

Ex Post-Evaluierung: Kurzbericht Usbekistan: Programm zur Bekämpfung der Tuberkulose, Phase II



Sektor	Gesundheit (CRS 12263)	
Vorhaben/Auftraggeber	Programm zur Bekämpfung der Tuberkulose, Phase II, (BMZ-Nr.: 2000 66 522)	
Projektträger	Gesundheitsministerium der Republik Usbekistan	
Jahr Grundgesamtheit/Jahr Ex Post-Evaluierungsbericht: 2012*/2012		
	Projektprüfung (Plan)	Ex Post-Evaluierung (Ist)
Investitionskosten	2,94 Mio. EUR	2,86 Mio. EUR
Eigenbeitrag	0,38 Mio. EUR	0,40 Mio. EUR
Finanzierung, davon BMZ-Mittel	2,56 Mio. EUR 2,56 Mio. EUR	2,46 Mio. EUR 2,46 Mio. EUR

* Vorhaben in Stichprobe

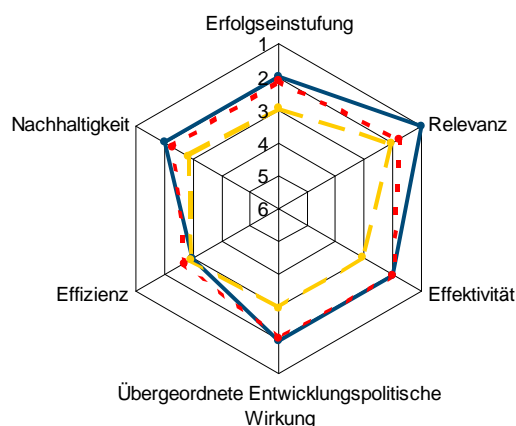
Projektbeschreibung. Das Programm zur Bekämpfung der Tuberkulose II (TB II) wurde im Jahr 2001 geprüft und zwischen 2002 und Anfang 2007 durchgeführt. TB II zielte auf die Verbesserung der Diagnose und Behandlung der verschiedenen Formen der TB mittels der Einführung der DOTS-Strategie (Directly Observed Treatment, Short Course). Hierbei konzentrierte sich das Programm auf die Oblaste Bucharra, Kaschkadarja und Surhandarja sowie auf die Gefängnisinsassen in diesen Oblasten. Daneben wurden auch die Gefangenen in den Oblasten Karakalpakstan und Choresm einbezogen. Die letzteren beiden Oblaste waren die Programmregionen von TB I; deren Gefängnisse konnten jedoch im Rahmen dieses Programms nicht versorgt werden. Ferner wurden Diagnosekapazitäten auf nationaler Ebene aufgebaut (nationales Referenzlabor in Taschkent), dessen Ausbildung und Betreuung durch das supranationale Referenzlabor Gauting/Deutschland im Rahmen eines Twinningabkommens erfolgt.

Zielsystem: Als Oberziel war eine Reduzierung der Last der TB-Krankheit in den drei Programmregionen (Oberzielindikator: Rückgang der TB-Mortalität), als Programmziel eine Verbesserung der Diagnose und Behandlung verschiedener TB-Formen (Programmzielindikatoren: Anzahl der registrierten TB-Fälle, Anteil der Patienten, die wiederholt behandelt werden (re-treatment rate) sowie die Heilungsrate (DOTS treatment success) vorgesehen.

Zielgruppe: Im Programmprüfungsbericht wurde auf die explizite Ausweisung einer Zielgruppe verzichtet. Allerdings wurde eine Schätzung über die zu behandelnden Fälle während der Programmlaufzeit abgegeben (rd. 25.000 TB-Patienten). Tatsächlich wurden zwischen 2004-2007 rd. 17.600 Patienten behandelt.

Gesamtvotum: Auf Grundlage der ausgewerteten Statistiken und Studien, der Präsentationen, Diskussionen, Interviews und der Vor-Ort-Besuche werden die entwicklungspolitischen Wirkungen des Programms von der KfW-Delegation als substantiell beurteilt. Diese Einschätzung basiert insbesondere auf der Etablierung von modernen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Beide haben dazu beigetragen, das Verständnis über die TB-Situation und über die Kosten der Krankheit und ihrer Behandlung – aus finanzieller, sozialer und psychologischer Sicht – zu verbessern. Das Gesamtvotum für die Ex Post-Evaluierung des Programms ist gut (Note 2).

Bewertung nach DAC-Kriterien



—●— Vorhaben
—■— Durchschnittsnote Sektor (ab 2007)
- - - ■ - - - Durchschnittsnote Region (ab 2007)

ZUSAMMENFASSENDE ERFOLGSBEWERTUNG

Gesamtvotum: Das Gesamtvotum für die Ex Post-Evaluierung (EPE) des Programms ist gut. Note: 2.

Relevanz: Armut, Unterernährung und die wirtschaftliche Krise Anfang der 90iger Jahre führten dazu, dass in Usbekistan weder das sowjetische System der sozialen Unterstützung noch das TB-Kontrollsystem aufrechterhalten werden konnten. In Folge stiegen TB-Erkrankungen stark an, von rund 9.000 registrierten Kranken Ende der 80iger auf über 20.000 Kranke im Jahr 2002. Zum Zeitpunkt der Programmprüfung (PP) für dieses Vorhaben war TB endemisch. Moderne Behandlungsmethoden wurden nur im Rahmen eines von der Hilfsorganisation Médecins sans Frontières (MSF) in der Republik Karakalpakstan durchgeführten Pilotprojektes angewandt. Die Wirkungskette des Vorhabens, durch Lieferung von TB-Medikamenten und Laborausstattungen (FZ-finanziert) sowie die Erweiterung des nationalen DOTS-Zentrums und des nationalen Referenzlabors und der Aus- und Fortbildung medizinischen Personals (Eigenbeitrag) zur verbesserten Diagnose und Behandlung der TB und schließlich zur Eindämmung der Krankheit beizutragen, war und ist plausibel. Sowohl zum Zeitpunkt der PP als auch heute war und ist die TB-Kontrolle eine der Prioritäten der usbekischen Regierung. Gleichzeitig ist die Unterstützung des usbekischen Gesundheitssektors einer der Schwerpunkte der deutsch-usbekischen Entwicklungszusammenarbeit. Das Programmziel von TB II stimmt mit dem MDG-Ziel 6 (Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose) und der Resolution der Weltgesundheitsversammlung von Mai 2000 überein (Zustimmung zur und Einführung der DOTS-Strategie in ihrem Staatsgebiet mit der Zielsetzung, 100% Abdeckung zu erreichen). Neben der deutschen FZ wird das nationale TB-Kontrollprogramm in Usbekistan noch von weiteren Gebern wie dem Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Global Fund), USAID und MSF unterstützt. Die Koordination der verschiedenen Geberaktivitäten erfolgt durch das usbekische Gesundheitsministerium, welches seine Monitoring- und Kontrollfunktion sehr ernst nimmt. Zusammenfassend stellen wir fest, dass die Relevanz des Programms als sehr gut eingeschätzt wird (Teilnote 1).

Effektivität: Das Programmziel sah eine Verbesserung der Diagnose und Behandlung der verschiedenen TB-Formen vor. Zur Messung der Programmzielerreichung waren während der Umsetzung folgende Indikatoren vorgesehen: (1) die Erhöhung der Fallfindungsrate (*DOTS case detection rate*) und (2) die Verbesserung der Heilungsrate (*DOTS treatment success rate*). Die Formulierung des Programmziels ist auch aus heutiger Sicht angemessen. Allerdings wird die Fallfindungsrate global nicht mehr als Indikator verwendet. Alternativ bietet es sich an, die Anzahl der registrierten TB-Fälle sowie den Anteil der Patienten in den Programmregionen, die wiederholt behandelt werden müssen (*re-treatment*), als Effektivitätsindikatoren zu verwenden.

Die Rate der registrierten TB-Fälle ist in allen drei Programmregionen zwischen 2003 und 2010 deutlich zurückgegangen, wie der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen ist.

Jahr	Rate der registrierten TB-Fälle*		
	2003	2007	2010
Region			
Buchara	61	51	45
Kaschkadarja	98	67	59
Surhandarja	68	57	43

* Per 100.000 Einwohner

Die *retreatment rate* hat sich wie folgt entwickelt: 2005 lag sie bei 30%, im Jahre 2010 bei 17% (vor 2005 sind keine Zahlen vorhanden). Der Erfolg der TB-Behandlungen, die *DOTS treatment success rate* (Heilungsrate) lag bei Programmprüfung für ganz Usbekistan bei 76%, 2009 bei 81%.¹ In den 3 Programmoblasten lag diese Rate 2010 bei 87%. Eine große Herausforderung stellen die multi-resistenten TB-Formen dar (MDR-TB). Im Rahmen eines seit 2003 in der autonomen Republik Karakalpakstan von MSF durchgeführten Pilotprojektes zur Identifizierung und Behandlung von MDR-TB wurde das Auftreten von MDR-TB in Usbekistan festgestellt. Eine 2006 in Taschkent durchgeführte Studie zeigt, dass über 14% der neu identifizierten Fälle und 60% der wieder erkrankten Fälle (*re-treatment*-Fälle) eine multi-resistente Form der TB aufwiesen. Aktuell werden für ganz Usbekistan die MDR-TB-Fälle auf bis zu 14.000 geschätzt. Angesichts des Rückgangs der Rate registrierter TB-Fälle und der *re-treatment* Rate sowie der positiven Entwicklung der Heilungsrate bewerten wir die Effektivität des Programms dennoch als gut (Teilnote 2).

Effizienz: Die Programmlaufzeit betrug sechs Monate länger als ursprünglich geplant. Bei PP wurden die Behandlungskosten pro Patient nach der DOTS-Strategie auf rd. USD 200 geschätzt, derzeit liegen die Kosten knapp über USD 400. Damit sind die Behandlungskosten dennoch deutlich geringer als die der traditionellen Behandlung mit Medikamenten und langem Krankenhausaufenthalt (rd. USD 550 bei PP, keine neueren Daten). Die während der EPE vorgenommenen stichprobenartigen Überprüfungen zeigten, dass die gelieferten Gerätschaften, Einrichtungen und Fahrzeuge sich in einem ausgezeichneten Zustand befanden.² Die Lagerung der Medikamente und Laborverbrauchsgüter auf regionaler Ebene ist qualitativ zufriedenstellend. Medikamente waren in ausreichender Anzahl während der Programmlaufzeit vorhanden; es wurde keine Unterversorgung berichtet. Im Rahmen des Programms wurde die DOTS-Strategie eingeführt, die eine wohnortnahe, ambulante Behandlung der TB-Patienten in den Basisgesundheitsseinrichtungen ermöglicht. Die DOTS-Therapie eliminiert die Notwendigkeit für wiederholte präventive Behandlung und lange Krankenhausaufenthalte und erhöht damit die Effizienz

¹ Die DOTS-Strategie wurde in Usbekistan mit Unterstützung der Geber schrittweise eingeführt. Die DOTS-Deckungsrate (DOTS coverage rate) stieg dabei von 1% im Jahr 1998 über 37% im Jahr 2001 auf 100% ab dem Jahr 2005 an.

² Die Überprüfung der Ordnungsmäßigkeit der Mittelverwendung erfolgte im Rahmen der AK und ergab keine Beanstandungen.

der TB-Behandlung. Zusätzlich wurde ein vergleichsweise einfaches Berichtswesen für Diagnose und Behandlung eingeführt. Die Delegation stellte allerdings fest, dass das neue DOTS-Berichtswesen parallel zu dem traditionellen System der Registrierung und Berichterstattung über die einzelnen TB-Fälle benutzt wird. Dies führt nicht selten zu Verwirrung und ist sehr arbeitsaufwendig. Bislang werden die Vorteile des DOTS-Systems zudem noch nicht vollständig vom nationalen TB-Kontrollprogramm der usbekischen Regierung genutzt. So stellte die Delegation fest, dass, obwohl die gesamte Behandlung der TB-Patienten in den meisten Fällen ambulant möglich wäre, diese i.d.R. aber erst nach Abschluss der intensiven zweimonatigen Behandlungsphase im Krankenhaus erfolgt. Allein durch die Verringerung der Krankenhausliegezeiten der TB-Patienten während der intensiven Behandlungsphase könnte die Effizienz der TB-Kontrolle ohne Einbußen des Behandlungserfolges deutlich gesteigert werden. Zusammenfassend bewerten wir die Effizienz des Programms als zufriedenstellend (Teilnote 3).

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: Das Programm zielte darauf ab, die Last der TB-Erkrankung in den drei Programmregionen zu reduzieren (burden of disease). Gemessen werden sollte dies an einem Rückgang der TB-Inzidenz und der TB-Sterberate. Aufgrund methodologischer Schwierigkeiten bei der Messung der Inzidenzrate wird diese von der WHO global nicht mehr als Oberzielindikator verwendet. Die vorliegende EPE beschränkt sich von daher auf die Bewertung der TB-Mortalität zur Bewertung der Oberzielerreichung. Hinsichtlich der Sterberate sind in den drei Programmoblasten, wie in der nachfolgenden Tabelle dargestellt, deutliche Verbesserungen nachweisbar.

	Sterberate		
Jahr	2003	2007	2010
Region			
Buchara	7.8	4.6	3.6
Kaschkadarja	4.5	2.7	3.3
Surhandarja	8.5	3.5	3.1

Aus heutiger Sicht stellt die Einführung und Umsetzung der DOTS-Strategie den ersten Schritt zu evidenzbasierten medizinischen Behandlungsmethoden und -strategien dar, die zu einer deutlichen Verringerung der Last der Krankheit führen. Dies wird jedoch nicht ausreichen, um entscheidend die TB-Epidemie einzudämmen. Hierzu bedarf es der flächendeckenden Umsetzung der Stop-TB-Strategie³ einschließlich der Diagnose und Behandlung der MDR-TB Fälle. Obwohl zum Zeitpunkt der PP das Wissen über die TB-Situation in Usbekistan beschränkt war, hat die programmatische Einführung und Umsetzung moderner TB-Behandlungsmethoden in einer ausreichend großen Region (in drei Oblasten) die Grundlagen für ein modernes und bedarfsge-rechtes (*responsive*) TB-Kontrollsystem gelegt. Ohne diese „Vorarbeiten“ würde die Identifizierung und Behandlung der multi-resistenten Formen von TB – die gerade in den Programmregio-

³ Die Stop-TB Strategie besteht aus sechs Komponenten: 1) Verbesserung und Ausweitung der DOTS-Strategie, 2) Einbeziehung von TB-HIV-Koinfektionen, MDR und dem Bedarf armer Bevölkerungsgruppen, 3) Verbesserung des Gesundheitssystems auf Primarebene, 4) Einbeziehung aller Anbieter, 5) Empowerment von TB-Patienten und 6) Stärkung der TB-Forschung.

nen beginnt – nicht möglich sein. Wir bewerten deshalb die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen als gut (Teilnote 2).

Nachhaltigkeit: Angesichts des guten Zustandes der Laborausstattung sowie der Fahrzeuge und angesichts der sehr guten Wartung dürfte deren Betrieb auch für die nächsten Jahre sichergestellt sein. Damit sind die infrastrukturellen Voraussetzungen für die TB-Kontrolle auch weiterhin gegeben. Die Qualitätskontrolle des nationalen Referenzlabors ist durch das Twinningabkommen mit dem supranationalen Referenzlabor Gauting/München gesichert. Die Lieferung der notwendigen TB-Medikamente nach Beendigung des Programms wurde vom Global Fund übernommen (ab 2008). Im Hinblick auf die Bereitstellung der Medikamente für *susceptible* TB (*1st line* TB-Medikamente) ist das Programm nachhaltig. Selbst wenn der Global Fund seine Lieferungen einstellen würde, gehen wir davon aus, dass die usbekische Regierung die Beschaffung der Medikamente aus eigenen Ressourcen bestreiten könnte. Die Einschätzung der Delegation basiert auf der im kürzlich verabschiedeten 5-Jahresplan der usbekischen Regierung für TB-Kontrolle vorgesehenen Rationalisierung des gesamten TB-Systems. Erst nach Ende von TB II waren die diagnostischen Voraussetzungen vorhanden (im Rahmen dieses Programms etabliert, funktionsfähig im August 2007), um MDR-TB diagnostizieren zu können. Die nachfolgenden FZ-Programme im Bereich der TB greifen die Bekämpfung der MDR-TB entsprechend auf. Die Ausdehnung der diagnostischen Kapazitäten zur Identifizierung von MDR-TB auf zwei Oblaste (Taschkent und Surkhandarya, letzterer Oblast gehörte zu den Programmregionen dieses Programms) begann Ende letzten Jahres. Wenngleich die MDR-TB eine generelle Bedrohung darstellt, wird die Nachhaltigkeit des hier evaluierten Programms allein als gut bewertet (Teilnote 2).

ERLÄUTERUNGEN ZUR METHODIK DER ERFOLGSBEWERTUNG (RATING)

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

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

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

Das Kriterium Nachhaltigkeit wird anhand der folgenden vierstufigen Skala bewertet:

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

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

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

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

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