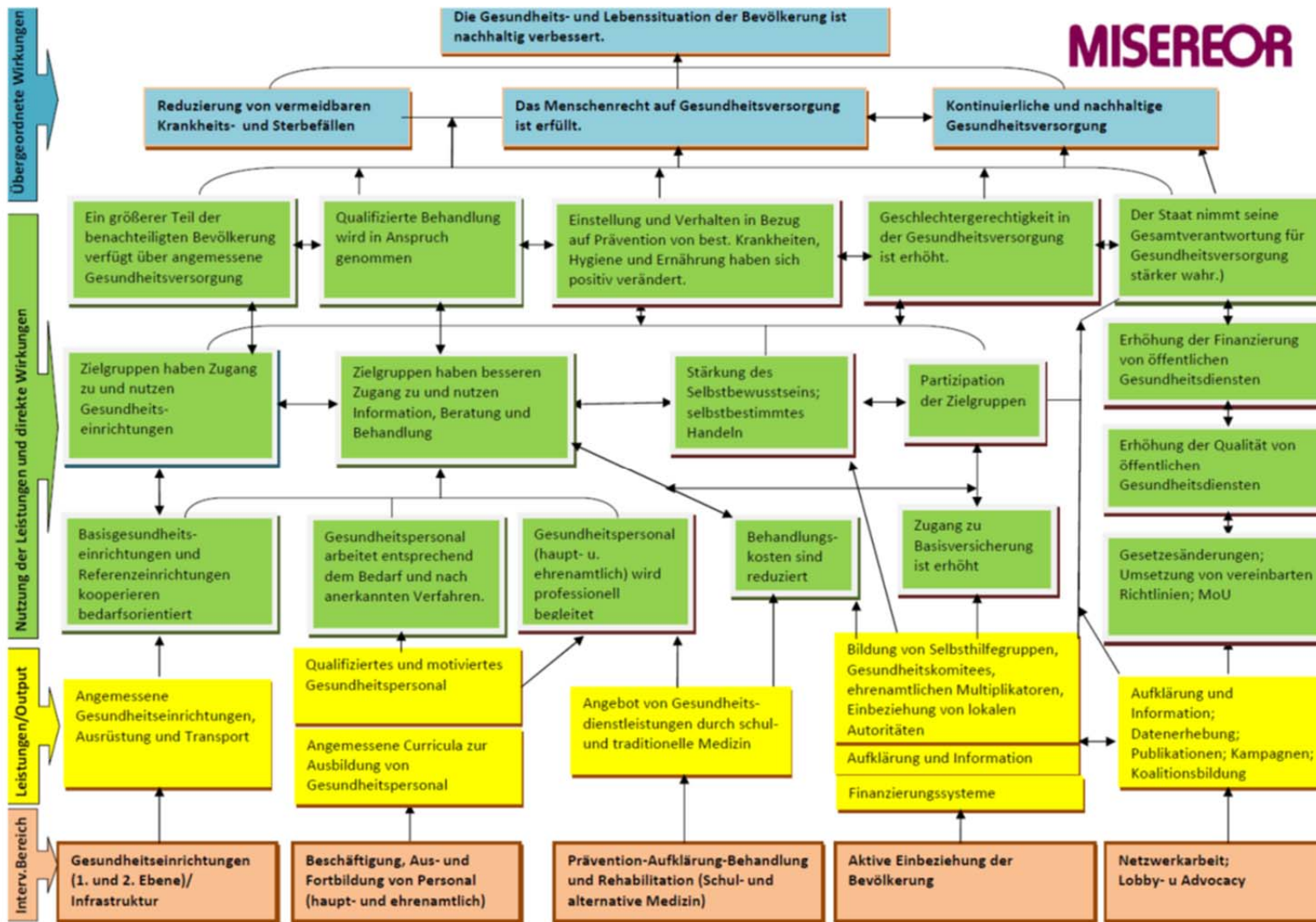
- Project reports: monitoring and evaluation reports of the period between 2005 and 2007, monitoring and evaluation reports of follow-up projects
- If available, relevant health data which could provide information on the impact of implemented project activities such as
 - Detailed description of available health services for reproductive health and general health (to prevent and treat malaria, TB and HIV / AIDS) in the target area (number of services related to number of women / people)
 - Numbers of persons (men / women / age groups) who were members of the self-help groups and received training between 2005 and 2007
 - Numbers of women (if possible, divided into married and unmarried women), couples and men who received information on family planning and relevant health services through project activities during the project period (2005 - 2007 / 2008 and later)
 - Indicators of Millennium Development Goals - MDG to monitor family planning needs:
 - Total fertility rate in the project area 2005 and later and age-specific fertility rate for

- ages 15 - 19 before 2005 and later
 - Unmet need for family planning before 2005 and later in the project area
- MDG indicators to monitor maternal and newborn health in the project area before 2005 and later:
 - Maternal Mortality Rate or Maternal Mortality Ratio
 - Proportion of births attended by skilled health personnel
 - Antenatal care coverage
 - Access to emergency obstetric care (EmOC) facilities
 - Caesarean sections as a proportion of birth
 - Perinatal and Neonatal mortality rate per 1000 live births
- MDG indicators related to HIV in the project area before 2005 and later:
 - Percentage of young women and men aged 15 - 24 who are HIV infected
- Appointments with key persons of OCHA the partner organization of MISEREOR who are familiar with the organization, the planning and implementation processes of their projects
- Appointments with key informant stakeholders (the following list is based on assumptions, it would be very helpful if you could provide a list of relevant professionals / stakeholders):
 - Key person(s) of the National Health Programme who are related to the project
 - (if relevant) key person(s) of the University / Institute of Public Health
 - Key person(s) of the diocese involved in health activities
 - Key person(s) of important non-governmental organisations and / or faith-based organisations active in the same field in Orissa
 - Partner organisations of OCHA which are involved in project planning and implementation processes
 - Staff members of the implemented project (2005 - 2007)
- For the SWOT analysis - appointment with a group of project staff members (max. 10 - 15 people including project management and employed professionals and relevant resource persons of one or two project sites) who were involved in the implementation of the following project activities:
 - Awareness building and health education
 - Ante- and postnatal care
 - School health education programme
 - Strengthening of self-help groups and CBOs
- For the Focus-Group discussions appointments with beneficiaries of project activities. By using the following criteria, relevant persons should be invited and divided into two groups (each group max 10 or 15 people):
 - Members of two, three or four self-help groups / CBOs. They should come from the same project sites like project staff who participated in the SWOT analysis, and should be involved in project activities in the time between 2005 and 2007
 - Different age groups should be considered
 - Men / women (if relevant: one group could contain only women / one group could contain both sexes)
 - Members of self-help groups who are now ASHA should also be considered

Annex 5 Modifiziertes Wirkungsgefüge



Wirkungsgefüge von MISEREOR entwickelt



Annex 6 Länderstudien auf CD

CD-ROM mit Länderstudien