

Ex-post-Evaluierung SWAp Gesundheits- Ernährungs- und Bevölkerungs- programm II, Bangladesch

Titel	Gesundheits- Ernährungs- und Bevölkerungsprogramm II (Korbfinanzierung), Bangladesch, 2011-2016		
Sektor und CRS-Schlüssel	Gesundheitspolitik und Verwaltung des Gesundheitswesens (CRS Kennung 12110)		
Projektnummer	BMZ-Nr.: 2010 65 358, 2013 66 236, 2014 68 784 (Inv) und 2010 70 523 (BM)		
Auftraggeber	BMZ		
Empfänger/ Projektträger	Ministry of Finance (MoF); Regierung von Bangladesch / Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW); Regierung von Bangladesch		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	Inv.: 49.921.636,02 EUR, HH-Zuschuss (Korbfinanzierung) und 1.000.000 EUR Begleitmaßnahme (BM)		
Projektlaufzeit	Inv.: 12/2011-10/2019; BM: 10/2011-12/2018		
Berichtsjahr	2024	Stichprobenjahr	2021

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

Die FZ-Programme kofinanzierten das nationale Sektorprogramm „Health, Population and Nutrition Sector Development Program“ (HPNSDP, 2011-16). Hierin wurden Maßnahmen durchgeführt, welche auf eine verbesserte Verfügbarkeit und Nutzung von patientenorientierten, allgemein zugänglichen und qualitativ guten Dienstleistungen für Gesundheit, Familienplanung und Ernährung abzielten. Hierdurch wurde ein Beitrag zur Unterstützung der nationalen Gesundheitspolitik, einem verbesserten Zugang zur Gesundheitsversorgung und einem verbesserten Gesundheitszustand der Bevölkerung geleistet. Flankierend wurde über die FZ-Begleitmaßnahme im Tangail Distrikt die Krankenversicherung pilothaft eingeführt.

Wichtige Ergebnisse

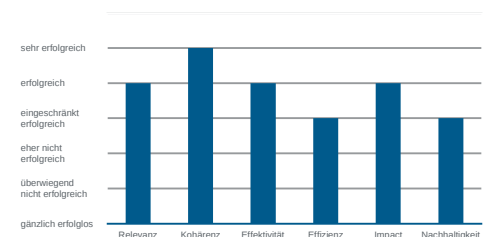
Die Ziele und Indikatoren der FZ-Vorhaben wurden größtenteils erreicht bzw. übertroffen, und die meisten gesundheitsbezogenen SDG haben sich im Durchführungszeitraum verbessert. Daher werden die evaluierten FZ-Vorhaben insgesamt als erfolgreich bewertet.

Die Maßnahmen und Ziele des übergeordneten Sektorprogramms HPNSDP – und damit auch der korbfinanzierenden FZ-Vorhaben sind weiterhin relevant. Das gewählte Instrument der Korbfinanzierung war als Verstärker und Beschleuniger geeignet (Moderatoreffekt). Der umfassende Ansatz mit zahlreichen Gebern sowie die angewandten Instrumente implizierten eine hohe Kohärenz. Daraus resultierte eine vergleichsweise schnelle, wirkungsvolle Reaktionsfähigkeit des Gesundheitsministeriums und der Gebergemeinschaft.

Bezüglich der Nachhaltigkeit ergibt sich ein gemischtes Bild. Auf Ebene der Gesundheitseinrichtungen erscheint die Nachhaltigkeit als durchschnittlich. Beim Sektorprogramm kann man eine gute Nachhaltigkeit konstatieren, es wurde in Folgeprogrammen fortgeführt. Die Krankenversicherung funktioniert derzeit nur in einem Distrikt, dort jedoch nachhaltig, und es gibt zum Zeitpunkt der Evaluierung zumindest Hinweise auf die Vorbereitung eines umfassenderen Roll-outs. Eine Integration in das neue Sektorprogramm soll erfolgen, allerdings liegen hierzu noch keine abschließenden Entscheidungen vor.

Die KfW war während HPNSDP im Politikdialog ein anerkannter Partner auf Augenhöhe, der die Werte deutscher EZ erkennbar eingebracht hat. Die deutsche EZ hat sich jedoch 2018 komplett aus dem Gesundheitssektor herausgezogen. Die nationalen und internationalen Partner bedauern diesen Schritt bis heute. In Abwägung dieser Dimensionen ist die Nachhaltigkeit als eingeschränkt erfolgreich zu bewerten.

Gesamtbewertung: erfolgreich



Schlussfolgerungen

- Sektorprogramme haben über den gemeinschaftlichen Ansatz der Regierung mit den Gebern das Potential der Moderation, d. h. sie können Einzelmaßnahmen in ihrer Wirkung verstärken und ihre Umsetzungsgeschwindigkeit erheblich erhöhen.
- Die Korbfinanzierung ist hierfür ein besonders gut geeignetes Instrument, da sie die Verantwortung bei der Regierung des Partnerlandes stärkt.
- Eine konsequente Einbindung der Krankenversicherung in solche Sektorprogramme ist empfehlenswert, damit sich die Disparität zwischen Arm und Reich nicht weiter verschärft.

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

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Die Volksrepublik Bangladesch ist noch immer eines der ärmsten Länder Südasiens, wenngleich die Indikatoren zur wirtschaftlichen Entwicklung deutliche Verbesserungen aufzeigen. Mit einem Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf von 2.820 US\$ (2022) bzw. 7.690 US\$ Kaufkraftparität (*purchasing power parity*, PPP)¹ ist Bangladesch seit 2015 ein *lower middle-income country*, wobei das BIP p.c. sich seit 2016 verdoppelte [1]. Der *Human Development Index* (HDI) hat sich stetig verbessert und betrug im Jahr 2021 0,661. Die Nachbarländer Indien (0,633), Bhutan (0,666) und Nepal (0,602) liegen etwa auf demselben Niveau, Myanmar (0,585) darunter [2].² Nach der Unabhängigkeit von Pakistan wurde Bangladesch im Jahr 1972 eine parlamentarische Demokratie, die jedoch als fragil zu bezeichnen ist. In der Geschichte sind hierfür mehrere Militärputsche mitverantwortlich, aber auch die aktuellen politischen Indizes weisen Instabilität und Demokratiemängel auf. Der *Fragile State Index* (FSI)³ betrug im Jahr 2023 85,2 von 120 (Rang 41), der Demokratieindex (DI)⁴ 5,99 von 10 und der Korruptionswahrnehmungsindex (*Corruption Perceptions Index*, CPI)⁵ 25 von 100 (Rang 147 von 180). FSI und DI haben sich in den letzten Jahren leicht verbessert, während der CPI schlechter geworden ist.

Mit einer Bevölkerung von über 171 Millionen Einwohner (2022) und einer Bevölkerungsdichte von 1.313 Einwohnern/km² ist Bangladesch eines der am dichtesten besiedelten Länder der Erde. Werden Stadtstaaten nicht einbezogen, ist es sogar das Land mit der höchsten Bevölkerungsdichte der Welt. Allerdings ist die Wachstumsrate mit etwa 1,1 % niedriger als in vielen anderen Ländern. Die Urbanisierung nimmt weiter zu, und während der Anteil der städtischen Bevölkerung im Jahr 2010 noch 30 % betrug, leben derzeit rd. 40 % in Metropolregionen. Die Regierung ist bemüht, Verantwortung zu dezentralisieren und insbesondere im Gesundheitswesen ländliche Regionen explizit zu fördern [5], aber der Zuzug in die Städte ist ungebrochen und fordert die Stadtentwicklung nicht nur im Gesundheitswesen heraus. Die Stadt-Land-Schere ist exemplarisch für das Problem der Ungleichheit im Land. Zwar wächst die Wirtschaft beachtlich und der Gini-Koeffizient des Einkommens hat sich nach Angaben der Weltbank vom Jahr 2000 (33,4) bis zum Jahr 2022 (31,8) leicht verbessert [1], aber insbesondere der Gini-Koeffizient der Vermögensverteilung ist mit 57,90 immer noch sehr hoch [6]. Die unteren 50 % der Bevölkerung haben nur etwa 4,8 % des Vermögens bzw. 17,1 % des Einkommens [7]. Periphere Gebiete, Frauen und Kinder, religiöse Minderheiten sowie indigene Gruppen haben deutlich geringere Chancen auf durchschnittliche Einkommen [8], Bildungsmöglichkeiten [9, 10], Ernährungssicherheit [11] und Gesundheitsversorgung [12].

Tabelle 8 zeigt die Sektorvorhaben des Gesundheitswesens seit 1998. Das erste „*Health and Population Program*“ (HPSP) lief von 1998 bis 2003 mit einem Finanzierungsvolumen von insgesamt 2,2 Mrd. US\$, das Nachfolgeprogramm „*Health, Nutrition and Population Sector Program*“ (HNPSPP) von 2003 bis 2011 mit einem Volumen von 5,4 Mrd. US\$.

Das „*Health, Population and Nutrition Sector Development Program*“ (HPNSDP, 2011-2016), welches aus FZ-Mitteln kofinanziert wurde, hatte ein Budget von 7,7 Mrd. US\$. Die Weltbank verlängerte die Laufzeit des HPNSDP bilateral bis Juni 2017, daran schloss sich das „*Health, Population and Nutrition Sector Program*“ (HPNSP) an, welches bis 2022 laufen sollte (dann jedoch bis 2024 verlängert wurde) und ursprünglich mit 14,7 Mrd. US\$ budgetiert war. Die Regierung von Bangladesch sollte 84 % der Kosten tragen. Wichtig ist zu betonen, dass der Anteil der Regierung von Bangladesch vom *sector-wide approach* (SWAp) I bis IV von 62 % auf 84 % gestiegen ist, SWAp III hatte einen Eigenanteil von 73 %.

HPNSDP war der Versuch der Regierung von Bangladesch und der Gebergemeinschaft, die Gesundheit der Bevölkerung und hier insbesondere der Vulnerablen zu stärken, indem das Gesundheitswesen landesweit verbessert werden sollte. Das Programm kann als Antwort auf die strukturellen Herausforderungen des Gesundheitssystems zu seiner Zeit verstanden werden.

¹ „GDP per capita (current US\$)“ vs. „GDP per capita, PPP (current international \$)“. Der erste ist das nominelle Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, der zweite das reale zu Landespreisen. Der große Unterschied deutet auf einen unrealistischen Wechselkurs hin.

² Bangladesch grenzt unmittelbar an Indien und Myanmar. Im Folgenden werden auch die Länder Bhutan und Nepal als derselben Region zugehörig betrachtet und zu Vergleichen herangezogen.

³ Vgl. <https://fragilestatesindex.org/country-data/>. BRD: 24,6; Indien: 74,1; Nepal: 80,2; Myanmar: 102; Bhutan: 66.

⁴ Vgl. [3] BRD: 8,8; Indien: 7,0; Myanmar: 0,7; Nepal: 4,5; Bhutan: 5,5.

⁵ Vgl. [4] BRD: 79; Indien: 40; Myanmar: 28; Nepal: 33; Bhutan: 68.

Kurzbeschreibung des Vorhabens

Die FZ-Vorhaben des Gesundheits-, Ernährungs- und Bevölkerungsprogramms II (Phase I der Vorratsprüfung mit der BMZ-Nr. 2010 65 358, Phase II mit der BMZ-Nr. 2013 66 236 und die Aufstockung mit der BMZ-Nr. 2014 68 784) kofinanzierten das übergeordnete Sektorprogramm "Health, Population and Nutrition Sector Development Program" (HPNSDP, 2011-2016) mit den Haupt-Komponenten 1) Verbesserung der Gesundheitsversorgung und 2) Gesundheitssystemstärkung. Sie wurden in diesem Evaluierungsbericht gemeinsam evaluiert, da die FZ-Beiträge für die Investitionsmaßnahmen in den gemeinsamen Korb einzahlten, aus welchem das übergeordnete Sektorprogramm kofinanziert wurde. Parallel zu diesen FZ-Vorhaben wurde als Begleitmaßnahme die Pilotierung des ersten Krankenversicherungssystems in Bangladesch in drei Unterdistrikten im Tangail Distrikt finanziert (BMZ-Nr. 2010 70 523).

Das Outcome-Ziel des Sektorprogramms HPNSDP und somit auch der kofinanzierenden FZ-Vorhaben war die Steigerung der Verfügbarkeit, Qualität und Inanspruchnahme von Gesundheits-, Ernährungs- und Familienplanungsleistungen. Die Zielgruppe von HPNSDP war die Gesamtbevölkerung Bangladeschs. Ein besonderer Schwerpunkt lag auf den gesundheitsrelevanten Millennium-Entwicklungszielen (*Millennium Development Goals*, MDGs) MDG 1 (Ernährung), MDG 4 und MDG 5 (Kinder- und Müttergesundheit), sowie MDG 6 (*human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome*, (HIV/AIDS) und anderen Krankheiten).

Der sektorweite Ansatz wurde von internationalen Entwicklungspartnern technisch und/oder finanziell gefördert, am Korb direkt beteiligt waren die Weltbank, Kanada, Schweden, Australien, das Vereinigte Königreich, Deutschland und die Vereinigten Staaten von Amerika. Die TZ und FZ arbeiteten hier in abgestimmter Weise zusammen. Das bangladeschische Gesundheitsministerium (*Ministry of Health and Family Welfare*, MoHFW) hatte Gesamtverantwortung für die Planung und Umsetzung und stimmte sich dabei mit den Entwicklungspartnern ab. Die FZ zahlte ihre Beiträge in einen Gemeinschaftskorb, der der Finanzierung von Investitionsausgaben (*Operational Plans*, OP) des MoHFW diente. Die Korbfinanzierung bedingte einheitliche Verfahren für die Planung, Berichterstattung, Monitoring, Beschaffung und Finanzmanagement.

Aufschlüsselung der Gesamtkosten

Die Gesamtkosten des HPNSDP (2011-2016) beliefen sich auf etwa 7,7 Mrd. US\$ bzw. ca. 5,8 Mrd. EUR, hierin enthalten waren Investitionskosten von ca. 2,41 Mrd. EUR. Die drei FZ-Vorhaben trugen mit insgesamt 49.921.636,02 EUR (nur Haushaltsmittelzuschuss) zu den Investitionen bei. Zusätzlich unterstützte die FZ über eine Begleitmaßnahme von 1 Mio. EUR die Vorbereitung einer Krankenversicherung.

Das Sektorprogramm (*sector-wide approach/SWAp*) wurde kurz vor Laufzeitende im Juni 2016 um ein Jahr verlängert und um 150 Mio. US\$ seitens der Weltbank aufgestockt, da es kurz vor Ende der Finanzierungsperiode noch eine erhebliche Finanzierungslücke gab. Diese Verlängerung war nicht mehr Teil der gemeinschaftlichen Korbfinanzierung und findet daher in dieser EPE keine Berücksichtigung. Die exakten Ist-Kosten des HPNSDP konnten bereits im Rahmen der Abschlusskontrolle nicht beziffert werden. Dies liegt an den Wechselkursschwankungen und der außerplanmäßigen Verlängerung bis 2017.

Tabelle 1 FZ-Anteil an HPNSDP [Mio. EUR]

BMZ-Nr.	2010 65 358 Vorhaben		2013 66 236 Vorhaben		2014 68 784 Vorhaben		2010 70 523 Vorhaben		Summe Vorhaben	
	(Plan)	(Ist)	(Plan)	(Ist)	(Plan)	(Ist)	(Plan)	(Ist)	(Plan)	(Ist)
Kosten (gesamt)									5.780	
Eigenbeitrag									4.216	
Fremdfinanzierung							1,000	1,000	1.564	
davon BMZ-Mittel	12,50	12,48	18,50	19,44	18,00	18,00	1,000	1,000	50,94	50,92

Karte/ Satellitenbild des Projektlandes inkl. Projektgebiete/ -standorte

Zielgebiet des Vorhabens war das ganze Land mit einem Schwerpunkt auf vulnerable Gruppen, insbesondere Frauen, Kinder und Populationen in peripheren Regionen. Abbildung 1 zeigt eine Karte von Bangladesch inkl. der acht Verwaltungseinheiten. Hervorgehoben sind die Projektregion und die Pilot-Upazilas der Krankenversicherung.

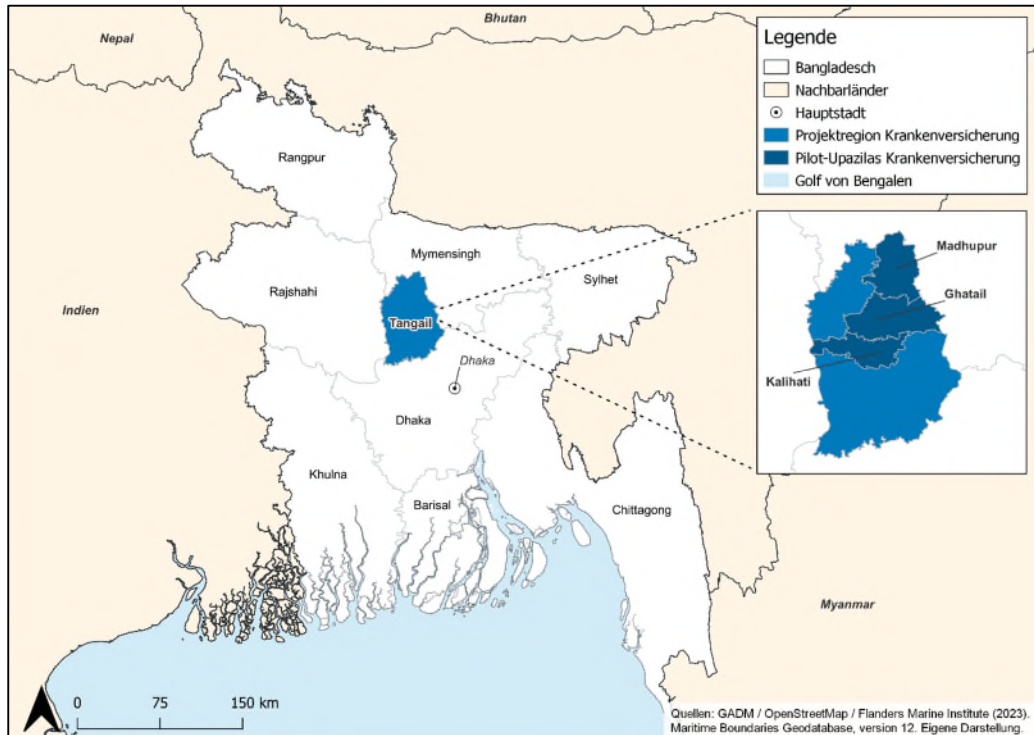


Abbildung 1 Karte von Bangladesch.

Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

Relevanz

Ausrichtung an Politiken und Prioritäten

Das sektorweite Programm HPNSDP adressierte sowohl die Verbesserung der Gesundheit durch spezifische Maßnahmen (z.B. in den Bereichen reproduktive Gesundheit, Kindergesundheit, Ernährung) als auch die Verbesserung des Gesamtsystems (z.B. durch Maßnahmen im Beschaffungswesen und Finanzmanagement). Die Komponenten standen in der Tradition der Vorläuferprogramme und deckten weitestgehend die damals erkannten Bedarfe ab. Die Maßnahmen erscheinen auf Basis der Erfahrungen in Bangladesch und in vergleichbaren Ländern grundsätzlich geeignet, um die Ziele der nationalen Gesundheitspolitik zu erreichen.

Die FZ-Vorhaben waren integraler Bestandteil von HPNSDP, so dass die Ziele der FZ-Vorhaben und des SWAp identisch waren. Eine Trennung der FZ-Vorhaben vom gesamten SWAp ist daher nicht möglich. Zuerst ist festzuhalten, dass Ziele, Maßnahmen, Umsetzung und Ergebnisse des HPNSDP und des FZ-Beitrages vollständig den Leitlinien der internationalen Gesundheitspolitik und der deutschen Entwicklungszusammenarbeit entsprachen, d.h., sie standen im Einklang mit den Zielen der *Universal Health Coverage* (UHC) und mit den Prinzipien der Alma Ata Deklaration sowie der Ottawa Erklärung. Weiterhin entsprach der SWAp den MDGs bzw. *Sustainable Development Goals* (SDGs), insbesondere SDG 3 aber auch SDG 1, SDG 2 und SDG 5.⁶

Weiterhin folgte HPNSDP dem Zielbild der Armutsbekämpfung, der Reduzierung von Ungleichheiten, der Geschlechtergleichstellung und der Inklusion deutscher Entwicklungszusammenarbeit [13]. Auch wenn prinzipiell

⁶ Vgl. hierzu auch Kapitel „Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen“.

die Gesamtbevölkerung des Landes die Zielgruppe darstellte, waren viele Maßnahmen explizit auf Frauen, Kinder, Menschen in peripheren Regionen oder andere Vulnerable ausgerichtet und grundsätzlich geeignet, Disparitäten in Gesundheit und Gesundheitsversorgung abzubauen. Schließlich stand HPNSDP vollständig in einer Linie mit den nationalen Gesundheitspolitiken, so wie es für ein Sektorprogramm, das primär von der Regierung getragen wird, zu erwarten war.

Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Bangladesch ist das Land mit der höchsten Bevölkerungsdichte der Welt, wenn man Stadt- und Mikrostaaten vernachlässigt. Hieraus resultieren zahlreiche Probleme (z.B. Luftverschmutzung, erhöhtes Risiko von Infektionskrankheiten, chronisch-degenerative Erkrankungen), die bei gegebenem Gesundheitsbudget zu einer Verschlechterung der Gesundheit der Bevölkerung führen. Insbesondere die Mega-City Dhaka⁷ birgt große gesundheitspolitische Herausforderungen, die häufig noch unzureichend adressiert werden. Tabelle 2 zeigt die zentralen Problembereiche des Gesundheitswesens von Bangladesch. Es wird deutlich, dass HPNSDP zahlreiche der Probleme explizit adressierte.

Tabelle 2 Zentrale Probleme des Gesundheitswesens von Bangladesch.

Problembe- reich	Problem	Beschreibung
Rahmendaten	Bevölkerungs- dichte	Bangladesch ist das Land mit der höchsten Bevölkerungsdichte der Welt (mit Ausnahme der Stadtstaaten) [1]
	Disparität	Für Vulnerable (Arme, Frauen, Kinder, Menschen in abgelegenen Regionen, Minderheiten) ist der Zugang zu einer leistungsfähigen und qualitätsgesicherten Basisgesundheitsversorgung eingeschränkt
	Dezentralisie- rung	Dezentralisierung kam kaum voran (<i>Local Level Planning</i> scheiterte)
	Urbanisierung	Megastädte mit spezifischen Gesundheitsproblemen (<i>Non Communicable Diseases</i> (NCDs), Durchfallerkrankungen, Hörverlust, Stress, ...: <i>Urban Health</i>)
Regulierung	Kooperation und Regulie- rung	Der Privatsektor sowie der NGO/NPO-Sektor sind unzureichend reguliert; Kooperation (z.B. <i>Public-Private-Partnership</i>) findet wenig statt
	Pharmamarkt	Unzureichende Regulierung, teilweise deutlich höhere Preise als auf dem Weltmarkt
	<i>Occupational Health</i>	Der öffentliche und private Gesundheitsschutz für Mitarbeiter insb. in Fabriken ist bislang gering
Epidemiologie	Infektions- krankheiten	Zunehmende Ausbreitung von Dengue und anderen Infektionskrankheiten; Corona-Pandemie
	<i>Non Commu- nicable Dise- ases</i>	Starke Zunahme von Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes etc. [1]. Bangladesch hat eine deutlich höhere Diabetes Prävalenz als andere Länder der Region
	Klimaschäden	Erhebliche Gesundheitsprobleme durch Überflutungen
	Flüchtlings- krise	Gesundheitsversorgung instabiler Populationen
Governance	Evidenzbasie- rung	Daten werden nur unzureichend für Managemententscheidungen verwendet
	Wartung, Er- haltung der Infrastruktur	Unterhaltung der Infrastruktur und der medizinischen Geräte unzureichend
	Beschaffungs- wesen	Unzureichende und teure Medikamentenversorgung
	Personalma- nagement	unzureichende Quantität, Qualifikation und Motivation der Mitarbeiter, suboptimale Zuweisung von Personal und Disparitäten der Personalausstattung ⁸
	Finanzma- nagement	Die Finanzmanagementreform des Landes hat noch wenig Auswirkungen auf den Gesundheitssektor (<i>Strengthening Public Expenditure Management Programme</i> (SPEMP). Weltbank, DFID, EU) ⁹

⁷ Dhaka ist die Hauptstadt von Bangladesch und die größte Stadt des Landes. Sie gilt als die neuntgrößte Stadt der Welt und mit einer Dichte von 38.000 Einwohner pro qkm als eine der am dichtesten besiedelten Städte der Welt. Die „Kernstadt“ hat eine Bevölkerung von mehr als 10 Millionen Einwohner, die Metropolregion Dhaka von mehr als 22 Millionen Einwohner.

⁸ “The Bangladesh health system is facing several challenges including severe shortages across the health workforce. With a total population of 162.7 million, the number of registered physicians per 10,000 population was 6.33 (according to MoHFW data for 2016); the number of doctors working under the Directorate General Health Services (DGHS) per 10,000 population was 1.28; the number of medical technologists working under DGHS per 10,000 population was 0.32; and the number of community and domiciliary health workers working under DGHS per 10,000 population was 2.13.” [14].

⁹ Vgl. [15]

	Investitionsplanung	Neuinvestitionen in die Infrastruktur erfolgen weitgehend nach normativen Gesichtspunkten (z.B. Krankenhausbetten pro Bevölkerung) und sind primär auf politisch sichtbare Kapazitätserweiterung ausgerichtet
	Gesundheitsfinanzierung	Unzureichende Finanzierung; katastrophale Gesundheitsausgaben seit der Einführung von Nutzungsgebühren in den Gesundheitseinrichtungen
	Überlappung der Ministerien und Konkurrenz	Überschneidung von Verantwortung: <i>Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW)</i> <i>Ministry of Local Government, Rural Development and Cooperatives (MoLGRDC) City Corporations</i>
	Management von Gesundheitseinrichtungen	Fehlende Managementausbildung, geringe Autonomie

Quelle: Eigene Darstellung. Siehe auch KoboToolbox Erhebung im Anlagenband (insb. Frage 7-8, 10-15)

Einige epidemiologische Besonderheiten führen ebenfalls zu aktuellen und voraussichtlich zukünftigen Problemen. Hier ist insbesondere die überdurchschnittlich hohe Rate von Diabetes Mellitus Typ 2 (DMT2) zu nennen. Die *International Diabetes Federation* schätzt, dass im Jahr 2023 allein 12,5 % der erwachsenen Bevölkerung, und damit über 13 Mio. Einwohner, DMT2 hatten [16]. Mehr als 61 % sind sich dessen vermutlich gar nicht bewusst. Selbstredend nimmt auch in Bangladesch das DMT2-Risiko mit Alter, Bewegungsmangel und Übergewicht zu; Männer haben häufiger Diabetes als Frauen. Auffällig ist allerdings, dass das Risiko in der höchsten Einkommensklasse deutlich höher ist als in den Armutsgruppen. Gleichzeitig stellt der Wohnort Dhaka ein erhöhtes Risiko dar [17]. Die steigende Tendenz geht mit einer starken Zunahme von Übergewicht einher. In einer umfassenden Erhebung von 2019 konnte eine Adipositasprävalenz, gemessen an einem *Body-Mass-Index* (BMI) von ≥ 30 , von 18,2 % der Erwachsenen (Frauen: 25,2 %; Männer: 12,2 %) mit einer Häufung in Städten (21,7 %) gegenüber den entlegeneren Regionen (13,8 %) [18] beschrieben werden. Die *World Obesity Federation* schätzt die erwarteten Anstiege als sehr hoch ein [19]. Erstaunlich ist, dass Bangladesch die höchsten DMT2-Werte der Region aufweist.¹⁰ Diese Problematik, die bereits bei der Prüfung der FZ-Vorhaben bestand bzw. vorhersehbar war, war damals noch nicht adäquat im übergeordneten Sektorprogramm HPNSDP adressiert worden.

Neben der Gesundheit der städtischen Bevölkerung stellt und stellt auch die Versorgung der Bevölkerung in ländlichen und insbesondere peripheren Regionen eine große Herausforderung dar. Hierfür exemplarisch stellt Abbildung 6 in Anlage 2 die Verteilung von Impfungen (vollständige Impfabdeckung ab 12 Monate per Distrikt) und Erkrankten an Masern dar.¹¹ Es wird deutlich, dass es erhebliche Abweichungen zwischen den Distrikten gab, wobei nicht erwartungsgemäß Städte immer besser abschneiden als ländliche Regionen. Vielmehr sind vulnerable Gruppen (insbesondere Arme in den Slums) in Städten schlechter versorgt sowie häufiger krank als Menschen im zugänglichen ländlichen Raum, während weiterhin grundsätzlich die Problematik der Versorgung und die Erkrankungsrate mit zunehmender Peripherie zunimmt.

Die Disparität wird zum Teil durch die Nutzergebühren in den Gesundheitseinrichtungen verursacht, die auch zu katastrophalen Gesundheitsausgaben führen (*catastrophic health expenditure*, CHE). Wie Abbildung 2 und Abbildung 3 zeigen, stiegen die direkten Nutzergebühren (*out-of-pocket expenditure*, OOP) von 2011 bis 2021 als Anteil an den Gesundheitsausgaben von 68,18 auf 772,99 % an, absolut von 50,23 auf 112,09 US\$ [1]. Bangladesch ist damit eines der Länder mit den höchsten relativen Nutzergebührenanteilen der Region und weltweit.¹² Die Weltbank geht davon aus, dass 55,3 % aller Patienten mit chirurgischen Eingriffen katastrophale Ausgaben erleiden [1]. Die Reduktion von OOP-Ausgaben war jedoch nicht explizit Gegenstand des HPNSDP und spiegelte sich demzufolge auch nicht in den Indikatoren wider.

¹⁰ Indien: 8,3 %; Nepal: 6,3 %; Bhutan: 10,4 %; Myanmar: 6,6 % [20].

¹¹ Inzidenz pro 1 Mio. Population per Distrikt; beide Daten von 2020; [21].

¹² Datenstand (latest) 2022: Indien: 50,6 %; Nepal: 54,2 %; Bhutan: 15,4 %; Myanmar: 78,2 %; South Asia: 53,4 %; World: 16,4 % [1]

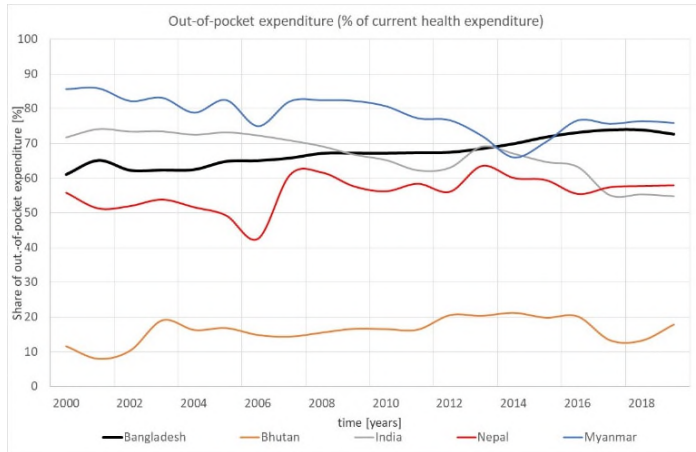


Abbildung 2 Anteil der direkten Nutzergebühren an den Gesamtausgaben für Gesundheit. Quelle: [1]

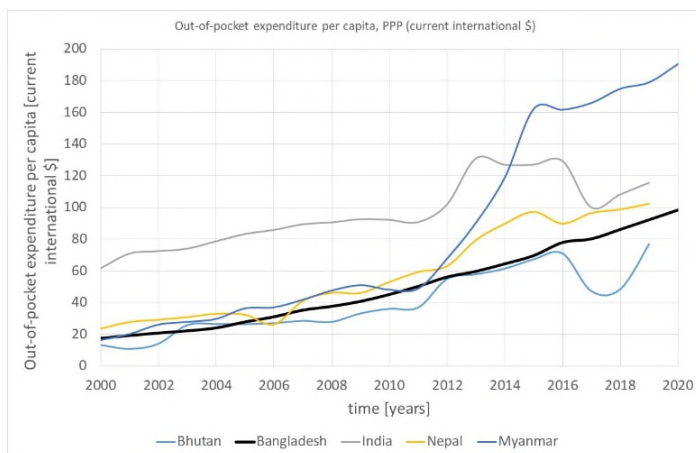


Abbildung 3 Direkten Nutzergebühren für Gesundheit, absolut, PPP. Quelle: [1]

Der SWAp adressiert explizit die Disparität der Gesundheit und Gesundheitsversorgung, indem die Indikatoren auf die ärmeren Quintile¹³, bestimmte Regionen oder Erkrankungen abstellt, d.h. auf Bevölkerungsgruppen, deren ungedeckte Bedarfe besonders ausgeprägt und deren Kapazitäten gering sind. Innerhalb der Gruppe der Vulnerablen stellen Frauen die größte Gruppe dar. Die Genderwirkungspotentiale des Vorhabens werden als positiv erachtet, d.h. ein vergleichsweise großer Anteil der SWAp-Komponenten adressiert Frauen, insbesondere im gebärfähigen Alter. Auch das Portfolio der vom Staat garantierten kostenlosen Gesundheitsdienstleistungen (*Basic Package*) fokussiert klar die Gesundheit von Müttern und Kindern.

Zusätzlich hat die Regierung von Bangladesch versucht, eine Krankenversicherung einzuführen.¹⁴ Das „*Social Health Protection Scheme*“ wurde zuerst in drei Pilot-Upazilas¹⁵ (Kalihati, Ghatail und Madhupur) eingeführt. Arme Haushalte wurden registriert und mit Gesundheitskarten ausgestattet, um bis zu einem Betrag von 50.000 Bangladeschische Taka per Haushalt (damals ungefähr 570 EUR) Gesundheitsleistungen ohne Gebühren in Anspruch nehmen zu können. Stand Februar 2024 hat sich die Versicherung in 12 Upazilas innerhalb von Tangail¹⁶ Distrikt ausgebreitet. Von 158.695 Haushalten, die als arm gelten, wurde 150.980 eingeschlossen, was etwa 603.489 Einwohnern bzw. 14,9 % der Bevölkerung von Tangail Distrikt bzw. 0,4 % der Bevölkerung von Bangladesch entspricht.¹⁷ Die Problematik der – insbesondere für die arme Bevölkerung - viel zu hohen Nutzergebühren wurde somit pilotmäßig im Tangail Distrikt adressiert, die Ergebnisse finden sich im Kapitel Effektivität.

¹³ Untere Einkommensgruppe in Bangladesch (20 %)

¹⁴ Die FZ hat mit der Begleitmaßnahmen BMZ Nr. 2010 70 523 einen wichtigen finanziellen Beitrag geleistet. Insbesondere wurden dadurch die Beratungsleistungen von *Oxford Policy Management* (OPM) und *Management4Health* (m4h) (Mai 2015-Mai 2018) finanziert.

¹⁵ Als Upazila bezeichnet man in Bangladesch ein Amt als Einheit unterhalb des Distrikts.

¹⁶ „Tangail district is located in the central region of Bangladesh and is the largest district of Dhaka division by area and second largest by population size [...]. The district consists of twelve Upazilas namely Tangail Sadar, Saidpur, Basil, Madhupur, Ghatail, Kalihati, Nagpur, Mirpur, Gopalpur, Delduar, Bhuapur and Dhanbari.“ [22]

¹⁷ Der Einschluss erfolgte freiwillig, so dass nicht alle einschlussberechtigten Haushalte wirklich eingeschlossen wurden.

Angemessenheit der Konzeption

Die deutsch-bangladeschische Zusammenarbeit im Gesundheitssektor verfolgte das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel, einen Beitrag zur Unterstützung der nationalen Gesundheitspolitik, der Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung und zu einem besseren Gesundheitszustand zu leisten. Das Programmziel des HPNSDP war die verbesserte Verfügbarkeit und Nutzung von patientenorientierten, effektiven, effizienten, fairen, preiswerten, allgemein zugänglichen und qualitativ guten Dienstleistungen für Gesundheit, Familienplanung und Ernährung. Diese Zielsetzung ist zweifelsohne nach wie vor vollständig angemessen und relevant. Auch die Wirkungslogik ist unverändert plausibel für das Gesundheitswesen in Bangladesch. Allerdings muss beachtet werden, dass eine vollständige Abbildung des Wirkungssystems bei einem gesamten Sektorprogramm grundsätzlich nicht möglich ist, weshalb hier nur eine rudimentäre Beschreibung des hoch-komplexen Ansatzes erfolgen kann.

Auf oberster Ebene sind die Gesundheitswirkungen (Impact) anzusetzen, die hier exemplarisch dargestellt werden. Der Impact basiert auf verbesserten Gesundheitsdienstleistungen (Outputs) und deren Nutzung (Outcome), der nicht nur vom Input an Ressourcen, sondern gerade auch von der Schnelligkeit und Zielorientierung der Koordination der Gesundheitsdienste und der ressourcenlenkenden Prozesse in Ministerien und Geberorganisationen abhängt. Grundlegend ist hierbei der Wille zum Politikdialog zwischen den Gebern und der Regierung. Hieraus können Formate, Foren und Regelungen erwachsen, aber auch Vertrauen und Harmonisierung innerhalb des Sektors, was wiederum eine schnellere Abstimmung ermöglicht. Durch den Erfolg der Korbfinanzierung kann vice versa die Ownership der Regierung für das ganze Programm und die Sichtbarkeit des Gesundheitswesens in der Regierung steigen. Zentral ist hierbei, dass der Politikdialog über Vertrauen, Schnelligkeit und Ownership als Moderator auf den Erfolg der Maßnahmen einwirkt. Die Maßnahmen wären tatsächlich auch für sich allein, d. h. ohne Sektordialog im Rahmen des SWAp möglich, aber der Moderatoreffekt verstärkt ihre Wirkung und beschleunigt ihr Wirksamwerden:

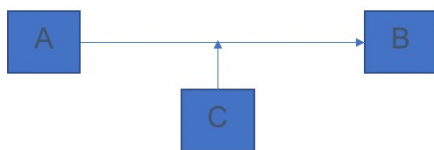


Abbildung 4 Moderatoreffekt (A: Ursache; B: Wirkung; C: Moderator). Quelle: Eigene Darstellung.

Der Moderator verstärkt die Wirkung der exogenen Variable A auf die endogene Variable B. Beispielsweise wird die Wirkung einer Investition in Höhe von X auf den Indikator „Anteil von sicheren Entbindungen“ dadurch verstärkt, dass die eingesetzten Mittel mit anderen Maßnahmen (z.B. Landeskrankenhausplanung) gut abgesprochen sind und keine Reibungsverluste entstehen.

HPNSDP hat sich selbst ein sehr umfassendes Indikatorensystem gewählt. Letztlich wurden auf allen Ebenen insgesamt 158 Indikatoren für die OP beider Handlungsfelder (1) Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen und (2) Stärkung des Gesundheitssystems festgelegt, deren Erreichung jährlich im *Pooled Fund Committee* analysiert und sowohl von der Weltbank als auch von der Regierung von Bangladesch abschließend bewertet wurden. Hierfür liegt der Abschlussbericht der Weltbank vom Dezember 2017 [23] und der Regierung vom März 2017 [24] vor. Abbildung 5 zeigt als Kopie aus dem Abschlussbericht der Weltbank das System aus Aktivitäten, Outputs, Outcomes und Impact, Anlage 5 die Einzelmaßnahmen des HPNSDP.

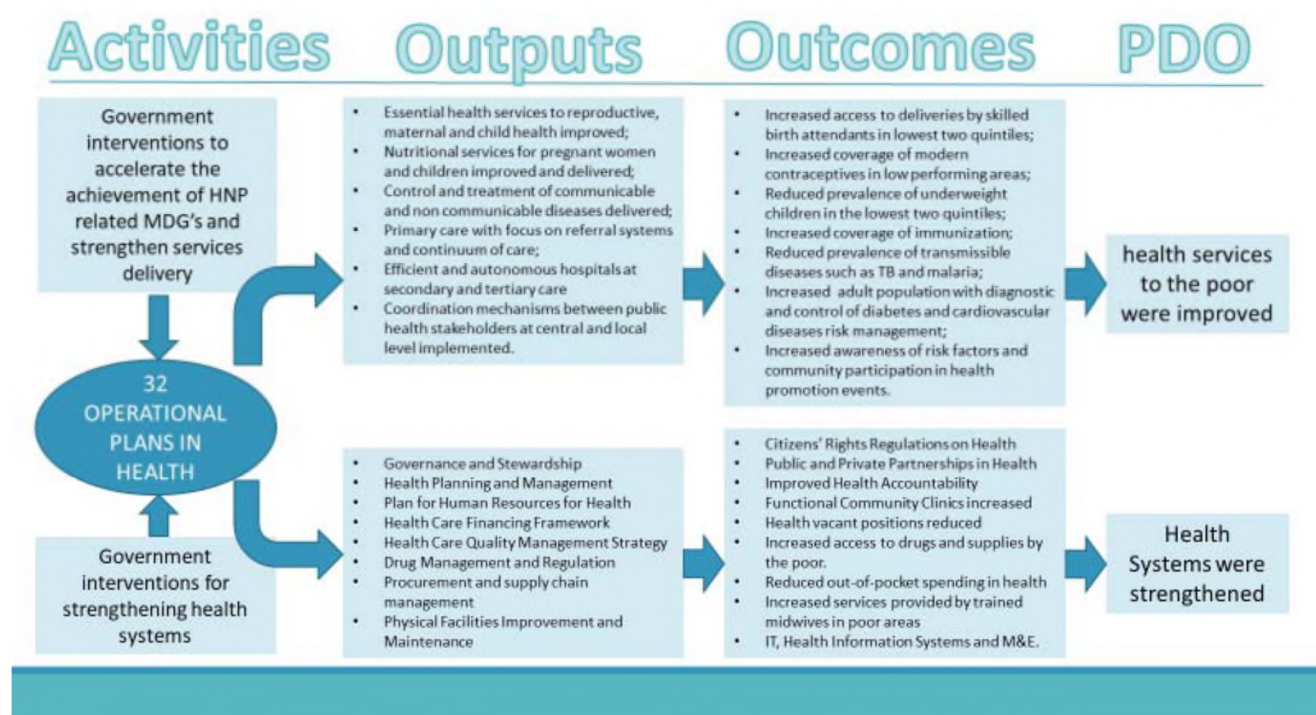


Abbildung 5 Aktivitäten – Outputs – Outcomes – Project Development Objectives. Quelle: [23]

Die abschließende Evaluierung [23] der Weltbank stellt fest, dass die Maßnahmen grundsätzlich geeignet waren, die wichtigsten Gesundheitsprobleme in Bangladesch zu adressieren. Ebenso wurde die Eignung des SWAp für Harmonisierung und Akzeleration der Maßnahmen in der Literatur untersucht und explizit für Bangladesch bejaht [25-27].

Im Rahmen dieser EPE sollen exemplarisch acht Outcome-Indikatoren untersucht werden, welche charakteristisch für das Programm sind und eine entsprechende Relevanz für die Impact-Indikatoren haben. Die ersten vier beziehen sich auf Komponente 1, die drei folgenden auf Komponente 2 und der letzte Indikator auf die im Rahmen der Begleitmaßnahme eingeführte Krankenversicherung *Shasthyo Shurokhsha Karmasuchi* (SSK), vgl. Tabelle 3 im Kapitel Effektivität. Hierbei wurde das Outcome-Ziel des HPNSDP auch für die Begleitmaßnahme (BMZ-Nr. 2010 70 523) übernommen, allerdings zunächst ohne eigenen Indikator. Für die Abschlusskontrolle wurde ein Indikator zur Zielerreichung bestimmt, welchen wir als Indikator 8: „Zahl der versicherten Haushalte in Pilotunterdistrikten“ in diese EPE aufgenommen haben. Unter dieser Krankenversicherung wurden bis 2023 150.980 arme Haushalte registriert und mit einer Versicherungskarte ausgestattet, sie konnten damit bis zu einem Betrag von 50.000 Taka (ca. 570 EUR) pro Jahr vorab definierte Gesundheitsleistungen in angeschlossenen Krankenhäusern in Anspruch nehmen.

Der SWAp selbst setzt vor allem eine gute Koordination zwischen externen Entwicklungspartnern undnehmern gemäß den Deklarationen von Paris und Accra voraus. Die „Ownership“ der Regierung von Bangladesch sollte erhöht, die Gesundheitspolitik an den Standards der internationalen Entwicklungspolitik ausgerichtet, die Effizienz der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitswesen gesteigert, die Transaktionskosten reduziert und die gegenseitige Verantwortlichkeit erhöht werden. Auch diese Zielsetzung ist nach wie vor höchst relevant. Ein SWAp-spezifischer Indikator, welcher beispielsweise die Abstimmungsgeschwindigkeit innerhalb der Partner und mit der Regierung von Bangladesch misst, wurde allerdings nicht explizit formuliert.

Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit

Der SWAp HPNSDP musste während der Umsetzung nicht maßgeblich angepasst werden. Die Folgeprogramme mussten jedoch ihre Anpassungsfähigkeit zeigen, da zwei externe Schocks zwangen, flexibel und schnell zu reagieren. Die Absprachen zwischen den Gebern und der Regierung während der Corona-Pandemie 2020/21 verliefen relativ reibungslos und auch bei dem rapiden Zustrom von Rohingya-Flüchtlingen konnte die Regierung mit Hilfe der Partner schnell reagieren. Dies wurde von Gesprächspartnern auch (jedoch nicht vollständig und nicht

von allen) dem aufgebauten Vertrauen durch den SWAp zugewiesen, wobei insbesondere die gemeinsam eingeführten Abstimmungsformate maßgeblich für die Schnelligkeit und Wirksamkeit der Maßnahmen verantwortlich waren.

Zusammenfassung der Benotung:

Zusammenfassend kann man schließen, dass die Maßnahmen und Ziele des HPNSDP – und damit auch der korbbfinanzierenden FZ-Vorhaben – weiterhin relevant sind. Es ist plausibel, dass das gewählte Instrument der Korbbfinanzierung als Verstärker und Beschleuniger (Moderatoreffekt) geeignet war. Die Relevanz entspricht damit den Erwartungen und wird mit gut, d.h. erfolgreich bewertet.

Relevanz: 2 (gilt für alle Vorhaben)

Kohärenz

Interne Kohärenz

TZ und FZ haben effektiv und effizient zusammengearbeitet, d. h., es ist von einer hohen internen Kohärenz zwischen den hier evaluierten Vorhaben und den weiteren Aktivitäten der deutschen EZ auszugehen¹⁸. Die Instrumente der FZ und TZ griffen gut ineinander und ergänzten sich gegenseitig. Es wurde in den Interviews mehrfach angesprochen, dass FZ und KfW als „gemeinsam“ wahrgenommen wurden. Der Schwerpunkt des HPNSDP (SWAp III) in den Bereichen Familiengesundheit, Distriktgesundheit und Kapazitätsaufbau findet sich bei beiden Institutionen in allen Projekten, wobei sich die TZ insbesondere in der Entwicklung einer Gesundheitsfinanzierungsstrategie, dem Qualitätsmanagement und im Bereich Gesundheitsinformationssysteme engagierte.

Tabelle 10 in Anlage 2 fasst die weiteren Einzelprojekte der deutschen EZ im Umfeld des HPNSDP zusammen. Es zeigt sich, dass die in dieser EPE zu evaluierenden FZ-Vorhaben auf den vorhergehenden Vorhaben der FZ basieren, die insbesondere zu den vorausgehenden SWAps beigetragen haben. Während der Regierungsverhandlungen am 24./25. Oktober 2016 in Berlin und damit mit Ende des HPNDSP, wurde entschieden, dass keine neuen Vorhaben im Gesundheitssektor in Bangladesch von der deutschen EZ unterstützt werden.¹⁹ Dies wurde von der Partnerregierung und den anderen Gebern sehr bedauert. Die FZ-Vorhaben seitdem sind nur teilweise bzw. indirekt dem Gesundheitssektor zuzuordnen (z.B. Trinkwasserversorgung), gehören zu den Corona-Soforthilfen oder zur Flüchtlingshilfe.

Die Programme des SWAp Gesundheit sowie der Krankenversicherung sind vollständig konsistent mit den internationalen Normen und Standards, zu denen sich auch die deutsche Entwicklungszusammenarbeit bekennt, insbesondere das Recht auf Gesundheit [13], Gleichberechtigung [29] und Klimaschutz [30]. Gesundheit und Gleichberechtigung mit der starken Förderung von Müttergesundheit sind hierbei stark ausgeprägt.

Externe Kohärenz

Die externen Entwicklungspartner sollten 20 % der Gesamtkosten bzw. 65 % der Investitionskosten übernehmen. Insgesamt sollten 874,9 Mio. US\$ durch externe Entwicklungspartner bereitgestellt werden, d.h. 508,9 Mio. US\$ durch einen SWAp-Korb (*Multi Donor Trust Fund* (MDTF) von Weltbank, Kanada, Schweden, Australien, England, Deutschland) und 365 Mio. US\$ durch einen *Single Donor Trust Fund* (insb. USAID). Der SWAp wurde kurz vor Laufzeitende im Juni 2016 um ein Jahr verlängert und um 150 Mio. US\$ ausschließlich seitens der Weltbank aufgestockt. Die GIZ war als Partner assoziiert, ihre Mittel flossen jedoch nicht in die SWAp-Budgetierung ein.

Es liegt kein abschließender Rechnungsprüfungsbericht vor, welcher die tatsächlich bezahlten Beträge ausweist. Die Weltbank hat in ihrem Abschlussbericht lediglich ihre eigenen Investitionen aufgeschlüsselt, das Finanzministerium hat keine Berechnung der Kosten in US\$ gegeben. Durch Wechselkursschwankungen können erhebliche Abweichungen auftreten.

¹⁸ Es sind dies die Vorhaben mit den BMZ-Nrn. 200366237, 200366237, 200570424, 200570424, 201021971, 201065358, 201065358, 201070523, 201070523, 201366236 und 201366236 gemäß Tab.10 in Anlage 2.

¹⁹ In Schwerpunktpartnerländern sollen bis zu drei Schwerpunkte gewählt werden [28] Bei den Regierungsverhandlungen wurde gemeinsam festgelegt, dass dies für Bangladesch „Schutz unserer natürlichen Lebensgrundlagen“, „Nachhaltige Wirtschaftsentwicklung, Ausbildung und Beschäftigung“ sowie „Klima und Energie, Just Transition“ sind. Gesundheit und soziale Sicherung konnten folglich nicht mehr in das Portfolio aufgenommen werden. Die Gründe waren den Gesprächspartnern jedoch überwiegend unbekannt. Wichtig ist zu betonen, dass die Beendigung des Engagements im Gesundheitssektor in keinem Zusammenhang zur Performance des HPNSDP gesehen wird.

HPNSDP wurde sowohl von der Weltbank [23] als auch von der Regierung von Bangladesch [23] bzgl. Outcomes, Impacts, Prozessen und Finanzierung bewertet. Beide Evaluierungen kommen zu dem Schluss, dass die Regierung von Bangladesch und die Geber in dieser Phase sehr produktiv und stringent zusammengearbeitet haben. Auch wissenschaftliche Studien über die verschiedenen SWApS in Bangladesch ziehen eine positive Bilanz [25, 26, 31, 32]. Verbesserungswürdig erscheinen den Wissenschaftlern die Harmonisierung und Abstimmung sowie die Bereiche *Monitoring & Evaluation* (M&E) – eine Wertung, die durch die von uns durchgeführten Interviews nicht belegt werden konnte, denn in diesen wurde der SWAp überwiegend positiv bewertet. Die meisten Gesprächspartner legten Wert darauf, dass die Essenz des SWApS in der Abstimmung läge, die so effektiv und überzeugend gewesen sei, dass auf den HPNSDP ein Nachfolgeprogramm konzipiert und durchgeführt wurde. Insgesamt zeigte sich, dass Sektorprogramme mit Korbfinanzierung grundsätzlich geeignete Instrumente zur Harmonisierung und Abstimmung auf sektorialem Niveau sind.

Der SWAp IV wurde ursprünglich für die Periode 2017 bis 2022 konzipiert und bis Juni 2024 verlängert. Er schloss damit unmittelbar an das auf FZ-Mitteln kofinanzierte HPNSDP (= SWAp III) an. Das Impact-Ziel des SWAp IV ist deckungsgleich mit dem Ziel des HPNSDP und wird definiert als *"to ensure that all citizens of Bangladesh enjoy health and well-being by expanding access to quality and equitable healthcare in a healthy and safe living environment"*.²⁰ Die wichtigsten externen Entwicklungspartner waren erneut die Weltbank, Schweden, DFID und andere Partner, die bereits im SWAp III HPNSDP den Korb mitfinanzierten, Deutschland ausgenommen. Auch die Komponenten des SWAp IV sind denen von HPNSDP sehr ähnlich, es wurden allerdings „Disbursement Linked Indicators“ (DLI) eingeführt, d.h., beim Erreichen eines vorgegebenen Zieles (z.B. Impfquote Masern, Abnahme des strategischen Investitionsplans) wurde ein vorher vereinbarter Betrag transferiert.

Die Planungen für den SWAp V²¹ (erneut ein SWAp mit Korbfinanzierungsmechanismus) sind praktisch abgeschlossen. Er sollte ab Juli 2024 zwar voraussichtlich der letzte in Bangladesch sein - die Koordinationsmechanismen sollen zur Stärkung der Kohärenz jedoch beibehalten werden. HPNSDP wird als zentral dafür angesehen, die Wege hierfür gebahnt und Prozesse entwickelt zu haben. Insgesamt sind die Geber mit dem sektorweiten Zugang und der Methodik der Korbfinanzierung sehr zufrieden. Sie gehen allerdings davon aus, dass der SWAp V der letzte gemeinsame SWAp mit großer finanzieller Beteiligung der Geber sein wird, da Bangladesch sich wirtschaftlich weiterentwickelt hat, so dass in Zukunft keine umfassenden finanziellen Hilfen mehr nötig sein werden. Einige externen Entwicklungspartner sehen jedoch nach wie vor einen Bedarf an technischer Beratung.

Dem Wesen des SWAp entspricht es, dass die Interventionen und Prozesse konsistent mit der offiziellen Politik des Landes sowie der Partner sind. So sind die Komponenten des HPNSDP²² identisch mit den Zielen der WHO [33], der USAID [34] und der Weltbank [35]. **Der Kern des SWApS ist hierbei der Sektordialog, in den die externen Entwicklungspartner untereinander sowie mit der Regierung von Bangladesch getreten sind.** Dieser Dialog bestand in einem regelmäßigen Austausch sowie einer Reihe von Institutionen und Prozessen. Die externen Entwicklungspartner trafen sich monatlich zum Informationsaustausch, zur Abstimmung und zur gemeinsamen Priorisierung (*Development Partner Consortium*). U.a. wurden im Konsortium neue Initiativen besprochen, wie z.B. das SSK-Projekt²³ zur Einführung einer Krankenversicherung. Die Koordination umfasste nicht nur die Einzahler in den Korb, sondern explizit auch die technische Zusammenarbeit. Der Sprecher des Konsortiums vertrat die Entwicklungspartner gegenüber dem MoHFW. Auch die KfW hatte während HPNSDP den Vorsitz des Konsortiums inne.

Zusätzlich gibt es die *Local Consultative Group Health* (LCGH), in der unter Vorsitz des Gesundheitsministers (oder seines Generalsekretärs) alle Abstimmungen zwischen dem *Government of Bangladesh* (GoB) und externen Entwicklungspartnern erfolgen. Sie trifft sich halbjährlich und teilt sich in verschiedene Arbeitsgruppen auf (z. B. Familienplanung). Die Zufriedenheit der Interviewpartner mit der LCG ist hoch.

Innerhalb von HPNSDP stellt der Korb der Gemeinschaftsfinanzierung das zentrale Instrument dar. Das entsprechende Treuhandkonto wurde von der Weltbank verwaltet, der Korb wurde in Bangladesch als *Multi Donor Trust Fund* bezeichnet. Das *Pooled Fund Committee* analysierte die Ergebnisberichte der Weltbank und entschied über die Finanzierungsfähigkeit von Ausgaben. Mit dem Finanzministerium (und dem MoHFW) wurde ein *Joint Financing Arrangement* (JFA) als vertragliche Grundlage für die SWAp-Finanzgeber geschlossen. GoB und die Geber einigten sich jährlich über die entsprechenden Finanzflüsse. Die jährliche Fortschrittskontrolle und die Buchprüfung (*Annual Program Review*, APR) erfolgte durch die Weltbank, das *Pooled Fund Committee*, das

²⁰ <https://openaid.se/en/activities/SE-0-SE-6-5217001001-BGD-12110>.

²¹ Vgl. <https://www.tbsnews.net/bangladesh/health/health-seeks-big-reforms-29-out-pocket-cost-cut-5-years-612510>.

²² Vgl. Abbildung 5 im Kapitel „Relevanz“.

²³ SSK: *Shasthyo Shuroksha Karmasuchi*, wörtlich „Gesundheitsschutzprogramm“.

MoHFW und die Audit-Abteilung des MoHFW. Andere Partner, die den SWAp unterstützen, aber nicht in den Pool einbezahlt haben (z.B. USAID insb. mit TB-Programmen), wurden assoziiert.

Die treuhänderische Risikokontrolle für den SWAp III (HPNSDP) übernahm die Weltbank und erhielt hierfür eine Gebühr in Höhe von 3,5 % des Finanzvolumens. Das Monitoring umfasste u.a. die Prüfung von Ausschreibungsunterlagen, die Prüfung von Auftragsvergabeentscheidungen, das Monitoring des Finanzmanagements sowie die Analyse der Wirtschaftsprüferberichte. Nach Einschätzung der Interviewpartner erfolgte die Zusammenarbeit weitestgehend reibungslos, auch mit der Regierung von Bangladesch.

Das *Ministry of Local Government, Rural Development and Cooperatives* (MoLGRDC) war verantwortlich für die Bereitstellung von Basisgesundheitsdiensten in Städten. Die Abgrenzung zwischen beiden Ministerien führte nach Aussagen der Interviewpartner zu Abstimmungsschwierigkeiten. Insgesamt hatte das MoHFW für den SWAp III einen Koordinationsbedarf mit neun weiteren Ministerien, was mitunter eine Herausforderung darstellte.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass der Beitrag der deutschen Entwicklungszusammenarbeit notwendig und sinnvoll war, um die Ziele des HPNSDP zu erreichen, die wiederum vollständig den internationalen, deutschen und bangladeschischen Zielstellungen entsprechen. Im Zeitraum des HPNSDP wäre die Regierung von Bangladesch noch nicht in der Lage gewesen, die notwendige Finanzierung des Gesundheitssektors aus eigener Kraft zu stemmen und insbesondere die Investitionsbudgets ausreichend zu finanzieren. Mit Hilfe dieses FZ-Beitrags wurde die Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen, insbesondere der Vulnerablen verbessert, wie es den Zielsetzungen der WHO, der Vereinten Nationen und den globalen Menschenrechten entspricht.

Zusammenfassung der Benotung:

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die Maßnahmen des HPNSDP mit den Eigenanstrengungen der Regierung von Bangladesch konsistent waren. Der umfassende Ansatz mit zahlreichen Gebern sowie die angewandten Instrumente und Prozesse implizierten eine hohe Kohärenz. Daraus resultierte eine vergleichsweise schnelle und wirkungsvolle Reaktionsfähigkeit der Gebergemeinschaft und des Gesundheitsministeriums auf externe Krisen, die von vielen Interviewpartnern hervorgehoben wurde. Wir nehmen an, dass die Korbfinanzierung die positiven Wirkungen des SWAp verstärkt hat. Die Kohärenz liegt damit über den Erwartungen und wird als sehr erfolgreich bewertet.

Kohärenz: 1 (gilt für alle Vorhaben)

Effektivität

Erreichung der (intendierten) Ziele

Gemäß Programmvorschlag war das Programmziel des HPNSDP die verbesserte Verfügbarkeit und Nutzung von patientenorientierten, effektiven, effizienten, fairen, preiswerten, allgemein zugänglichen und qualitativ guten Dienstleistungen für Gesundheit, Familienplanung und Ernährung. Hierzu dienten die Haupt-Komponenten 1) Verbesserung der Gesundheitsversorgung (57 % Anteil an den Gesamtkosten) und 2) Gesundheitssystemstärkung (43% Anteil an den Gesamtkosten), deren Einzelmaßnahmen in Anlage 5 genauer spezifiziert werden.²⁴ Die Zielerreichung wurde von der Weltbank im Jahr 2017 überwiegend als gut bewertet [23]: Über den gesamten Zeitraum wurden von den 158 Indikatoren und Unter-Indikatoren 102 Indikatoren vollständig, 32 teilweise erreicht. Lediglich 24 Indikatoren gelten als wenig (unter 50 %) oder nicht erreicht. Problematisch ist hierbei, dass vor allem Indikatoren der Systementwicklung das ansonsten sehr positive Bild trüben, insbesondere Personalmanagement, Entwicklung der physischen Gesundheitsinfrastruktur, Gesundheitsfinanzierung, Gesundheitsaufklärung, Dokumentation und Datenerfassung. Dies führte auch dazu, dass das Nachfolgeprogramm diese Indikatoren in dieser Form nicht mehr formulierte, sondern in allen Komponenten überwiegend auf *Disbursement Linked Indicators* überging. Demnach wurden Auszahlungen erst getätigt, wenn vorab bestimmte Ergebnisse erreicht wurden.

Wir haben uns für die vorliegende EPE auf die letztverfügbaren Indikatoren konzentriert, welche die beiden Haupt-Komponenten 1) Gesundheitsversorgung und 2) Gesundheitssystemstärkung am besten widerspiegeln. Hierbei sind die Indikatoren eins bis vier der Komponente 1) und die Indikatoren fünf bis sieben sowie der Indikator acht für die Begleitmaßnahme der Komponente 2) zuzuordnen. Vergleichsweise viele Werte sind nach 2017 (Ende der Verlängerung von HPNSDP bzw. Beginn des Nachfolgeprogramms HPNSP) nicht mehr verfügbar

²⁴ Vgl Anlage 5.

[23]. Da der Wechsel von SWAp III auf IV auch eine Veränderung der Indikatoren implizierte, wurden die vorherigen Indikatoren zum Teil nicht mehr aktualisiert. Dies betrifft vor allem Komponente 2. Untenstehende Tabelle 3 gibt die entsprechenden Indikatoren auf Outcome Ebene wieder, welche für das Vorhaben gewählt wurden und für die noch aktuelle Statistiken verfügbar sind.

Tabelle 3 Effektivität - Outcomes²⁵

Komponente	Indikator	Status bei PP	Zielwert lt. PP	Ist-Wert bei AK	Ist-Wert bei EPE
Komponente 1	(1) Nutzung von Kontrazeptiva (CPR; % Frauen im reproduktionsfähigen Alter (15-49 Jahre) [%])	62 %	72 %	63 %	64 % (2022) [36] nicht erreicht
	(2) Anteil sicherer Entbindungen (Geburten mit professioneller Betreuung) [%]	26 %	50 %	50 %	70 % (2021-22) [36] erreicht
	(3) Vitamin-A-Supplementierung (Anteil Kinder von 6-59 Monaten, die Vitamin A in den letzten 6 Monaten erhalten haben) [%]	83 %	90 %	99 %	97 % (2020) [1, 23] erreicht
	(4) Stillquote (Anteil Säuglinge, die bis 6 Monate ausschließlich gestillt werden) [%]	43 %	50 %	65 % (2018)	63 % (2019) [1, 23] erreicht
Komponente 2	(5) Zahl funktionsfähiger <i>Community Clinics</i>	10.323	13.500	13.194	15.126 (2023) [1, 23] erreicht
	(6) Anteil der rechtzeitig vorgelegten jährlichen Arbeitspläne und Budgets	0	100 %	100 %	100 % (2023) [1, 23] erreicht
	(7) Absorptionsrate der operativen Pläne > 80 %	45 %	100 %	60 %	45 % (2023) [1, 23] nicht erreicht
BM	(8) Einschlusszahlen (Haushalte) bei der Pilotierung der Krankenversicherung	0	AK: 100.000	77.000	150.980 (2023) [1, 23] erreicht

Quelle: AK, PV, [1, 23, 36].

Die Erreichung des Ziels auf Outcome-Ebene kann für die **Komponente 1 (Verbesserung der Gesundheitsversorgung)** wie folgt zusammengefasst werden:

Ad (1): Der Indikator misst die Nutzung von Kontrazeptiva bei Frauen im reproduktionsfähigen Alter von 15 bis 49 Jahre. Er entspricht dem Standardindikator „*Contraceptive Prevalence Rate*“ (CPR; %), wie er routinemäßig in Bangladesch erhoben wird. Es ist belegt, dass die Nutzung von Kontrazeptiva positive Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit, die Müttersterblichkeit und die Neugeborenensterblichkeit hat. Bei Projektprüfung lag der Wert bei 62 % und es wurde ein Anstieg auf 72 % angestrebt. Tatsächlich lag die CPR bei AK bei 63 % und im Jahr 2022 bei 64 %, d.h., der Zielwert dieses Indikators wurde nicht erreicht.

Ad (2): Der Indikator misst den Anteil von Entbindungen mit professioneller Betreuung. Die sichere Entbindung wirkt sich positiv auf die Sterblichkeit von Mutter und Kind aus.²⁶ Bei PV wurden nur 26 % der Geburten von professionellen Kräften betreut, im Jahr 2021-2022 lag der Wert bei 70 %, d.h., er hat sich mehr als verdoppelt und liegt damit deutlich über dem Zielwert von 50 %.

Ad (3): Der Indikator misst den Anteil von Kindern im Alter von 6-59 Monaten, die in den letzten sechs Monaten Vitamin-A-Supplementierung erhalten haben.²⁷ Vitamin-A-Mangel ist in Bangladesch ein Gesundheitsproblem, insbesondere bei Kindern unter fünf Jahren. Die entsprechende Supplementierung hat einen positiven Einfluss auf die Verhinderung der Säuglings- und Kindersterblichkeit, aber auch die Prävalenz chronischer Unterernährung und von Untergewicht gefährdeten Kindern wird unter Umständen positiv betroffen. Die Vitamin-A-Supple-

²⁵ Die epidemiologischen Statistiken beziehen sich auf das Kalenderjahr (Januar – Dezember), während die administrativen Daten auf das Haushaltsjahr (Juli – Juni) referieren.

²⁶ Neugeborenensterblichkeit (*neonatal mortality*): Todesfälle von Kindern innerhalb der ersten 28 Lebenstage nach der Geburt. Säuglingssterblichkeit (*infant mortality*): Todesfälle von Kindern unter einem Jahr. Kindersterblichkeit (*<5 mortality*): Todesfälle von Kindern innerhalb der ersten fünf Lebensjahre.

²⁷ „Vitamin-A-Mangel führt bei Kindern zu einem erhöhten Risiko für eine ganze Reihe von Erkrankungen, wie z. B. Atemwegserkrankungen, Durchfall, Masern und Sehstörungen, und kann zum Tod führen. Frühere Studien haben gezeigt, dass die Verabreichung von synthetischem Vitamin A bei Kindern zwischen sechs Monaten und fünf Jahren, bei denen das Risiko eines Vitamin-A-Mangels besteht, das Risiko von Todesfällen und manchen Krankheiten verringern kann.“ https://www.cochrane.org/de/CD008524/BEHAV_vitamin-supplementierung-zur-vorbeugung-von-krankheiten-und-todesfaellen-bei-kindern-zwischen-sechs.

mentierung stellt damit einen geeigneten Indikator für die Funktionsfähigkeit der Nahrungsergänzungskomponente als Besonderheit des SWAp in Bangladesch dar. Auch bei diesem Indikator ist eine deutliche Verbesserung festzustellen. Von einem Ausgangswert von 83 % stieg der Wert bis zur AK auf 99 %, und lag 2019 bei 97 %. Trotzdem liegt der Wert deutlich über dem Zielwert von 90 %.

Ad (4): Dieser Indikator misst den Anteil der Kinder, die bis sechs Monate ausschließlich gestillt werden. Die Stillquote ist von zentraler Bedeutung für die Sterblichkeit von Kindern bis zu sechs Monaten, aber auch für die chronische und akute Unterernährung. Weniger als die Hälfte der Säuglinge wurden zum Zeitpunkt der Programmprüfung 2010 ausreichend lange gestillt (43 %), der Zielwert lag bei 50 %. Auch hier übertreffen die Werte bei AK und EPE mit 65 bzw. 63 % die Zielvorgabe erheblich.

Die Erreichung des Ziels auf Outcome-Ebene wird für die **Komponente 2 (Gesundheitssystemstärkung)** wie folgt bewertet:

Ad (5): Der Indikator gibt die Zahl der funktionsfähigen *Community Clinics* an. Die Primärversorgung stellt das Rückgrat der Versorgung der Bevölkerungsmehrheit dar und ist für die Bewertung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems höchst relevant. Jährlich erfolgt eine Bewertung, ob eine Klinik noch den Mindestanforderungen entspricht. Dabei stieg während HPNSDP die Zahl von 10.323 auf 13.194 funktionsfähige Kliniken und hatte somit das ursprüngliche Ziel von 13.500 im Jahr 2016 noch nicht erreicht. Seither erhöhte sich die Anzahl auf 15.126, d.h. über den ursprünglichen Zielwert hinaus. Hierbei ist zu bedenken, dass die Bevölkerung von Bangladesch während dieser Zeit im Durchschnitt um 1,1 % p.a. stieg, während die Zahl der funktionsfähigen *Community Clinics* von 2016 bis 2023 um 1,9 % p.a. stieg (jeweils geometrisches Mittel), d. h., die Zahl der funktionsfähigen *Community Clinics* stieg stärker als die Bevölkerung. Dies ist zweifelsohne ein großer Erfolg.

Ad (6): Der Anteil der rechtzeitig vorgelegten jährlichen Arbeitspläne und Budgets ist ein geeigneter Indikator, um die Verwaltungskapazität in den Gesundheitseinrichtungen, -distrikten und -regionen und damit eine Strukturqualitätskomponente des Gesundheitssystems zu messen. Ob der Ausgangswert von null wirklich realistisch ist, wird angezweifelt, er wird jedoch in Veröffentlichungen so genannt. Relativ schnell gelang es, dass alle Einrichtungen entsprechende Budgets und Arbeitspläne vorlegten, weil seit dem Beginn von HPNSDP die Budgetzuteilung von dieser Vorlage abhängt. Nach Aussagen der Abteilung für *Health Information Systems* des MoHFW ist dies unverändert, was als nachhaltiger Erfolg des Programms bezeichnet werden kann.

Ad (7): Die Absorptionsrate misst (hier) den Anteil der Ausgaben der Gesundheitseinrichtungen (gemäß OPs) an der Zuteilung zu den Einrichtungen gemäß dem jährlichen Entwicklungsplan (*Annual Development Plan*, ADP). Als Erfolg gilt, wenn mehr als 80 % der Zuteilung tatsächlich zu Ausgaben geführt hat. Vor dem Beginn von HPNSDP war es ein Problem, dass die Mehrheit der Einrichtungen deutlich weniger als ihr ursprüngliches Budget ausgeben konnten, weil entweder die offizielle Mittelzuteilung nicht mit Finanzmitteln untersetzt werden konnte oder die Einrichtungen administrativ nicht in der Lage waren, diese Mittel zu absorbieren. Das Ziel von 100 % erscheint sehr unrealistisch, auch wenn dies nicht bedeuten würde, dass wirklich alle Mittel vorhanden wären und die Einrichtungen diese auch vollständig nutzen würden. Es sollten lediglich alle Einrichtungen die Mittel zu mehr als 80 % verausgaben. Trotzdem erscheint dies ein sehr hohes Ziel, das nie erreicht wurde. Mit 60 % unterschreitet die Statistik von 2016 das Ziel erheblich, um nach dem Auslaufen von HPNSDP auf den Ausgangswert von 45 % (2023) zurückzufallen. Dies ist ein klares Indiz dafür, dass die ursprünglich von HPNSDP adressierten Probleme des Gesundheitssystems unverändert fortbestehen und nicht überall eine nachhaltige Stärkung der Administration eingetreten ist.

Ad (8): Der Indikator wurde explizit für die Begleitmaßnahme eingeführt, die durchaus als Teil der Gesundheitssystemstärkung verstanden werden kann. Er misst die Zahl der Haushalte, die bei der Pilotierung der Krankenversicherung in drei Upazilas des Tangail Distrikts mit einer Krankenversicherung eingeschlossen wurden und damit im Krankheitsfall abgesichert wurden. Die Maßnahme selbst ist die Beratung der Regierung zur Pilotierung der Versicherung, der Output ist die Existenz der Versicherung, so dass die Zahl der Versicherten als Outcome dieser Maßnahme zu verstehen ist.

Bei Prüfung der Begleitmaßnahme im Jahr 2010 hatte kein Haushalt eine entsprechende Versicherung, im Jahr 2018 waren immerhin 77.000 Haushalte abgedeckt. In den drei ursprünglichen Upazilas hatten Ende 2023 81.649 Haushalte eine Krankenversicherung, in allen 12 bis Mitte 2023 berücksichtigten Upazilas waren 150.980 Haushalte abgedeckt. Tabelle 16 in Anlage 2 zeigt die Zahl der bis Mitte 2023 eingeschlossenen Haushalte in den einzelnen Upazilas. Aus der KoboToolbox-Befragung geht hervor (siehe Anlage 6) geht hervor, dass die befragten Patienten mit SSK-Karte ihre finanzielle und Gesundheitssituation deutlich besser einschätzen als die Vergleichsgruppe ohne Karte.

Die Zahl von 150.980 (eingeschlossene Haushalte, vgl. Tabelle 16) impliziert eine vollständige Zielwerterreichung. Zwischenzeitlich hat das MoHFW die Versicherung für Tangail Distrikt übernommen und ausgeweitet. Derzeit sind alle Upazilas von Tangail Distrikt eingeschlossen, die Ausweitung auf sechs weitere Distrikte ist für 2024 geplant.

Beitrag zur Erreichung der Ziele

Die Maßnahmen der Gesundheitssystemstärkung sind als Faktoren der Struktur- und Prozessqualität des Gesundheitswesens zu verstehen, die sich positiv auf die Ergebnisqualitäten (Outputs, Outcomes) der Gesundheitsversorgung auswirken sollten. Es erscheint logisch, dass die Ergebnisqualitäten gerade deshalb gestiegen sind, weil die Strukturkomponenten sich verbessert haben. Dass funktionsfähige Kliniken, geschulte Mitarbeiter und eine gute Nutzung der Finanzmittel dazu beitragen, die originären Ziele des Projektes zu erreichen, erscheint deshalb nachvollziehbar, aber der empirische Nachweis kann nicht erfolgen. Ebenso kann mit den vorhandenen Daten nicht belegt werden, dass die Maßnahmen alle Bevölkerungsgruppen und Regionen gleichermaßen erreicht haben. Trotz mehrfacher Nachfragen wurden keine Statistiken auf Ebene von Einrichtungen oder Distrikten zur Verfügung gestellt.

Die sieben ersten Indikatoren auf Outcome Ebene, die sich unmittelbar aus dem SWAp ableiten, fokussieren die Gesamtbevölkerung. Da aber die Probleme insbesondere bei den Armutsgruppen anzutreffen sind, handelt es sich auch um sinnvolle Indikatoren zur Messung der Verteilungswirkung. Die Verbesserung des Durchschnitts eines Indikators, der überwiegend Armutsgruppen betrifft, impliziert auch eine Verbesserung der Situation der Vulnerablen. Ebenso ist die starke Konzentration auf die Mütter- und Kindergesundheit (MCH²⁸) in Komponente 1 Ausdruck einer Fokussierung auf vulnerable Gruppen.

Die Wirkungslogik des SWAp besteht zum einen darin, dass externe Entwicklungspartner und die Regierung von Bangladesch erhebliche Ressourcen zur Erreichung o. g. Ziele investieren. Gleichzeitig wird durch den Prozess der Harmonisierung zwischen externen Entwicklungspartnern und mit der Regierung die Umsetzungskapazität erheblich gestärkt, so dass eine größere Wirkung entfaltet wird. Damit wirken finanzielle und prozessorale Aspekte des HPNSDP zusammen, um o.g. Outcomes zu erzeugen.

Etwas vernachlässigt wurde im HPNSDP die Nachfrageseite. Zwar spielen Defizite bei der Erreichbarkeit von bzw. dem Zugang zu Gesundheitseinrichtungen (im Gegensatz zu vielen anderen *low- und middle-income-countries*) in Bangladesch eine vergleichsweise geringere Rolle, aber die Erschwinglichkeit stellt für viele Menschen eine Herausforderung dar. Im HPNSDP wurde lediglich für Kataraktoperationen und professionell eingeleitete Entbindungen Gutscheine angeboten, die meisten Dienstleistungen implizierten jedoch für arme Bevölkerungsschichten weiterhin hohe Kosten. Hier setzte die Begleitmaßnahme an: Mit Hilfe der Krankenversicherung sollte sichergestellt werden, dass Arme im Krankheitsfall eine kostenlose stationäre Behandlung erhalten, allerdings wurde diese Versicherung bislang nur im Tangail Distrikt ausgerollt.

Insgesamt steht außer Frage, dass die gewählten Maßnahmen zum oben beschriebenen Erfolg beigetragen haben. Auch die Bewertung der Weltbank zeigt deutlich den Erfolg auf und führt dies auf die Komponenten des SWAp zurück. Die deutlich verbesserten Indikatoren könnten nicht durch Besserstellung von kleinen Gruppen erreicht werden. Vielmehr muss die Bevölkerungsmehrheit davon profitiert haben. Ob HPNSDP allein für den Erfolg verantwortlich ist, ist zweifelhaft. Vielmehr hat die wirtschaftliche Entwicklung von Bangladesch in den letzten 13 Jahren erheblich dazu beigetragen, dass ein größerer Teil der Bevölkerung Gesundheitsdienstleistungen nachfragen und finanzieren kann. Dass diese Nachfrage auf ein ausreichendes Angebot trifft, liegt sicherlich zum Teil am politischen Willen zur Durchführung des Programms.

Qualität der Implementierung

Der SWAp wurde von den Partnern verstanden und mitgetragen. Vor allem die *Health Economics Unit* (HEU) des MoHFW brachte die notwendige Expertise und das Engagement ein, um von Seiten der Regierung von Bangladesch das Sektorprogramm zum Erfolg zu führen, sie ist jedoch personell unzureichend ausgestattet. Während der Zeit von HPNSDP wurde u.a. die *Health Care Financing (HCF-)Strategy* (2012-2032) beschlossen, federführend war die HEU [37]. Gemäß der Strategie möchte das Land mittelfristig ein Portfolio an sozialen Sicherungssystemen im Krankheitsfall umsetzen, wobei der SSK für die Armutsgruppen eine besondere Bedeutung zukommt. Die Parallelität von nachfrageseitigen Interventionen zu angebotsseitigen Maßnahmen (*Health Financing Strategy*) kam vor allem nach dem HPNSDP auf.

²⁸ MCH: *Mother and Child Health Care*.

Insgesamt leidet die Qualität der Implementierung bis heute unter den geringen Zuweisungen der öffentlichen Hand. Die Regierung gibt nur 3,1 % ihres Budgets (2020) für Gesundheit aus und deckt damit nur 18 % der Gesundheitsausgaben.²⁹ Im Jahr 2011 bei Beginn des SWAp III waren es noch 4,2 % bzw. 20,40 US\$, d. h., die Gesundheitsfinanzierung relativ zum Gesamtbudget verschlechtert sich. Immerhin arbeitet das MoHFW an der Umsetzung der *HCF Strategy*. So wurde SSK in das Gesundheitsbudget (*4th Operation Plan*) aufgenommen, so dass derzeit 12 Upazilas im Tangail Distrikt einbezogen sind.³⁰ Insgesamt sollen noch in diesem Jahr sechs weitere Distrikte und zwei *City Corporations* abgedeckt werden. Es konnte validiert werden, dass die Vorbereitungen zur Einführung einer Krankenversicherung in Dhaka City am Laufen sind (z.B. Identifikation der Armutsgruppen, sowie Ermittlung von Büros und Apotheken von SSK in Krankenhäusern).

Eine Evaluierung des SSK im Tangail-Distrikt im Jahr 2020 durch USAID zeigte positive Ergebnisse: So sanken die OOP-Gesundheitsausgaben bei Haushalten mit Krankenversicherung gegenüber der Kontrollgruppe, der Anteil von Haushalten mit katastrophalen Gesundheitsausgaben war geringer und Prozess- bzw. Ergebnisqualitäten der Gesundheitseinrichtungen hatten sich verbessert [38, 39]. Allerdings ist die Zahl der Menschen, die während der Pilotphase von der Krankenversicherung profitiert haben, überschaubar. Von Mai 2016 bis Mai 2018 wurden 77.616 Haushalte (statt der erstrebten 100.000) mit ca. 310.000 Individuen registriert und mit Versicherungskarten ausgestattet. Die Zahl der ambulanten Fälle der *Upazila Health Complexes* aus dieser Gruppe belief sich auf 18.223, wovon 2.221 stationär aufgenommen wurden. Damit erhielten nur 0,7 % der registrierten Personen eine stationäre Versorgung.³¹

Die Korbfinanzierung im Rahmen von HPNSDP funktionierte weitestgehend wie erwartet. Wie bereits dargestellt, übernahm die Weltbank für eine Gebühr von 3,5 % des Volumens die Administration. Monitoring und Auszahlungsverfahren waren abgestimmt und einheitlich. Die KfW als Partner des *Multi Donor Trust Funds* unterzeichnete wie alle Partner ein Abkommen mit der Weltbank, die ihrerseits mit der bangladeschischen Regierung einen Finanzierungsvertrag schloss. Wichtiger als die reine Abwicklung erscheint jedoch, dass der SWAp und insbesondere die intensive Zusammenarbeit in der Korbfinanzierung zum Aufbau von Vertrauen, zur Beschleunigung der Prozesse und insbesondere zu einer geübten Kooperation führten. Auch wenn sich derartige Charakteristika einer Messung entziehen, geben die Interviewpartner einheitlich an, dass Informationsaustausch, Koordination, Harmonisierung und gemeinsame Priorisierung sehr gut funktioniert hätten. Dementsprechend wurden die meisten Prozesse in das Folgeprogramm SWAp IV übernommen.

Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)

Der Fortbestand katastrophaler Gesundheitsausgaben in der armen Bevölkerung stellt eine nicht-intendierte Wirkung dar, die durch den SWAp III nicht beseitigt werden konnte. Die OOP-Gesundheitsausgaben steigerten sich von 2011 bis 2021 sowohl absolut (per capita PPP) als auch relativ (% Gesundheitsausgaben). Konkret stieg der Beitrag kaufkraftadjustiert von 50,23 US\$ auf 112,09 US\$ und relativ von 68,1 % auf 72,99 %. Wenngleich sich die Indikatoren insgesamt verbesserten, konnte dennoch nicht die gesamte arme Bevölkerung hiervon profitieren, da sich der SWAp lediglich auf das öffentliche Gesundheitswesen bezog, welches nur ein Viertel des gesamten Gesundheitswesens ausmachte.

Nach wie vor bestehen auch noch Missstände in der Hygiene und Abfallmanagement, was nicht intendierte Wirkungen auf Umwelt, Wasser und Gesundheit nach sich ziehen könnte. Besonders auffällig sind die eklatanten Mängel im Bereich der Hygiene sowohl in den internen Prozessen (z. B. Trennung von sterilem und nicht-sterilem Bereich) als auch in der Entsorgung. Weltweite Standards, die häufig sogar in *Least Developed Countries* eingehalten werden (z. B. Entsorgung von infektiösem oder ethisch relevantem Abfall), werden nicht gewürdigt, teilweise besteht noch nicht einmal eine Sensitivität für dieses Problem.

²⁹ Neben der staatlichen Finanzierung von Gesundheitsausgaben und den out-of-pocket Zahlungen gibt es eine Reihe von privaten Krankenversicherungen für die reichere Bevölkerungsminderheit. Karitative Organisationen spielen ebenfalls eine – wenn auch geringe – Rolle.

³⁰ Vgl. vorne: Tangail Distrikt besteht aus zwölf Upazilas (Tangail Saddar, Saidpur, Basil, Madhupur, Ghatail, Kalihati, Nagpur, Mirpur, Gopalpur, Delduar, Bhuapur and Dhanbari) [22].

³¹ Bangladesch hat 0,96 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner (privat und öffentlich) bzw. 0,32 (öffentlich). Wenn man eine Auslastung von 82 % und eine durchschnittliche Verweildauer von 5 Tagen annimmt, beträgt das individuelle Anweisungsrisiko etwa 7 % pro Jahr (für alle Krankenhäuser) bzw. 2,5 % für staatliche Krankenhäuser. <https://www.tbsnews.net/bangladesh/health/govt-hospital-beds-less-10-who-recommendation-bbs-264364>. Damit ist die Einweisungsrate bei Versicherten weit unterdurchschnittlich.

Zusammenfassung der Benotung:

Das Outcome-Ziel einer erhöhten Verfügbarkeit und Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen wurde zu einem Großteil erreicht. Hierbei fällt auf, dass die Indikatoren der Komponente 1 (Verbesserung der Gesundheitsversorgung) überwiegend dauerhaft erreicht wurden, während bei Komponente 2 (Gesundheitssystemstärkung) die Erfolge zum Teil nicht aufrechterhalten werden konnten. Letztlich ist aber die Ergebnisqualität der Outcomes aus Komponente 1 höher zu gewichten als die Struktur- und Prozessqualität der Komponente 2, sodass die Effektivität dieser Vorhaben noch als erfolgreich bezeichnet werden kann.

Effektivität: 2 (gilt für alle Vorhaben)

Effizienz

Produktionseffizienz

Insgesamt erscheint die Effizienz der besichtigten Gesundheitsinstitutionen in vielen Aspekten verbesserungswürdig, (vgl. Tabelle 4) aber bei einem SWAp ist dies nur eine Dimension. Mindestens so wichtig ist die Effizienz des Managements der Ministerien, aber auch ihrer Fähigkeit zur Steuerung des Gesundheitswesens und der dementsprechenden Ausstattung.

Tabelle 4 Managementprobleme von Gesundheitseinrichtungen.

Funktionsbereich	Problem	Erklärung
Führung	Ärzte als Führungskräfte	- Primärebene: Ärzte ohne Chance auf Facharztausbildung wechseln ins Management; keine ausreichende Ausbildung; geringe Motivation - Sekundär/Tertiärebene: Fachärzte als Manager ohne Führungsausbildung; keine Effizienzorientierung - MoHFW: häufig nicht aus dem Gesundheitswesen; hohe Fluktuation
Krankenhausverwaltung	Ineffizient und überfordert	- Im modernen Sinne existiert der Beruf des Krankenhausverwalters nicht - Die Einführung wurde im Parlament diskutiert, Umsetzung ist ungewiss
Geräte und Anlagen	Grundausstattung vorhanden, aber keine Wartung	- Reparatur ist zeitaufwendig - Präventive Wartung existiert nicht; weniger ein Finanz- als ein Mentalitätsproblem
Entsorgung	Gefährdung von Allgemeinheit, Personal und Patienten	- Mülltrennung in den Einrichtungen funktioniert - Keine Sterilisation von infektiösem Müll. - Keine angemessene Behandlung von ethisch relevanten Abfällen - Zentrale Müllentsorgung funktioniert nicht
Hygiene	Selbst rudimentäre Regeln der Hygiene werden nicht eingehalten	- Einrichtungen sind voller Müll - Trennung von sterilen und unsterilen Bereichen funktioniert nicht
Personal	Allgemeine Klage über Personalmangel ist nicht immer nachzuvollziehen	- Personalzuweisung erfolgt primär über Bettenzahl und Einzugsbevölkerung - Einrichtungen nicht grundsätzlich unterausgestattet - Teilweise relativ kurze Arbeitszeiten (z.B. Patienten von 9-14 Uhr)
Qualitätsmanagement	Qualität der Leistungen ist gering	- Teilweise zu geringe Fallzahlen für Lerneffekte (z.B. Geburten in HFWC) - Kein strukturiertes Qualitätsmanagement
Materialien	Medikamente und med. Materialien nicht verlässlich verfügbar	- Häufige Stock-outs auch essenzieller Medikamente - Landesweiter Mangel an längerfristigen Kontrazeptiva - Push-System der Medikamentenversorgung in Community Clinics funktioniert nicht.
Gebäude	Verfall von Gebäuden	- Fehlende Instandhaltung, verspätete Instandsetzung - Leerstand insb. im ländlichen Raum, weil staatliche Miete höher ist als Vergleichsmiete auf privatem Wohnungsmarkt
Autonomie	Starke Abhängigkeit der Einrichtungsleitung von zentralen Stellen	- Keine Entscheidungsfreiheit bei Personal, Beschaffung etc.

Quelle: Eigene Darstellung aus Interviews, Beobachtung.

Verschiedene Maßnahmen von HPNSDP waren explizit auf die Erhöhung der Produktionseffizienz in den Einrichtungen des Gesundheitswesens ausgerichtet. Hierzu zählen u.a. die Stärkung der *Community Clinics* und der *Upazila Health Complexes* durch bessere Planung, M&E, vor allem aber die Verbesserung der Stellenbesetzung sowie das Training der Mitarbeitenden. Als größtes Problem der einzelnen Gesundheitseinrichtungen wird von vielen immer noch die Personalknappheit genannt. Tatsächlich zeigen auch unsere Erhebungen, dass viele Stellen unbesetzt sind. Auf der anderen Seite erscheint die Personalsituation in den besuchten Einrichtungen bei weitem nicht so „katastrophal“, wie dies teilweise dargestellt wird. Auf Landesebene konnten keine belastbaren Statistiken über die Personalausstattung gefunden werden. Die Interviewpartner in den Gesundheitseinrichtungen gehen allerdings davon aus, dass sich die Situation in den letzten zehn Jahren deutlich verbessert hat. Dies sollte ebenfalls zu einer Steigerung der Produktionseffizienz führen. In einigen Einrichtungen erscheint uns die Personalstärke im Verhältnis zum Arbeitsumfang bereits als zu hoch (was von den Verantwortlichen allerdings nicht so gesehen wird).

Auffällig ist, dass die im Rahmen dieser EPE interviewten Leitungen der Gesundheitseinrichtungen durchgehend Medizinerinnen und Mediziner sind, die mit einer Ausnahme (Offizier der Streitkräfte) keine ausreichende Managementausbildung haben. Selbst ein grundlegender Überblick über die Dimensionen des Managements (z. B. Beschaffungsmanagement, Qualitätsmanagement, Prozessmanagement, Entsorgung/Abfallwirtschaft, Marketing, Finanzierung, Investition, Logistik, Rechnungswesen und Informationswirtschaft) fehlt. Auch Grundlagenwissen zu führungsrelevanten Fragen (Planung, Organisation, Personalauswahl, Personalführung und Kontrollsystemen) ist derzeit nur vereinzelt vorhanden.

Betrachtet man den SWAp als Ganzes, so hat er zu einer erhöhten Effizienz durch die Reduktion von Transaktionskosten beigetragen, die vermehrt entstanden wären, wenn jeder der Geber einzeln seine Vorhaben mit dem Gesundheitsministerium von Bangladesch durchgeführt hätte. Der gemeinsame Finanzierungsmechanismus implizierte gemeinsame Missionen, Abstimmungen und Auszahlungen, aber auch ein einheitliches Monitoring und Reporting, was zeitaufwändige Parallelabstimmungen erübrigte. Viele Interviewte sahen hier einen erheblichen Vorteil des SWAp.³² Problematisch erscheint hingegen eine Diskontinuität. So musste das *Australian Government Department of Foreign Affairs and Trade* (DFAT) seine zu Beginn des Sektorprogramms ausgesprochenen Zusagen nach dem Regierungswechsel in Australien im Herbst 2013 widerrufen und die australische Beteiligung am Korb von vormals eingeplanten 31 Mio. US\$ auf 7,4 Mio. US\$ reduzieren. Schließlich wird von den anderen Gebern das Ausscheiden der deutschen EZ aus dem Gesundheitssektor von Bangladesch als Bruch in der Effizienz des SWAp empfunden, durch den aufgebaute Beziehungen, eingeschwungene Prozesse und Wissen verloren gingen. Besonders wurde dies bzgl. des SSK-Piloten erwähnt.³³ Die Gründe, warum SSK nicht wenigstens für zwei bis drei Jahre von deutscher Seite aus weitergeführt wurde und damit die Effizienz der Maßnahme gestärkt wurde, sind den Partnern bis heute nicht bekannt. Das Management von SSK wurde der privatwirtschaftlichen Versicherung *Green Delta* übertragen, die nach oberflächlicher Analyse ihre Aufgabe effizient erfüllt hat. Allerdings wurde *Green Delta* bei der Vergabe für weitere Upazilas ausgeschlossen, so dass die Versicherungen in den „neuen“ Upazilas komplett neu anfangen mussten und kaum von den bisherigen Erfahrungen gelernt werden konnte. Dies dürfte zu erheblichen Effizienzverlusten geführt haben. Eine tiefergehende Begutachtung war im Rahmen dieser EPE nicht möglich.

Trotzdem dürfte der SWAp insgesamt als vergleichsweise effizient bezeichnet werden, die von der Weltbank ermittelten Transaktionskosten von 3,5 % des Finanzvolumens erscheinen als günstig. Auch ergaben sich bei den drei Investitionsprogrammen keine übermäßigen Verzögerungen, die gesamte Programmlaufzeit belief sich auf 84 statt 68 Monate (Begleitmaßnahme 86 statt 68 geplanter Monate). Eine Verzögerung von ca. 1,5 Jahren erscheint uns bei derart großen und komplexen Programmen als durchaus vertretbar.

Allokationseffizienz

Die Weltbank legte in ihrer *End-Line-Evaluation* für HPNSDP vom März 2017 eine umfassende Effizienzanalyse vor, mit einer expliziten Berechnung des durch das Programm vermiedenen Verlustes an Lebensqualität. Sie be-

³² Example: “I have said that we work together. This practice wasn't like this before. Everybody used to work individually. It started after 2010, in the last 10 years. Before that, we never knew what UNICEF is doing, Save the children, is doing. We didn't know anything. Now we know about all the projects and have information. Directly everyone is associated with NTWC (Newborn Technical Working Committee). The Government, development partners, professional bodies, everyone is there. If you want to do anything related to neonatal activity, you need a recommendation or endorsement from this organization, then the Government's permission is required. So, everybody used to work individually at first. Now we are working together.” (<https://www.exemplars.health/topics/neonatal-and-maternal-mortality/bangladesh/how-did-bangladesh-implement>).

³³ Wörtlich: „SSK was a newborn Baby when KfW withdrew. It would have required some years of hand-holding”.

rechnete, dass durch HPNSDP 3,2 Mio. *disability-adjusted life years* (DALYs) vermieden wurden. Unter der Annahme, dass die Nutzen über einen längeren Zeitraum von 20 Jahren anfallen, berechnete die Weltbank eine Rentabilität von 19 % [23]. Auch wenn diese Berechnungen nicht immer vollständig nachvollzogen werden können und das Ergebnis hoch angesetzt erscheint, dürfte keine Frage darin bestehen, dass die alloкатive Effizienz des Programms als gut zu bezeichnen ist.

Es stellt sich die Frage, ob durch eine andere Allokation noch mehr Gesundheit, Leben und Lebensqualität hätte gewonnen werden können. Auffällig ist, dass Unfälle und chronisch-degenerative Erkrankungen nur sehr wenig Beachtung gefunden haben, obwohl sie bereits 2011 von großer Relevanz in Bangladesch waren. Wichtige Instrumente der Effizienzverbesserung wurden vernachlässigt. Dies betrifft vor allem die Finanzierungsmechanismen (z.B. Krankenversicherung, Telemedizin und Krankenhausmanagement), welche die alloкатive Effizienz hätten erhöhen können.

Besonders augenfällig ist, dass HPNSDP fast vollständig die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen fokussierte, obwohl über drei Viertel der Gesundheitsausgaben im Privatsektor anfallen (2011: 71,0 %; 2016: 73,93 %; 2020: 76,6 %) [1]. Sowohl auf dem Land als auch in der Stadt sind private (gewinnorientierte) und gemeinnützige Gesundheitsanbieter häufig die erste Wahl für die Bevölkerung, und zwar auch für Armutsgruppen. Es ist nicht so, dass Nichtregierungsorganisationen (*Non-Governmental-Organisations*, NGOs) und Private während HPNSDP vollständig ausgeklammert wurden, ihre relative Bedeutung als Anbieter ist jedoch viel größer als ihre Bedeutung im SWAp.³⁴ Es kann nur vermutet werden, dass NGOs und private Organisationen nicht im Fokus der Akteure stehen. Vermutlich wäre die alloкатive Effizienz durch eine stärkere Einbindung von NGOs und privaten Anbietern erhöht worden.

Zusammenfassung der Benotung:

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Korbfinanzierung eine höhere alloкатive Effizienz erzielte als ein klassischer Investitionsansatz, da die Transaktionskosten über den gemeinschaftlichen Ansatz signifikant verringert wurden. Eine quantitative Bestimmung ist im Rahmen dieses Berichtes nicht möglich. Es gibt aber einige Ansätze, die ex-post betrachtet zu einer Erhöhung der Effizienz geführt hätten (z.B. die vermehrte Berücksichtigung nicht-übertragbarer Krankheiten und die landesweite Einführung einer Krankenversicherung). Entscheidend ist, dass die Partner aus den Entwicklungen und Fehleinschätzungen gelernt haben. Dies zeigt sich an der Weiterentwicklung des SWAp im Rahmen der Folgeprogramme. Insgesamt bewerten wir die Effizienz als eingeschränkt erfolgreich.

Effizienz: 3 (gilt für alle Vorhaben)

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen

Das entwicklungspolitische Ziel des Vorhabens gemäß Programmvorschlag bestand darin, „einen Beitrag zur Unterstützung der nationalen Gesundheitspolitik, der Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung und zu einem besseren Gesundheitszustand zu leisten“. Die nachfolgende Tabelle 5 fasst die Erreichung der Ziele auf Impact-Ebene zusammen. Es handelt sich um die Schlüsselindikatoren des HPNSDP in Bangladesch.³⁵

³⁴ “The Bangladesh healthcare sector comprises of hospitals, clinics, diagnostic centers, clinical trials, outsourcing, telemedicine, and medical devices and equipment. Growing at a CAGR of 10.3% percent since 2010, the size of the healthcare industry has reached USD 6.76 billion in 2018 (in terms of spending on the healthcare expenditure), doubling in the last 8 years. The healthcare industry is dominated by private sector with high growth in tertiary hospitals and diagnostics centers. As of the end of 2019, there were 255 public hospitals, 5,054 private hospitals and clinics, and 9,529 diagnostic centers under the registration of Directorate General of Health Services (DGHS). The number of hospital beds available in public hospitals amounted to 54,660, whereas the same figure in private ones amounted to 91,537, bringing the total number of beds to 143,394 at the end of 2019.” (<https://bida.gov.bd/healthcare>).

³⁵ Der achte Schlüsselindikator des HPNSDP („*Prevalence of HIV in most at risk population*“) wurde für diese EPE aus drei Gründen nicht berücksichtigt. Erstens ist die HIV-Prävalenz in Bangladesch (durchgehend) mit < 1 % bereits relativ gering. Zweitens kann die HIV-Prävalenz durch die Maßnahmen von HPNDSP kaum beeinflusst werden, sie blieb von 2011 bis 2016 auch praktisch unverändert. Drittens bezieht sich der Impact-Indikator auf Risikopersonen, aber es wurde nirgends definiert, wer als „Risikoperson“ gilt. Tatsächlich beziehen sich die Werte in 2011, 2016 und zur AK auf die Gesamtbevölkerung, nicht auf eine Risikobevölkerung. Folglich erscheint die Verwendung des Indikators in der EPE nicht als zielführend.³⁵

Auf die explizite Definition eines Impact-Indikators für die Begleitmaßnahme wurde verzichtet. Zum einen wurden bei Programmprüfung für die Begleitmaßnahme keine eigenen Indikatoren festgelegt. Zum anderen sind die Indikatoren des HPNSDP für die Begleitmaßnahme ebenso geeignet.

Tabelle 5 Impact-Indikatoren

Indikator	Status Projektprüfung (2011)	Zielwert gemäß Projektprüfung	Ist-Wert bei Projektabschluss	Ist-Wert bei EPE
(1) Säuglingssterblichkeit [pro 1.000 Lebendgeburten]	52	31	28,3 (2016)	22,9 (2021) [1, 23] erreicht
(2) Kindersterblichkeit [pro 1.000 Lebendgeburten]	65	48	32,4 (2016)	27,3 (2021) [1, 23] erreicht
(3) Neugeborenensterblichkeit [pro 1.000 Lebendgeburten]	37	21	20,1 (2016)	16 (2021) [1, 23] erreicht
(4) Müttersterblichkeit [per 100.000 Lebendgeburten]	194	< 143	176 (2015)	123 (2020) [1, 23] erreicht
(5) Fertilitätsrate [Kinder pro Frau]	2,7	2	2,3 (2014)	1,98 (2021) [1, 23] 2,23 (2022) [36] erreicht ³⁶
(6) Chronische Unterernährung bei Kindern < 5 Jahre [%]	43,2%	38%	36,4% (2014)	23,6 % (2022) [36] erreicht
(7) Untergewicht bei Kindern < 5 Jahre [%]	41%	33%	33% (2014)	22,0 % (2022) [36] erreicht

Quelle: PV, AK, [1, 23, 36]

Ad (1): Säuglingssterblichkeit. Der Indikator (*infant mortality rate*) misst die Zahl der Kinder pro 1.000 Lebendgeburten, die vor Erreichen des ersten Geburtstags sterben. Es handelt sich um einen gut geeigneten Impact-Indikator für die Wirkung der Maßnahmen. Er ist gut messbar und in den nationalen und internationalen Statistiken aufgeführt. Bei Programmbeginn lag der Wert bei 52, das Ziel war anspruchsvoll mit 31. Tatsächlich hat das Programm die Zielstellung mit 28,3 bei Projektende übertroffen und die positive Tendenz setzte sich fort (22,9 bei EPE). Die Reduktion um 56 % ist als großer Erfolg zu werten.

Ad (2): Kindersterblichkeit. Der Indikator (*under five-mortality rate*) misst die Zahl der Kinder pro 1.000 Lebendgeburten, die vor Erreichen des fünften Geburtstags sterben. Es handelt sich um einen gut geeigneten Impact-Indikator für die Wirkung der Maßnahmen. Er ist gut messbar und in den nationalen und internationalen Statistiken geführt. Die Kindersterblichkeit sank zwischen der Projektvorbereitung bzw. -prüfung und dem Projektabschluss von 65 auf 32,4, um anschließend bis zur EPE noch auf 27,3 zu fallen. Damit ist das Ziel von 48 mehr als erreicht, die Reduktion um 58 % ist bemerkenswert.

Ad (3): Neugeborenensterblichkeit. Der Indikator (*neonatal fatality rate*) misst die Zahl der Kinder pro 1.000 Lebendgeburten, die innerhalb der ersten 28 Tage nach Geburt sterben. Auch für diesen Indikator gilt, dass er gut geeignet und messbar ist. Er ist den nationalen und internationalen Statistiken zu entnehmen. Auch für ihn gilt, dass das ursprüngliche Ziel von 21 schon bei Projektabschluss erreicht war und zum Zeitpunkt der Evaluierung übererfüllt ist. Auch hier ist die Reduktion um 57 % beachtlich.

Ad (4): Müttersterblichkeit. Die Müttersterblichkeit (*maternal mortality rate*) misst die Todesfälle von Frauen pro 100.000 Lebendgeburten, die während der Schwangerschaft oder 42 Tage nach Schwangerschaftsende eintreten und unmittelbar mit Schwangerschaft oder Geburt verbunden sind. Es handelt sich um einen Standardindikator, der gut messbar und allen nationalen wie internationalen Statistiken zu entnehmen ist. Vom Ausgangswert

³⁶ Zum Teil weichen die Werte internationaler Statistiken (z.B. WHO, Weltbank) von den Statistiken in Bangladesch ab. Beispielsweise geben die Weltentwicklungsindikatoren für das Jahr 2021 eine Fertilität von 1,981 an, während der Demographic and Health Survey den Wert von 2,3 ausweist.

von 194 sank die Statistik bis zum Projektabschluss auf 176 und lag damit über dem Zielwert. Bis zur Evaluierung wurde das ursprüngliche Ziel mit 123 jedoch erreicht. Die Reduktion um 37 % zwischen PV und EPE fällt geringer aus als bei den anderen Indikatoren, ist jedoch immer noch beachtlich.

Die Indikatoren (1)-(4) stellen eine Einheit dar. Es handelt sich um „harte“ Indikatoren, die die Mortalität messen und damit unmittelbar das Leben und die Lebensqualität der Bevölkerung betreffen. Die dargestellten Entwicklungen werden häufig als außergewöhnlich und beispielhaft beschrieben, z.B. *„Bangladesch was selected as an Exemplar due to rapid reductions in neonatal and maternal mortality rates. Bangladesh had the fastest decline in neonatal mortality of any country in the South Asia region, and the speed of its decline in maternal mortality is comparable to other neighbouring Exemplar countries, such as India and Nepal“* [40].

Ad (5): Fertilitätsrate. Die Fertilität (*total fertility rate*) gibt die durchschnittliche Zahl der Kinder pro Frau wieder, wenn sie bis zum Ende ihrer fruchtbaren Phase leben und der altersspezifischen Geburtenrate entsprechen würde. Es handelt sich um einen Indikator, der die Fertilitätskomponente des Bevölkerungswachstums gut vertritt und gut messbar ist. Er wird in nationalen und internationalen Statistiken ausgewiesen. Der Wert bei Projektprüfung lag bei 2,7, das Ziel war 2,0 und damit geringfügig unter dem Niveau der stabilen Bevölkerung (*ceteris paribus*). Bei Projektabschluss (Wert allerdings von 2014) war die Statistik zwar gesunken, lag mit 2,3 jedoch noch deutlich über dem Ziel. Bis zur EPE (Wert von 2021) wurde das Ziel erreicht (1,98). Die Reduktion der Geburtenrate um 27 % ist als großer Erfolg zu werten und stellt eine wichtige Grundlage für eine stabile wirtschaftliche, soziale und gesellschaftliche Entwicklung in Zukunft dar.³⁷

Ad (6): Chronische Unterernährung bei Kindern < 5 Jahre. Der Indikator misst die in Prozent die Prävalenz chronischer Unterernährung bei Kindern unter 5 Jahre (*Stunting*). Kinder gelten als chronisch unterernährt, wenn sie eine Wachstumsverzögerung für ihr Alter ausweisen, was anhand des Verhältnisses von Körpergröße und Lebensalter gemessen wird. Liegt der Wert mindestens zwei Standardabweichungen unterhalb des Medians des *WHO Child Growth Standards*, gilt ein Kind als chronisch unterernährt. Der Wert ist gut messbar und wird national wie international routinemäßig erfasst. Der Ausgangswert von chronisch unterernährten Kindern unter 5 Jahren lag bei 43,2 %, das Ziel war 38 %. Beim Projektabschluss (Wert von 2014) lag er bei 36,4 %. Bis 2022 sank er weiter auf 23,6 %. Allerdings gibt es auch abweichende Quellen, die davon ausgehen, dass er sich seit 2020 wieder verschlechtert hat, jedoch noch unter dem Zielwert liegt.³⁸ Die Reduktion von 2010 bis 2019 ist auf jeden Fall beachtlich.

Ad (7): Untergewicht bei Kindern < 5 Jahre. Der Indikator gibt in Prozent die Prävalenz von untergewichtigen Kindern unter fünf Jahren wieder (*Underweight*). Kinder gelten als untergewichtig, wenn ihr Gewicht mehr als zwei Standardabweichungen unterhalb des Medians des Gewichts in der entsprechenden Altersstufe liegt. Das Gewicht in einem bestimmten Lebensalter (*„weight-for-age“*) ist ein verlässlicher und national wie international gut ausgewiesener Ernährungsindikator bei Kindern. Der Ausgangswert war 41 %, das Ziel 33 %, was bei Projektabschluss auch erreicht worden war. Bis 2022 sank der entsprechende Wert weiter auf 22,0 %. Dies ist als großer Erfolg zu werten, auch wenn sich in den darauffolgenden Jahren die Werte laut Interviewpartnern wieder etwas verschlechtert haben. Die Indikatoren (6) und (7) ergeben zusammen ein wichtiges Instrument zur Messung der Ernährungssituation bei Kindern.

Einige Maßnahmen von HPNSDP wirken unmittelbar auf diese Impact-Indikatoren. Auch wenn der Zusammenhang von Intervention und Impact plausibel erscheint, ist eine eindeutige Zurechnung nicht möglich. Im Zeitraum seit Projektvorbereitung und -prüfung haben sich makropolitisch und für einzelne Parameter viele Veränderungen ergeben, sodass eine lineare und eindeutige Zuordnung von Interventionen und Impacts nicht möglich ist. Bei einem Beitrag von unter einem Prozent des Budgets von HPNSDP kann man auch nicht erwarten, dass der FZ-Beitrag einen separierbaren, messbaren Impact bringt.

Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Dem Wesen des Sektorprogramms entspricht es, dass es im Prinzip alle Programme und Maßnahmen des Gesundheitswesens umfasst. Somit müssten theoretisch alle Wirkungen unmittelbar auf HPNSDP zurückzuführen sein, wenn man das Gesundheitswesen von allgemeinen gesellschaftlichen und ökonomischen Entwicklungen separieren könnte.

³⁷ Wir folgen hierbei den international validierten Statistiken des Weltentwicklungsberichts.

³⁸ „Compounded by the global food crisis, high inflation and foreign currency shortages deepened the vulnerability of the poor people, rolling back some of the gains made prior to 2020. WFP surveys found that 12 percent of the population was food insecure as of December 2022, an improvement from 29 percent reported in July. However, the improvements were unequal: 26 percent of low-income households continued to experience food insecurity for six months in a row, from July to December“ [41].

Wie der aktuelle SDG-Report für Bangladesch aufzeigt [42], liegt das Land mit einem Score von 65,9 und einem Ranking von 101/166 noch deutlich unter dem Durchschnitt, aber SDG 3 (Gesundheit und Wohlergehen) zeigt überwiegend positive Trends. Lediglich im subjektiven Wohlbefinden („*subjective well-being*“) hat sich die Situation verschlechtert. Die SDG 3-Unterziele³⁹ werden überwiegend durch das HPNSDP unterstützt.

Auch die Befragung mit KoboToolbox in drei Upazila Healthcare Centers in Tangail Distrikt (s. Anlage 6) zeigt deutlich, dass die Bevölkerung die subjektiv empfundene Situation der Gesundheitsversorgung derzeit deutlich besser einschätzt als vor zehn Jahren. 89 % alle Befragten mit und ohne Krankenversicherungs-Karte bewerteten sie als besser, nur 5 % sagten, es sei früher besser gewesen. Die Unterschiede der Antworten zwischen Personen mit Krankenversicherungs-Karte und ohne zu dieser Frage sind nicht signifikant. Hingegen ist die Wirksamkeit der Versicherung in Bezug auf die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen sehr deutlich: 40 % der Befragten ohne Versicherungskarte gaben an, dass sie oder Angehörige schon auf einen Besuch einer Gesundheitseinrichtung aus finanziellen Gründen verzichtet hätten, während dies bei SSK-Versicherten nur 17 % waren (vgl. Auswertung KoboToolbox).

Die größten Probleme stellen nach wie vor die räumlichen und sozialen Disparitäten dar. Tabelle 6 zeigt für ausgewählte Indikatoren die großen Unterschiede auf, die durch Wohnort (städtisch-ländlich), Region (Divisions), Bildungsniveau und Vermögensquintil entstehen.

Tabelle 6 Disparitäten zwischen verschiedenen Gruppen in Bangladesch.

Charakteristik	Gruppen	Verheiratet < 16 Jahre	Gesamtfruchtbarkeit	Teenager Schwangerschaft [%]	Kontrazeptiva alle [%]	Kontrazeptiva modern [%]	ANC [%]	Professionelle Entbindung [%]
Wohnort	städtisch	24,0	2,1	15,2	66,5	55,6	95,4	82,2
	ländlich	27,9	2,4	18,8	63,0	54,4	91,5	65,2
Division	Barishal	29,7	2,5	14,2	64,8	54,0	91,1	60,9
	Chattogram	19,5	2,6	16,1	57,5	49,0	91,4	66,4
	Dhaka	26,8	2,2	17,8	63,0	53,2	95,4	76,0
	Khulna	31,9	2,2	23,2	66,5	56,3	95,4	86,0
	Mymensingh	23,8	2,7	15,5	66,1	59,0	88,8	57,1
	Rajshahi	42,2	2,0	20,9	70,0	60,8	95,1	72,4
	Rangpur	33,3	2,5	24,7	70,7	61,3	91,7	66,3
	Sylhet	9,2	2,3	6,6	52,8	44,3	84,5	59,2
Ausbildung	Kein Bildungsabschluss	49,0		(16,1)	62,6	50,9	75,7	48,2
	Primärbildung unvollständig	37,3		16,8	70,2	60,0	84,9	47,7
	Primärbildung abgeschlossen	45,4		15,8	66,8	57,6	88,8	55,9
	Sekundärbildung unvollständig	36,3		10,1	64,4	56,6	93,9	69,9
	Sekundärbildung abgeschlossen oder höheres Bildungslevel	8,0		10,7	59,4	49,7	97,5	85,8
Vermögensquintil	Niedrigstes	36,4	2,8	23,1	68,6	60,6	83,6	47,0
	Zweites	32,2	2,4	20,2	65,2	56,5	90,0	60,3
	Mittleres	26,4	2,3	17,5	64,5	55,3	94,2	73,3
	Viertes	25,5	2,1	18,2	63,9	54,3	97,1	80,9
	Höchstes	15,2	2,0	10,1	58,4	47,8	98,9	90,5

Quelle: [44]

³⁹ 13 Unterziele und 28 Indikatoren.

Der *Demographic and Health Survey 2022* gibt auch noch weitere Indikatoren an. Es zeigt sich für alle Indikatoren eine weite Spanne abhängig von Bevölkerungs-Charakteristika: Tendenziell ist die ländliche Bevölkerung in einer schwierigeren Situation als die städtische, sind Dhaka und Khulna besser versorgt und haben Menschen mit niedriger Bildung und Armutgruppen höhere Risikofaktoren und eine schlechtere Gesundheit. Besonders dramatisch ist der Einfluss des Vermögens. So ist der Anteil professioneller Entbindungen im reichsten Quintil über 90 %, im ärmsten Quintil unter 50 %. Vergleicht man allerdings die Werte mit früheren Berichten, so fällt auf, dass sich die Spanne in einigen Bereichen etwas reduziert hat. So betrug die Differenz der Fertilität zwischen ländlichen und städtischen Regionen 2011 noch 0,5, 2022 nur noch 0,3 Prozentpunkte. Zwischen den Regionen war die Spanne der Gesamtfruchtbarkeit 2011 noch 1,2, 11 Jahre später „nur“ noch 0,7. Zwischen den reichsten und ärmsten Quintilen betrug die Differenz in 2011 1,2, im Jahr 2022 noch 0,8 [36, 43]. Beim Wohnort sank sie von 3,7 auf 3,5, bei der Division von 24,6 auf 17,9. Bei der Ausbildung stieg sie hingegen von 4,4 auf 10,8 und beim Vermögen von 3,4 auf 10,2. Insgesamt ergibt sich eine Tendenz zur Verbesserung, aber Disparität ist noch immer ein großes Problem.

Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Die Begleitmaßnahme trug dazu bei, dass der im Tangail-Distrikt erfolgreich verlaufene Pilotansatz nun auch landesweit angedacht wird, eine Ausweitung wird zunächst für die Hauptstadt Dhaka diskutiert.

Zusammenfassung der Benotung:

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Impact-Indikatoren des HPNSDP und des zugehörigen FZ-Vorhabens erreicht bzw. übertroffen wurden. Auch die gesundheitsbezogenen MDG 4 (Senkung der Kindersterblichkeit), MDG 5 (Verbesserung der Gesundheit von Müttern) und MDG 6 (Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten) bzw. SDG 3 (Gesundheit und Wohlergehen) haben sich in dieser Zeit größtenteils verbessert. Die Unterstützung der Armutgruppen und der Menschen in peripheren Regionen dürfte zur Identifikation der Bürger mit ihrem Staat beigetragen haben, auch wenn dies nicht quantitativ bewertet und die Ungleichheiten nicht vollständig beseitigt werden konnten. Die Krankenversicherung für Armutgruppen hat zumindest das Potential, weitere positive Wirkungen zu entfalten. Insgesamt beurteilen wir daher die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen als erfolgreich - die Wirkungen des HPNSDP auf die Gesundheit der Bevölkerung sind plausibel. Die Wirkungen der anteilig unter 1% liegenden FZ-Maßnahme dürfte kaum noch zurechenbar sein, obwohl die Interviewpartner dies mehrheitlich bestätigten.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: 2 (gilt für alle Vorhaben)

Nachhaltigkeit

Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Der SWAp III (HPNSDP) umfasste (anders als in vielen anderen Ländern) tatsächlich den kompletten öffentlichen Gesundheitssektor, also nicht nur die Investitionskosten (2.406 Mio. EUR), sondern auch die Betriebskosten (3.374 Mio. EUR). Die Mittel der Entwicklungspartner wurden im bangladeschischen Haushalt erfasst, was für die Ownership der Regierung und damit auch die Nachhaltigkeit förderlich war. Dieses Verfahren wurde auch im nachfolgenden Sektorprogramm (SWAp IV) beibehalten.

Die Zusammenführung von Projekten der externen Entwicklungspartner und der Regierung von Bangladesch erforderte erhebliche finanzielle und personelle Kapazitäten der Ministerien und stellte eine große Herausforderung dar. Zuerst ist festzuhalten, dass der SWAp III im Jahr 2011 sehr gut und detailliert geplant wurde. So wurden verschiedene Kosten- und Finanzierungsszenarien aufgestellt. Man entschied sich damals als Grundlage des Budgets für die sogenannte „Niedrigkostenvariante“, d.h. das Szenario mit den geringsten geschätzten Kosten, das von Anfang an eine Finanzierungslücke in Höhe von 405 Mio. EUR enthielt.

Das größte Nachhaltigkeitsproblem der Sektorfinanzierung dürfte darin bestehen, ob die Regierung von Bangladesch ausreichend eigene Mittel aufbringen kann, um den Sektor langfristig ausreichend zu finanzieren [44]. Hier gibt es verschiedene, widersprüchliche Tendenzen. Zuerst ist festzuhalten, dass die Regierung von Bangladesch ein großes Einnahmeproblem hat, d.h., die Steuerquote ist vergleichsweise gering und die Steuereinnahmen im Vergleich zum BIP von Bangladesch sehr niedrig. Sie liegen mit Ausnahme von Myanmar deutlich unter denen der Nachbarländer. Allerdings ist diese Quote leicht steigend.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben der Regierung ist vom Jahr 2000 (erstverfügbare Daten) bis zum Jahr 2020 (letztverfügbare Daten) von 5,2 % auf 3,1 % gesunken [1]. Da aber gleichzeitig die Wirtschaftskraft (gemessen als GDP per capita, PPP, current international \$) und damit die Staatseinnahmen von 1.574,53 Int\$ p.c. auf 6.596,04 Int\$ p.c. absolut angewachsen sind, gibt die Regierung insgesamt deutlich mehr für Gesundheit aus. Kaufkraftadjustiert stiegen die staatlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf von 2000 bis 2020 von US\$ 8,01 auf US\$ 23,97. Man kann folglich schließen, dass trotz erheblicher Probleme der Staatsfinanzierung insgesamt die Sektorfinanzierung spürbar zunahm, die abnehmende Bedeutung der Gesundheit im Staatshaushalt lässt die Nachhaltigkeit jedoch problematisch erscheinen.

Im Unterkapitel „Qualität der Implementierung“ wurde bereits darauf hingewiesen, dass die sich verschlechternde Finanzierung des Gesundheitswesens erhebliche Probleme für die Gesundheitsversorgung und damit für die Gesundheit der Bevölkerung impliziert. Dass die SSK in die Regierungsbudgets (4th Operation Plan) aufgenommen wurde, ist ein wichtiger, aber bei weitem nicht ausreichender Schritt in die richtige Richtung.

Die Abschätzung der Managementkapazitäten auf unterschiedlichen Ebenen ist schwierig. Generelle Aussage der Interviews ist, dass die Regierungsführung von Bangladesch noch Mängel aufweist, die allgemeine Tendenz jedoch positiv zu bewerten ist. Besonders wurde die Professionalität der einzelnen Mitarbeiter und der Führung des *Health Economics Unit* im MoHFW gelobt, die für die Umsetzung des HPNSDP und des SSK von großer Bedeutung war. Gleichzeitig ist die Abteilung jedoch viel zu klein und hat unzureichende Kapazität, um ihre gesamten Aufgaben zu erfüllen, wenn die Zahl der Distrikte mit SSK anwächst.

Aus Perspektive der Patienten hat sich die Situation tendenziell verschlechtert, was sich an den OOP- Gesundheitsausgaben absolut (per capita PPP) und relativ (% der Gesundheitsausgaben) zeigt. Während im Jahr 2011 noch 50,23 US\$ ausgegeben wurden, stieg der Betrag kaufkraftadjustiert bis 2021 auf 112,09 US\$ p.a. an. Der relative Anteil stieg von 68,18 % auf 72,99 % an.

Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten

Insgesamt war die Regierung von Bangladesch durchaus in der Lage, dieses große Programm mit Hilfe der externen Entwicklungspartner umzusetzen. Tabelle 14 zeigt, dass die tatsächlichen Ausgaben von HPNSDP über die Jahre hinweg nur etwas unterhalb der geplanten Ausgaben lagen, im Durchschnitt bei 93 %. Eine geringere Absorptionsrate weist lediglich das Verlängerungsjahr 2016/17 auf, wobei hierfür allein die Weltbank verantwortlich und keine deutsche EZ beteiligt war.

Die Jahreswerte dürften jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es innerhalb eines Jahres oft erhebliche Verzögerungen gab. So wurde mehrfach berichtet, dass in den ersten Monaten des Finanzjahres kaum Investitionen getätigt wurden. Vielmehr entstand ein „Ausgabenfieber“ kurz vor Ende des Finanzjahrs, d.h. von April bis Juni, was von einer verbesserungswürdigen Planung zeugt.⁴⁰ Das Finanzjahr im Gesundheitssektor Bangladeschs geht von Juli bis zum Juni des Folgejahres.

Auffällig ist, dass die Absorptionsrate in den einzelnen OPs sehr unterschiedlich war. Bei der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, bei Bauten (*physical facilities development*) und bei Ausbildung (*pre-service-education*) erreichte sie sehr hohe Werte (96 %, 97 %, 97 %), beim *Human Resource Management* (HRM), Managementinformationssystem und Medikamentenmanagement (*strengthening drug administration, management*) waren die Werte jeweils bescheiden (58 %, 68 %, 58 %, 48 %). Besonders bedauerlich ist, dass über die Hälfte der Mittel, die innerhalb der Komponente 2 für Gesundheitsökonomie und Finanzierung (*health economics and financing*) vorgesehen waren, nicht eingesetzt wurden (Absorptionsrate nur 48 %) [24]. Es entspricht auch der Wahrnehmung der meisten Interviewpartner, dass SSK nie vollständig in den SWAp integriert war. Auch HPNSDP hätte bereits SSK unterstützen können, das Nachfolgeprogramm ganz sicher. Die Integration dieser Krankenversicherung in das Sektorprogramm soll erst im SWAp V erfolgen.

Für die Bewertung der Nachhaltigkeit ist es auch wichtig zu betonen, dass sich die Finanzierungssituation über die SWAps hinweg verändert hat. Tabelle 15 zeigt, dass der Anteil des operativen Budgets über die SWAps hinweg gestiegen ist. Im gleichen Zeitraum ist der Finanzierungsanteil der externen Entwicklungspartner von ursprünglich 38,4 % auf 16,3 % gesunken, d.h., die Unabhängigkeit ist gestiegen, was als klarer Nachweis für eine verbesserte Nachhaltigkeit zu werten ist. Insgesamt legten mehrere Interviewpartner darauf Wert, zu betonen, dass die finanzielle und administrative Kapazität der Regierung, komplexe Programme durchzuführen, in den

⁴⁰ Die Weltbank weist für das Finanzjahr 2019/20 eine Absorptionsrate von 74,5 % aus (78,3 % für das Operating Budget, 68,8 % für das Entwicklungsbudget). Hier dürften unterschiedliche Berechnungsgrundlagen ausschlaggebend sein. Beide Werte weisen jedoch auf Verbesserungspotentiale des Finanzmanagements des MoHFW hin [14].

letzten Jahren gestiegen sei. Damit kann sich die Gebergemeinschaft auf Aufgaben außerhalb des SWAp konzentrieren, z. B. Innovationen, Klimaschutz und Gesundheit, d.h., der SWAp V wird voraussichtlich der Letzte sein. Für die Kernaufgaben des Gesundheitswesens benötigt Bangladesch voraussichtlich keine finanzielle Unterstützung mehr.⁴¹ Dies ist aber kein Ausdruck fehlender Nachhaltigkeit, sondern von Anpassungsfähigkeit. Der Prozess der Abstimmung und Koordination führte jedoch zu der Fähigkeit, bei Krisen (Corona-Pandemie, Flüchtlinge/Migration) wieder ins Gleichgewicht zurückzukehren. Dies wurde von Interviewpartnern betont. Wichtig dürfte sein, dass die Koordination und Abstimmung unter den externen Entwicklungspartnern und mit der Regierung von Bangladesch auch nach Ende des letzten SWAp erhalten bleibt.

Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit

Eine Bewertung einzelner Maßnahmen von HPNSDP ist schwierig, da das Programm 2016/17 beendet wurde und somit die meisten Investitionen nicht mehr unmittelbar wirksam sein können (z.B. Geräte abgeschrieben, Gebäude erneut renovierungsbedürftig, Personal versetzt). Deshalb wurden im Rahmen der Evaluierung acht Gesundheitseinrichtungen besucht und hier im Rahmen einer KoboToolbox-Untersuchung Interviews und jeweils eine Betriebsbesichtigung durchgeführt. Tabelle 7 zeigt die besuchten Einrichtungen.

Tabelle 4 (unter Effizienz) zeigt die Probleme, die vor Ort vorgefunden wurden. Mit Fokus auf Nachhaltigkeit kann festgehalten werden, dass das praktisch vollständige Fehlen präventiver Wartung zu einer Reduktion der Nutzungsdauer und damit zu fehlender Nachhaltigkeit von Gebäuden und Geräten führte. Das Managementtraining von Führungskräften konzentriert sich auf Administration (z.B. öffentliche Beschaffungsverfahren) und vernachlässigt systemisches Management, was zu einer Betriebsführung allein als Erfüllung staatlicher Vorschriften ohne Strategie und Nachhaltigkeit führte.

Die Nachhaltigkeit des Instrumentes SWAp selbst zeigt sich bereits darin, dass unmittelbar auf das Ende von HPNSDP der SWAp VI folgte, dem wiederum SWAp V in 2024 folgen wird. Die Foren, Reviews und Konsultationen erwiesen sich als sinnvoll und nachhaltig. Es ist anzunehmen, dass sie auch nach Ende von SWAp V fortgeführt werden.

Die Bewertung der Nachhaltigkeit des SSK erfordert eine differenzierte Betrachtung. Zuerst ist festzuhalten, dass alle Interviewpartner davon ausgehen, dass das Problem der sozialen Absicherung im Krankheitsfall in Bangladesch dringend und wichtig ist (siehe auch unter Effektivität, Effizienz). Die Problematik katastrophaler Gesundheitsausgaben im Krankheitsfall hat hohe Priorität, und die Instrumente der Gesundheitsfinanzierungsstrategie haben nach wie vor einen hohen Stellenwert. Weiterhin kam es tatsächlich zu einer Ausweitung der Versicherten sowie der eingeschlossenen Upazilas.

Tabelle 16 zeigt auf, dass im Jahr 2022 acht weitere Upazilas innerhalb des Tangail Distrikt folgten und damit die ursprüngliche Ausdehnung auf drei Upazilas und das Distriktkrankenhaus erheblich erweiterten. Die Zahl der Haushalte mit Krankenversicherung stieg von 81.649 auf 150.980, wenngleich die neu eingeschlossenen Upazilas deutlich weniger Haushalte aufweisen. Gleichzeitig zeigte zumindest die letzte Evaluierung der SSK von USAID 2020 durchaus positive Wirkungen (z.B. auf die Vermeidung katastrophaler Gesundheitsausgaben) [38, 39].

Diese positiven Wirkungen innerhalb des Tangail Distrikts kontrastieren jedoch mit der extrem niedrigen Ausbreitungsgeschwindigkeit der Krankenversicherung im gesamten Land. Ursprünglich war angedacht, einen Beitrag zur Finanzierungsstrategie zu leisten und eine Art ‚Blaupause für das ganze Land‘ zu erstellen. Es erstaunt, dass es bislang dazu nicht kam, obwohl alle Gesprächspartner unterstreichen, dass die soziale Absicherung im Krankheitsfall insbesondere für Armutsgruppen höchst relevant sei. Die Gründe hierfür sind vielfältig, z.B. die geringe personelle Kapazität der *Health Economics Unit*, das komplexe Entgelt-System nach einem *Diagnosis Related Group* (DRG)-System, die Beschränkung auf stationäre Fälle, die Konzentration auf öffentliche Gesundheitsdienstleister, der ursprüngliche Ausschluss chronisch-degenerativer Erkrankungen etc. Vor allem aber fand die Innovation während der Durchführung von SWAp III keine Promotoren, weder in der Regierung noch innerhalb der externen Entwicklungspartner.⁴² SSK blieb wirkungsvoll innerhalb seiner ursprünglichen Zielregion, erlebte aber noch keinen Roll-Out und wurde daher noch kein Innovationskeimling für das ganze Land. Während SSK bei Projektabschluss nur als bedingt nachhaltig bezeichnet wurde, gibt es allerdings im Moment Anzeichen dafür,

⁴¹ Bei einer Bevölkerung von über 170 Millionen und jährlichen Gesundheitsausgaben von fast 9 Milliarden US\$ würden Summen in der durchschnittlichen Höhe der Entwicklungshilfe keine signifikanten Unterschiede bewirken können. Es ist deshalb durchaus sinnvoll, sie in Zukunft auf Innovationen zu konzentrieren, die (noch) nicht Teil des staatlichen Gesundheitssystems sind.

⁴² Ein Interviewpartner bezeichnete SSK (aus Sicht der anderen Entwicklungspartner) als „Waisenkind“. Ein anderer Partner hoher Relevanz bezeichnete die Investition in SSK als „rausgeschmissenes Geld“. Dementsprechend fand SSK auch keinen Eingang in SWAp IV.

dass SSK doch noch die ursprünglich intendierte Innovationswirkung entwickeln könnte. Im Laufe des Jahres 2024 soll SSK im Rahmen des SWAp V in mindestens sechs weiteren Distrikten und zwei *City Corporations* implementiert werden. In einigen neuen Distrikten bzw. *City Corporations* (insb. Dhaka Süd und Dhaka Nord) wurden bereits die Identifizierung armer Bevölkerungsgruppen und die Vorbereitung von Verwaltungsstrukturen in den Gesundheitseinrichtungen für SSK-Patienten eingeleitet. Zusätzlich wurde die Zahl der abgedeckten Diagnosen von ursprünglich 50 auf jetzt 110 erhöht (und damit auch die *Non-Communicable Diseases* (NCDs) aufgenommen), was die Attraktivität von SSK erheblich erhöht. Positiv ist auch die Finanzierung weiterer Leistungen, wie z.B. Patiententransport und Dienstleistungen von Drittanbietern, soweit sie vom behandelnden Krankenhaus verschrieben wurden. Erweitert sich die Abdeckung noch mehr, dürfte dies jedoch die *Health Economics Unit* als leitende Agentur überfordern. Die *Health Financing Strategy* sieht die Entwicklung einer „*National Health Protection Authority*“ vor, welche alle Aktivitäten der sozialen Sicherung im Krankheitsfall bündeln soll. Bislang gibt es diese Agentur nicht und die Regierung scheint auch derzeit keine Schritte in dieser Richtung zu unternehmen. Ob sich die SSK unter der Bedingung struktureller Überlastung der HEU (und fehlendem Regierungswillen zur Entwicklung einer selbständigen Agentur) nachhaltig entfalten kann, bleibt abzuwarten.

Seit dem Beginn des ersten Sektorprogramms haben tiefgreifende Veränderungen stattgefunden und externe Schocks das Gesundheitssystem herausgefordert. So hatte die Flüchtlingskrise ab 2017 starke Auswirkungen auf Bangladesch und sein Gesundheitssystem. Schätzungsweise 850.000 Rohingya kamen als Flüchtlinge aus Myanmar, was bis heute erhebliche Anstrengungen erfordert [45]. Von 2020 bis 2022 wurde das Land mit der Corona-Pandemie konfrontiert [46], insbesondere während der Delta-Welle 2021 [47]. Langfristige Herausforderungen der Gesundheitsversorgung sind die fortschreitende Urbanisierung in den Mega-Cities, die demografische und epidemiologische Transition, der Klimawandel und damit verbunden die Zunahme von Dengue.

Zusammenfassung der Benotung:

Die FZ-Vorhaben zur Kofinanzierung des HPNSDP stellen eine systematische Einheit dar und wurden deshalb auch in einer EPE evaluiert. Sie können zwar finanziell, jedoch nicht wesensmäßig getrennt werden. Bzgl. ihrer Nachhaltigkeit ergibt sich ein gemischtes Bild. Auf Ebene der Gesundheitseinrichtungen erscheint die Nachhaltigkeit als durchschnittlich. Beim System des SWAp kann man eine gute Nachhaltigkeit konstatieren, der SWAp III wurde im Folgeprogramm SWAp IV fortgeführt. SSK funktioniert derzeit nur in einem Distrikt, dort jedoch nachhaltig, und es gibt zum Zeitpunkt der Evaluierung zumindest Hinweise auf die Vorbereitung eines umfassenderen Roll-outs. Eine Integration in den SWAp V soll erfolgen, allerdings liegen hierzu noch keine abschließenden Entscheidungen vor. In Abwägung dieser Dimensionen ist die Nachhaltigkeit als eingeschränkt erfolgreich zu bewerten.

Nachhaltigkeit: 3 (gilt für alle Vorhaben)

Gesamtbewertung: 2 (gilt für alle Vorhaben)

Auf Grundlage obiger Ausführungen lässt sich festhalten, dass die Wirkungen des HPNSDP für die Bevölkerung von Bangladesch von großer Bedeutung waren. Die gesundheitsbezogenen Indikatoren haben sich seit 2011 deutlich verbessert, ihre bei Programmprüfung gesetzten Zielwerte wurden größtenteils erreicht. Für das Instrument des SWAp und der Korbfinanzierung lässt sich ebenfalls feststellen, dass sie erfolgreich waren. Einige Elemente von Komponente 2 (Gesundheitssystemstärkung) sind nicht zufriedenstellend, und die Pilotierung der Krankenversicherung erfüllt die Erwartungen noch nicht, da sie zwar in Tangail-Distrikt nach wie vor funktionsfähig und relevant ist, jedoch noch nicht im ganzen Land verbreitet wurde. Bei einem Anteil von weniger als 2 % am Gesamtbudget der FZ kann dies allerdings nicht das Gesamtbild eines noch voll den Erwartungen entsprechenden Ergebnisses trüben.

Damit kann festgehalten werden, dass HPNSDP und damit auch die kofinanzierenden FZ-Vorhaben - bezogen auf sein ursprüngliches Ziel - die Erwartungen erfüllt. Erweitert man den Fokus, so muss festgestellt werden, dass durch eine frühere Einführung der Krankenversicherung, eine stärkere Bekämpfung der OOP sowie durch eine Förderung der privaten Gesundheitsdienste eine noch stärkere Wirkung möglich gewesen wäre. Insgesamt bewerten wir die das HDNSDP kofinanzierenden FZ-Vorhaben als erfolgreich.

Beiträge zur Agenda 2030

HPNSDP bzw. der deutsche EZ-Beitrag waren unmittelbar auf MDG 4 (Senkung der Kindersterblichkeit), MDG 5 (Verbesserung der Gesundheit von Müttern) und MDG 6 (Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten) bzw. SDG 3 (Gesundheit und Wohlergehen)⁴³ ausgerichtet, d. h., auf Gewährleistung eines gesunden Lebens für alle Menschen jeden Alters sowie auf die Förderung ihres Wohlergehens. Die in Kapitel „Entwicklungspolitische Wirkungen“ gezeigt wurde, sind die entsprechenden Indikatoren überwiegend positiv. Der Schwerpunkt auf Vulnerable (Mütter, Kinder, Armutsgruppen) entspricht ebenfalls der Agenda 2030. Der SWAp nutzte ex definitione die nationalen Systeme, setzte nationale Routinen um und koordinierte die Geber.

Eine explizite Ausrichtung an ökologischen Zielen erfolgte im HPNSDP nicht. Dies erstaunt, da Bangladesch mehr als viele andere Länder von der globalen Klimaveränderung betroffen ist, insb. durch den Anstieg des Meeresspiegels [48]. Auch wenn der Beitrag des Gesundheitswesens in Bangladesch hierfür minimal ist, wäre doch eine stärkere Berücksichtigung von Umweltauswirkungen des Gesundheitswesens möglich und sinnvoll gewesen. Im Rahmen von HPNSDP wurden Standards des Abfallmanagements entwickelt und in Gesundheitseinrichtungen eingeführt, aber nicht flächendeckend. Hierfür waren 20 Millionen US\$ vorgesehen [23]. Im Vergleich zum Gesamtvolumen ist dies fast vernachlässigbar. Tatsächlich erwies sich das Abfallmanagement bei den Projektbesuchen von Gesundheitseinrichtungen als großes Problem.

Projektspezifische Stärken und Schwächen sowie projektübergreifende Schlussfolgerungen und Lessons Learned

Zu den Stärken und Schwächen des Vorhabens zählen insbesondere:

- Der SWAp III während HPNSDP baute auf bestehenden Erfahrungen von SWAp I und II auf, die Steuerungssysteme waren etabliert und konnten genutzt werden.
- Die Regierung von Bangladesch entwickelte während HPNSDP eine Ownership für den SWAp und den Korb. Der Prozess der Harmonisierung wird auch von der Regierung als erfolgreich eingeschätzt, auch wenn in Zukunft nach SWAp V voraussichtlich keine Korbfinanzierung mehr verfolgt wird. HPNSDP war die „große Zeit des SWAp“, als die *Managementkapazität* der Regierung bereits professionell genug war, diesen durchzuführen, die *finanzielle Kapazität* aber noch nicht ausreichte, um diese Aufgabe alleine zu stemmen. Dass der neue SWAp V voraussichtlich der letzte sein wird, zeugt nicht von dem Versagen der Sektorprogramme, sondern von der positiven Entwicklung innerhalb der Regierung von Bangladesch.
- Die höchst relevanten Themen ‚Krankenversicherung‘ und ‚Klimaveränderung‘ wurden im SWAp III HPNSDP noch nicht berücksichtigt, finden sich voraussichtlich jedoch im neuen SWAp V ab 2024. Hier wäre eine Chance für deutsche EZ, Knowhow und wichtige Impulse einzubringen.
- Der Sektordialog führte zu gegenseitigem Vertrauen, was zu einer verbesserten Umsetzung der Maßnahmen beitrug. Schnelligkeit und Wirkstärke wurden durch die enge Zusammenarbeit maßgeblich erhöht.
- Die Pilotierung der sozialen Krankenversicherung für Armutsgruppen wurde gut geplant und implementiert. Auf Grund von fehlender Ownership von Seiten der Regierung von Bangladesch und der externen Entwicklungspartner konnte sie ihre Wirkung für das ganze Land bislang nicht entfalten und fristet noch ein Nischendasein. Dies soll sich voraussichtlich mit SWAp V ändern, hier ist sie integriert.
- Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund problematisch, da die Gesundheitsversorgung nur zu rund einem Viertel öffentlich und zu drei Vierteln privat erfolgt. Die landesweite Einführung einer Krankenversicherung könnte wirksam dazu beitragen, die hohen Out-of-Pocket-Zahlungen von rd. 73 % der Gesundheitsausgaben (2020) deutlich zu verringern und zur Armutsminderung beizutragen.

⁴³ Insb. 3.1 Müttersterblichkeit, 3.2 Kindersterblichkeit, 3.3 Infektionskrankheiten, 3.4 Chronisch-degenerative Erkrankungen, 3.7 Zugang zu sexual- und reproduktionsmedizinischer Versorgung, 3.8.1 Versorgung mit grundlegenden Gesundheitsdiensten, 3.b Impfstoffe und Medikamenten sowie 3.c Dichte und Verteilung von Gesundheitspersonal. Kaum abgedeckt wurden 3.5 Substanzmissbrauchs, 3.6 Unfälle, 3.8.2 Absicherung gegen finanzielle Risiken und 3.9 Umweltmedizin, 3.a Tabakkontrolle sowie 3.d Frühwarnung, Risikominderung und Management nationaler und globaler Gesundheitsrisiken.

Schlussfolgerungen und Lessons Learned:

Die FZ-Maßnahme leistete nicht nur einen wichtigen entwicklungspolitischen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in Bangladesch, sondern auch zu den Bemühungen des Landes, die externe Unterstützung zu harmonisieren. Der an die Korbfinanzierung geknüpfte Politikdialog gewährleistete eine stärkere Mitgestaltung bei der Formulierung von Sektorpolitiken und der Umsetzung von Reformen. Effizienz, Wirksamkeit und Sichtbarkeit des deutschen Engagements wurden somit signifikant erhöht. Der SWAp hat das Potential der Moderation, d. h., er kann Einzelmaßnahmen in ihrer Wirkung verstärken und ihre Umsetzungsgeschwindigkeit erheblich erhöhen. Die Korbfinanzierung ist hierfür ein besonders gut geeignetes Instrument, da sie die Verantwortung bei der Regierung des Partnerlandes stärkt. Allerdings fehlt bis heute eine konsequente Einbindung nachfrageseitiger Instrumente (insb. der Gesundheitsfinanzierung), so dass zu befürchten ist, dass sich die Disparität zwischen Arm und Reich bzw. städtischen Zentren und Peripherie noch verstärken könnte.

Im Sektor (MoHFW, externe Entwicklungspartner) überwiegt bis heute Unverständnis, dass die deutsche EZ sich aus dem Gesundheitssektor verabschiedet hat. Wenigstens die Einführung der Krankenversicherung hätte die deutsche EZ soweit begleiten sollen, bis die „Kinderkrankheiten“ überwunden gewesen wären.

Evaluierungsansatz und Methoden

Methodik der Ex-post-Evaluierung

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

Datenquellen und Analysetools: Literatur (siehe Anlagenband), Projektdokumentation, Diverse Datenbanken (z. B. World Development Indicators).

Interviewpartner: Gesprächspartner online vor der Mission: 10 Interviews á 60 Minuten, v. a. mit externen Entwicklungspartnern (8), Consultants (1) und Wissenschaftlern (1); Gesprächspartner während der Mission: Gesundheitsministerium (7)⁴⁴, Health Economics Unit (5), Finanzministerium (3), Universität Dhaka (2), Führungskräfte der Gesundheitseinrichtungen (>25), Sonstige (3).

Es erfolgte eine Erhebung von Einschätzungen und Erfahrungen von Patienten in 3 Upazila Healthcare Complexes. Der Spot-Survey wurde von Mitarbeitern und Studierenden der Universität Dhaka (Dep. Health Economics) unter Aufsicht des Gutachters mit Hilfe von KoboToolbox durchgeführt. Tabelle 7 zeigt die besuchten Einrichtungen.

Tabelle 7 Besuchte Einrichtungen.

	Dhaka	Tangail Distrikt
Tertiärkrankenhäuser (<i>Specialized hospital</i>)	Shaheed Suhrawardy Medical College and Hospital (1350 Betten)	
Allgemeinkrankenhaus (<i>general hospital</i>)	Kurmitola General Hospital (500 Betten)	Tangail General Hospital (250 Betten)
Kleinkrankenhaus		Kalihati Upazila Health Complex, (50 Betten) Ghatail Upazila Health Complex (50 Betten)
Dispensarium	Sher-e-Bangla Nagar Outdoor Dispensary	Dighail Kandi Health and Family Welfare Centre
<i>Community Clinic</i>		Shahpur Community Clinic

Quelle: Eigene Darstellung.

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

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

Folgende Aspekte limitierten die Evaluierung: Es konnten keine Budgets und Einnahmenüberschussrechnungen für Gesundheitseinrichtungen eingesehen werden.

⁴⁴ Zahlen in Klammern geben die Zahl der Gesprächspartner an.

Methodik der Erfolgsbewertung

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

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

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

Impressum

Verantwortlich:

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

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

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

Anlagenverzeichnis:

- Anlage 1: Abkürzungsverzeichnis
- Anlage 2: Schaubilder und Tabellen
- Anlage 3: Zielsystem und Indikatoren
- Anlage 4: Risikoanalyse
- Anlage 5: Projektmaßnahmen und Ergebnisse
- Anlage 6: KoBo-Toolbox
- Anlage 7: Empfehlungen für den Betrieb
- Anlage 8: Evaluierungsfragen entlang der OECD DAC-Kriterien/Ex-post-Evaluierungsmatrix
- Anlage 9: Literaturverzeichnis (Hauptteil und Anlagenband)

Anlage 1: Abkürzungsverzeichnis

ADP	Annual Development Plan
APR	Annual Program Review
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMI	Body-Mass-Index
CHE	catastrophic health expenditure
CPI	Corruption Perception Index
CPR	Contraceptive prevalence rate
DALY	Disability-adjusted life years
DFAU	Australian Government Department of Foreign Affairs and Trade
DI	Demokratieindex
DLI	Disbursement Linked Indicators
DMT2	Diabetes Mellitus Typ 2
DRG	Diagnosis Related Group
EDP	External Development Partner
EPE	Ex-Post-Evaluation
ERD	Economic Relations Division
FSI	Fragile State Index
GDP	Gross Domestic Product
GoB	Government of Bangladesh
HDI	Human Development Index
HEU	Health Economics Unit
HFWC	Health and Family Welfare Center
HIV/AIDS	Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome
HNPS	Health Nutrition and Population Sector Program
HPNSDP	Health Population and Nutrition Sector Development Program
HPNSP	Health Population and Nutrition Sector Program
HPSP	Health and Population Program
HRM	Human resource management
IOI	Intermediate Outcome Indicators
JFA	Joint Financing Arrangement
KPI	Key performance Indicator (Schlüsselindikator)
LCG	Local Consultative Group
MCH	Mother and Child Healthcare
MDG	Millennium Development Goal
MDTF	Multi Donor Trust Fund
M&E	Monitoring & Evaluation
MoF	Ministry of Finance
MoHFW	Ministry of Health and Family Welfare
MoLGRDC	Ministry of Local Government Rural Development and Cooperative
NCD	Non-Communicable Disease
NGO	Non-Governmental Organisation

OI	Outcome Indikatoren
OOP	out-of-pocket expenditure
OP	Operational Plan
PM	Prozessmanagement
PPP	Purchasing Power Parity
QM	Qualitätsmanagement
SDG	Sustainable Development Goal
SDTF	Single donor trust fund
SSK	Shasthyo Shurokhsha Karmasuchi (Gesundheitsschutzprogramm)
SWAp	Sector-wide Approach
UHC	Universal Health Coverage

Anlage 2: Schaubilder und Tabellen

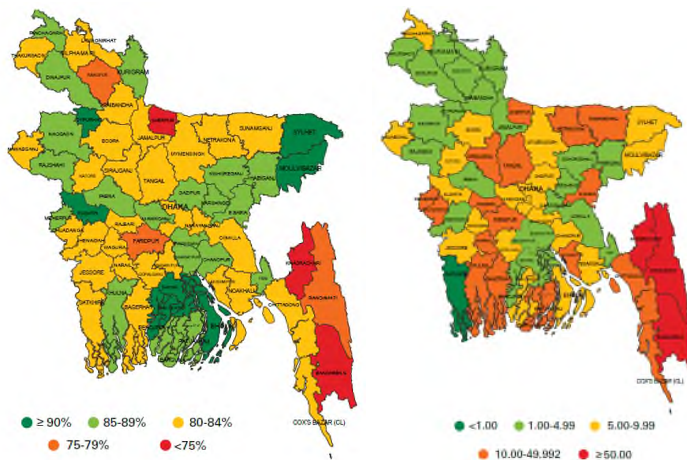


Abbildung 6 Disparitäten im Gesundheitswesen von Bangladesch. Beispiel: Impfabdeckung (links) und Maserninzidenz (rechts). Quelle: [21]

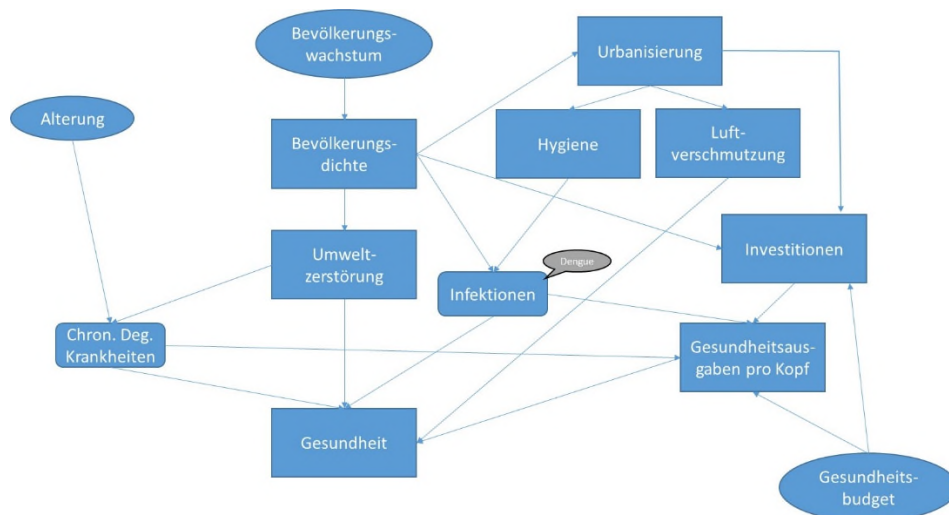


Abbildung 7 Konsequenzen von Bevölkerungswachstum und Bevölkerungsdichte. Quelle: eigene Darstellung

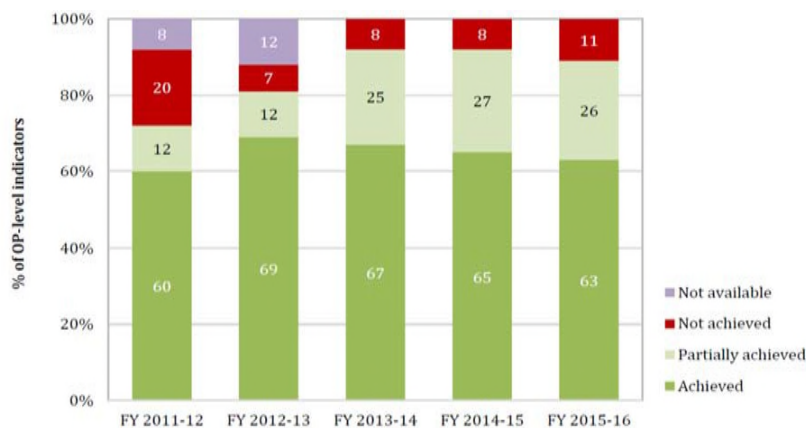


Abbildung 8 Zielerreichungsgrade der Indikatoren des HPNSPD während der verschiedenen Finanzjahre von HPNSPD. Quelle: [23].

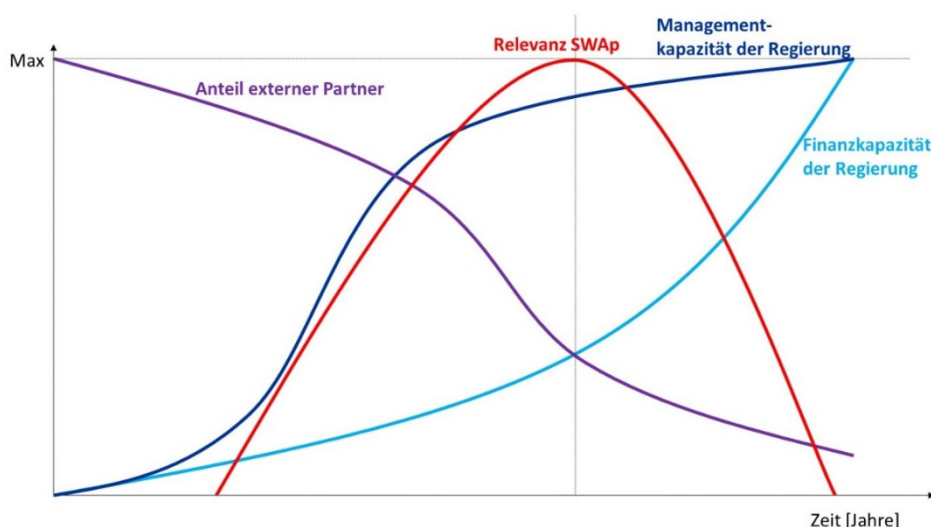


Abbildung 9 Regierungskapazität und SWAp. Quelle: eigene Darstellung.

Hinweis: Wir brauchen für SWAp eine gewisse Mindestkapazität im Management der Regierung, sonst kann er nicht funktionieren. Wenn die finanziellen Mittel und die Managementkapazität der Regierung steigen, ist der SWAp das Instrument der Wahl. Wenn aber die Inputs der Geber anteilig so gering sind und die Managementkapazität der Regierung so hoch sind, dass sie ihre Aufgaben überwiegend selbstständig durchführen kann, können sich die Geber wieder auf Einzelprogramme konzentrieren.

Tabelle 8 Sektorprogramme im Gesundheitswesen von Bangladesch

Korbfinanzierungsprogramme	Dauer	Finanzierung (GoB ¹ Anteil)	Ko-Finanzierer
Health and Population Program (HPSP) SWAp I	1998-2003	US\$ 2,2 Mrd. (62 %)	Weltbank, Kanada, Deutschland, Niederlande, Schweden, UK, EU
Health, Nutrition and Population Sector Program (HNPS) – SWAp II	2003-2011	US\$ 5,4 Mrd. (67 %)	Weltbank, Kanada, Deutschland, Niederlande, Schweden, UK, EU, UNFPA
Health, Population and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) – SWAp III	2011-2016	US\$ 7,7 Mrd. (76 %)	Weltbank, Kanada, Schweden, Australien, UK, Deutschland, USA
Health, Population and Nutrition Sector Program" (HPNSP) – SWAp IV	2017-2024	14,7 Mrd. US\$ (84 %)	Weltbank, Kanada, Schweden, UK, Niederlande

Tabelle 9 Outcome-Indikatoren des HPNSDP, die ab 2017 noch aktualisiert wurden

Indikatoren	Komp.	Baseline	Ziel	Wert 2016	Wert (letzter) ²
Coverage of measles immunization for children under 12 months' age	1	82,4%	90,0%	86,1%	97 % (2022)
Coverage of modern contraceptives in low performing areas of Bangladesh – Sylhet	1	35,7%	50,0%	42,6	44 % (2022)
Coverage of modern contraceptives in the low performing areas of Bangladesh – Chittagong	1	46,8%	50,0%	47%	49 % (2022)
Proportion of births in health facilities	1	23,7%	40,0%	37, 4%	65 % (2022)

¹ GoB: Government of Bangladesh.

² Die epidemiologischen Statistiken beziehen sich auf das Kalenderjahr (Januar – Dezember), während die administrativen Daten auf das Haushaltsjahr (Juli – Juni) referieren.

Proportion of infants exclusively breastfed up to 6 months of age	1	43,0%	50,0%	55,3%	55 % (2022)
Health personal receiving training (number)	2	0	810.000	852.215	457.299 (2023)
MOHFW's web-based complaint mechanism	2	-	Estbl.	Estbl.	Estbl. (2024)
Number of functional Community Clinics	2	10.323	13.500	13.194	15.126 (2023)
Number of households under SSK	2	0	100.000	77.000	150.980 (2023)
Proportion of annual work plans with budgets submitted by line directors by defined time period (July/Aug)	2	0%	100%	100%	100 % (2023)
Proportion of OPs with expending > 80% of ADP allocation ³	2	45 %	100 %	69 %	45 % (2023)

Quelle: AK, SSK-Information System 2023, persönliche Informationen [23, 36, 49-51]

Tabelle 10 Weitere Projekte der Entwicklungszusammenarbeit. Quelle: KfW, GIZ.

BMZ-No.	Bezeichnung	TZ/FZ	Betrag [Mio. EUR]	Form	Zeitraum
200366237	Gesundheits-, Ernährungs- und Bevölkerungsprogramm (HNPSp)	FZ	45,3	Zuschuss	2005-2011
200366237	Health, Nutrition and Population Program (HNPSp)	TZ			
200570424	Begleitmaßnahme HNPSp	FZ	1,3	Zuschuss	2005-2011
200570424	Accompanying measure HNPSp	TZ			
200821082	Multidisziplinäres HIV/AIDS-Programm in Chittagong, Rajshahi, Khulna und Sylhet	TZ	3,7	Zuschuss	2005-2011
201021971	Unterstützung des Sektorprogramms Gesundheit in Bangladesch	TZ	2,5	Zuschuss	2005-2011
201065358	Gesundheits-, Bevölkerungs- und Ernährungssektor Entwicklungsprogramm (HNPSp)	FZ	12,5	Zuschuss	2011-2016
201065358	Health, Population and Food Sector Development Programme (HNPSp)	TZ			
201070523	Begleitmaßnahme HPNSDP	FZ	1	Zuschuss	2011-2016
201070523	Accompanying measure HPNSDP	TZ			
201366236	Gesundheits-, Bevölkerungs- und Ernährungssektor Entwicklungsprogramm (HNPSp) Mittelaufstockung	FZ	19,4	Zuschuss	2012-2016
201366236	Health, Population and Food Development Programme (HNPSp) Increased funding	TZ			
201668946	Trinkwasserressourcenmanagement Dhaka	FZ	90	Zuschuss	seit 2018
202068260	Corona-Soforthilfe Textilsektor Bangladesch	FZ	20	Zuschuss	seit 2020
201121672	Bewältigung der demografischen Herausforderungen in Bangladesch	TZ	4	Zuschuss	2012-2012
202218303	Verbesserte WASH-Einrichtungen sowie Kinder- und Jugendschutz in Rohingya-Camps und Gastgemeinden	FZ	20	Zuschuss	seit 2022
202068534	Verbessertes Sanitär und Abfallmanagement für Rohingya-Camps und Gastgemeinden in Bangladesch	FZ	19	Zuschuss	seit 2021

Tabelle 11 Komponenten des SWAp IV (2017-2022)

Komponente	Strategisches Ziel
Component 1: Governance and stewardship of the sector.	Strategic objective 1: To strengthen governance and stewardship of the public and private health sectors. Strategic objective 2: To undertake institutional development for improved performance at all levels of the system. Strategic objective 3: To provide sustainable financing for equitable access to health care for the population and accelerated progress towards universal health coverage.

³ ADP: Annual Development Plan.

Component 2: Stronger health systems Strategic objective 4: To strengthen the Ministry of Health and Family Welfare's capacity in core health systems (financial management, procurement, infrastructure) Strategic objective 5: Establish a high quality health workforce available to all through public and private health service providers. Strategic objective 6: To strengthen the evidence base for health sector decision-making.
Component 3: Quality health services Strategic objective 7: To improve equitable access to and utilization of quality health, nutrition and family planning services. Strategic objective 8: To promote healthy lifestyle choices within a healthy environment.

Tabelle 12 Disbursement Linked Indicators des SWAp IV (2017-2022)

Indikator	Trigger für Komponente
DLI 1. System for citizen feed-back is strengthened	1
DLI 2. Budget planning and allocation is improved	1
DLI 3. Financial management system is strengthened	2
DLI 4. Asset management is improved	2
DLI 5. Procurement process is improved using information technology	2
DLI 6. Institutional capacity is developed for procurement and supply management	2
DLI 7. Availability of midwives for maternal care is increased	2
DLI 8. Information system is strengthened, including gender disaggregated data	2
DLI 9. Postpartum family planning services are improved	3
DLI 10. Utilization of maternal health care services is increased	3
DLI 11. Emergency obstetric care services are improved	3
DLI 12. Immunization coverage and equity are enhanced	3
DLI 13. Maternal nutrition services are expanded	3
DLI 14. Infant and child nutrition services are expanded	3
DLI 15. School-based adolescent HNP program is developed and implemented	3
DLI 16. Emerging challenges are addressed	3

Tabelle 13 Prozentuale Erreichung der Sustainable Development Goals 1-5 Bangladesh

Jahr	SDG 1: Armut	SDG 2: Hunger	SDG 3: Gesundheit	SDG 4: Ausbildung	SDG 5: Geschlechter- gerechtigkeit
2011	54,9	59,2	49,6	53,1	42,3
2012	55,8	61,9	49,6	53,0	45,4
2013	57,3	65,6	51,6	59,5	48,2
2014	58,0	63,3	53,3	59,5	48,2
2015	59,7	62,4	55,3	60,6	49,1
2016	59,8	63,2	56,8	65,5	49,3
2017	62,5	64,1	60,0	64,9	51,1
2018	67,0	70,3	59,9	68,5	51,7
2019	69,0	69,8	62,5	69,2	53,8
2020	69,8	70,1	63,4	69,0	54,1
2021	73,4	70,5	61,7	89,7	54,3
2022	79,1	70,8	60,5	89,7	54,5

Quelle: [42]. Score zwischen null (schlechtester möglicher Wert) und 100 (bestmöglicher Wert)

Tabelle 14 Geplante und tatsächliche Ausgaben von HPNSDP [jeweils in 10.000.000 Taka]. Quelle: [24]

Finanzjahr	Geplante Ausgaben	Tatsächliche Ausgaben	Absorptionsrate in %
2011-2012	2285	1993	92
2012-2013	2832	2564	96
2013-2014	31251	2786	94
2014-2015	3559	2983	90
2015-2016	4215	3404	91
2016-2017	2032	1622	80
2011-2016	16012	13730	93
2011-2016	18044	15352	93

Tabelle 15 Vergleich von HPSP, HNPSP, HPNSDP und HPNSP (in 10 Mio. Taka). Quelle: [14]

Inhalt	Träger	HPSP (1998-2003)	HNPSP (2003-2011)	HPNSDP (2011-2016)	HPNSP (2017-2024)
Investitionsbudget	GoB	14,7 %	16,9 %	15 %	21,3 %
	EEP ⁴	38,4 %	27,5 %	24 %	16,3 %
	Summe	53,1 %	44,3 %	39 %	37,7 %
Operatives Budget	GoB	46,9 %	55,7 %	61 %	63,3 %

Tabelle 16 Leistungsdaten des SSK im Tangail Distrikt (jeweils von Beginn des SSK im Upazila bis Mai 2023).

Upazila Health Complex	Beginn des SSK	Ambulante Patienten	Aufnahmen	Arme Haushalte	Eingeschlossene Haushalte
Kalihati	24.3.2016	45.139	10.213	27.928	27.928
Ghatail	14.9.2017	37.884	9.898	27.253	27.253
Madhupur	19.9.2017	57.786	17.310	26.468	26.468
Delduar	01.4.2022	2.957	813	12.019	11.697
Dhanbari	01.4.2022	4.045	1.060	10.672	10.137
Shakipur	25.6.2022	3.770	674	13.272	12.802
Nagarpur	25.6.2022	2.430	601	19.477	17660
Gopalpur	01.8.2022	350	2	6.586	6.419
Bhuapur	01.7.2022	2.041	394	4.372	4.273
Mirzapur	01.7.2022	1.479	351	4.248	4.056
Basail	01.8.2022	1.030	26	2.357	2.287
Tangail Sadar		0	0	4.043	0
Tangail Gen. Hospital	1.5.2016	0	3.546		
Total		158.911	44.888	158.695	150.980

Quelle: SSK-Information System 2023, persönliche Information

⁴ GoB: Regierung von Bangladesch; EEP: Externe Entwicklungspartner.

Anlage 3: Zielsystem und Indikatoren

Das primäre Ziel von HPNSDP sowie des Beitrags der deutschen FZ ist die verbesserte Verfügbarkeit und Nutzung von patientenorientierten, effektiven, effizienten, fairen, preiswerten, allgemein zugänglichen und qualitativ guten Dienstleistungen für Gesundheit, Familienplanung und Ernährung. Die Aufgabe der Begleitmaßnahme bestand im Design und der Pilotierung eines Versicherungssystems im Tangail Distrikt (Leistungsumfang, Abrechnungsmodalität, Einschreibung, Leistungen, Administration), was zu einer angemessenen Nutzung der stationären Gesundheitsdienste durch die Zielgruppe führen sollte. Der FZ-Beitrag sollte damit einen Beitrag zur Unterstützung der nationalen Gesundheitspolitik, der Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und zu einem besseren Gesundheitsstatus leisten und damit zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung und zur Harmonisierung zwischen den externen Entwicklungspartnern untereinander und mit der Regierung von Bangladesch beitragen.

Die Indikatoren zur Zielerreichung wurden ursprünglich im Result Framework für das HPNDSP festgelegt und als Anlage 2 des Projektvorschlages dokumentiert (Wirkungsmatrix). Es wurden dort acht s.g. Key Performance Indikatoren festgelegt, die sich vollständig auf der Impact Ebene befinden. Es wurden 32 Operational Plans definiert und im Results Framework mit Indikatoren belegt, wobei die meisten auf der Ebene der Outcomes anzusiedeln sind. Insgesamt gab es 158 Indikatoren und Unter-Indikatoren.

Ziel auf Outcome-Ebene	Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)
Verbesserte Verfügbarkeit und Nutzung von patientenorientierten, effektiven, effizienten, fairen, preiswerten, allgemein zugänglichen und qualitativ guten Dienstleistungen für Gesundheit, Familienplanung und Ernährung	Die Outcome-Indikatoren wurden in der abschließenden Evaluation der Weltbank detailliert begutachtet. Sie sind auch heute als relevant und zielführend einzuschätzen.
	Für die EPE sollten aus der Liste der Outcome-Indikatoren diejenigen ausgewählt werden, die einen hohen Einfluss auf die Impact-Indikatoren haben und durch die Maßnahmen des Programms klar beeinflusst werden konnten.

Indikator	Bewertung der Angemessenheit	Zielniveau PP (2016)	Status PP (Daten von 2011)	Status AK (2016)	Status EPE (div. Datenjahre)
Erhöhte Nutzung von Kontrazeptiva (CPR; % Frauen im produktionsfähigen Alter (15-49 Jahre) [%])	Relevanter Outcome-Indikator für Fruchtbarkeitsrate, Mütter- und Neugeborenensterblichkeitsrate. Wird routinemäßig erfasst.	72 %	62 %	63 %	64 % (2022)
Erhöhter Anteil sicherer Entbindungen (Geburten mit professioneller Betreuung) [%]	Relevanter Outcome-Indikator für Mütter-, Neugeborenen-Säuglings- und Kindersterblichkeitsrate. Wird routinemäßig erfasst.	50 %	26 %	50 %	70 % (2021-22)
Erhöhter Anteil Kinder von 6-59 Monaten, die Vitamin A in den letzten 6 Monaten erhalten haben [%]	Relevanter Outcome-Indikator für Kindersterblichkeitsrate. Wird routinemäßig erfasst.	90 %	83 %	99 %	97 % (2020)
Stillquote (Anteil Kinder, die bis 6 Monate ausschließlich gestillt werden) [%]	Relevanter Outcome-Indikator für Neugeborenen-, Kinder- und Säuglingssterblichkeitsrate sowie Prävalenz von Untergewicht und chronischer Unterernährung. Wird routinemäßig erfasst.	50 %	43 %	65 % (2018)	63 % (2019)
Zahl funktionsfähiger Community Clinics	CC sind zentral für die Basisversorgung der Bevölkerung	13.500	10.323	13.194	15.126 (2023)
Anteil der rechtzeitig vorgelegten jährlichen Arbeitspläne und Budgets	Arbeitspläne und Budgets als Maßstab für funktionsfähige Planung	100 %	0	100 %	100 % (2023)
Absorptionsrate der operativen Pläne	Absorptionsrate als Maß der Implementierung	80 %	45 %	60 %	45 % (2023)
Zahl der versicherten Haushalte in Pilotunterdistrikten	Relevanter Outcome als Grundlage für soziale	AK: 100.000 Haushalte	0	77.000 (2018)	150.980

	Absicherung der Armutsgruppen				
--	-------------------------------	--	--	--	--

Quelle: PV, AK [1, 23, 36]. Für die Relevanz einzelner Faktoren siehe auch: [52]

Ziel auf Impact-Ebene	Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)
Beitrag zur Unterstützung der nationalen Gesundheitspolitik, der Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung und zu einem besseren Gesundheitszustand	- Das Impact-Ziel ist angemessen aus heutiger und damaliger Sicht, um die Wirksamkeit der Intervention zu messen. - Der Indikator zur HIV-Prävalenz bei Risikogruppen erweist sich irrelevant, da - Die HIV-Prävalenz durch die Maßnahmen von HPNDSP kaum beeinflussbar ist - Die Risikogruppe nicht trennscharf definiert ist - Von Anfang an nicht die Prävalenz der Risikogruppe, sondern der Gesamtbevölkerung angegeben wurde (so auch in AK)

Indikator	Bewertung der Angemessenheit	Zielniveau PP	Status PP (Daten von 2011)	Status AK (div. Datenjahre)	Status EPE (div. Datenjahre)
(1) Säuglingssterblichkeit (Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten)	Gut geeigneter Impact-Indikator für die Wirkung der Maßnahmen. Gut messbar, internationale Statistiken	31	52	28,3 (2016)	22,9 (2021)
(2) Kindersterblichkeit (Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten)	Gut geeigneter Impact-Indikator für die Wirkung der Maßnahmen. Gut messbar, internationale Statistiken	48	65	32,4 (2016)	27,3 (2021)
(3) Neugeborenensterblichkeit (Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten)	Gut geeigneter Impact-Indikator für die Wirkung der Maßnahmen. Gut messbar, internationale Statistiken	21	37	20,1 (2016)	16 (2021)
(4) Müttersterblichkeit (Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten)	Gut geeigneter Impact-Indikator für die Wirkung der Maßnahmen. Gut messbar, internationale Statistiken	< 143	194	176 (2015)	123 (2020)
(5) Fruchtbarkeit (Kinder pro Frau)	Gut geeigneter Impact-Indikator für die Wirkung der Maßnahmen. Gut messbar, internationale Statistiken	2	2,7	2,3 (2014)	1,981 (2021)

(6) Prävalenz chronischer Unterernährung ("Stunting") bei Kindern < 5 Jahre	Gut geeigneter Impact-Indikator für die Wirkung der Maßnahmen. Gut messbar, internationale Statistiken	38%	43,2%	36,4% (2014)	23,6% (2022)
(7) Prävalenz des Untergewichts bei Kindern < 5 Jahre	Gut geeigneter Impact-Indikator für die Wirkung der Maßnahmen. Gut messbar, internationale Statistiken	33%	41%	33% (2014)	22,0% (2022)

Quelle [1, 23, 36]

Anlage 4: Risikoanalyse

Risiko	Relevantes OECD-DAC Kriterium		Bewertung
Treuhänderische Risiken	Effizienz	Treuhänderische Risiken (öffentliches Finanzmanagement, Beschaffungswesen). Hier liegen hohe Risiken bei mittlerer Beeinflussbarkeit durch die Verfahren von Korb- und Parallelfinauzierungen des Programms vor	wurde durch Weltbank vollständig getragen
Risiken im Beschaffungsbereich	Effizienz	in Prüfungsbericht benannt, nicht explizit in Abschlusskontrolle.	teilweise Konzentration der Beschaffung auf wenige Monate
Managementkapazität des MoHFW	Effizienz	Kapazitätsdefizite bei der Umsetzung von Programmkomponenten (mittleres Risiko bei mittlerer Beeinflussbarkeit) und mangelnde Akzeptanz von technischer Unterstützung (mittleres Risiko bei mittlerer Beeinflussbarkeit)	Verbesserungsfähig bei guter Tendenz
Umweltrisiken	Nachhaltigkeit	In Prüfungsbericht benannt, insb. durch infektiöses Material	Im Gesundheitswesen grundsätzliches Problem auch außerhalb des SWAp
Politische Rahmenbedingungen	Relevanz	Unzureichende Verbesserungen bzw. Verschlechterungen der politischen Rahmenbedingungen (mittleres Risiko bei geringer Beeinflussbarkeit),	nicht eingetreten
Reformwille	Relevanz	Mangelnder Reformwillen seitens der Regierung oder starke Widerstände in der Verwaltung bei der Umsetzung von geplanten Reformen (mittleres Risiko bei mittlerer Beeinflussbarkeit),	bedingt eingetreten
Zielgruppe	Relevanz	Eingeschränkte Partizipation der Zielgruppe (mittleres Risiko, mittlere Beeinflussbarkeit)	teilweise eingetreten
Eigenbeiträge	Relevanz	Unzureichende Bereitstellung von Eigenbeiträgen (hohes Risiko, mittlere Beeinflussbarkeit).	nicht eingetreten

Die Abschlusskontrollen zu den drei evaluierten FZ-Vorhaben innerhalb HPNSDP sowie zur SKK sprechen Risiken nur kursorisch, aber nicht einzeln an. Die Weltbank [23] und die Interviewpartner beurteilen die Risiken zur Nachhaltigkeit der erreichten Ziele des SWAp als mittel bei mittlerer Beeinflussbarkeit. Diese Einschätzung wurde durch diese Evaluierung bestätigt.

Anlage 5: Projektmaßnahmen und deren Ergebnisse

Es ist nicht möglich, im Rahmen dieser EPE *alle* Einzelmaßnahmen aufzulisten, die im Umfang von 7.7 Mrd. US\$ 2011 bis 2016 durchgeführt und aus FZ-Mitteln kofinanziert wurden. Hierzu sei auf die ausführlichen Evaluierungen der Weltbank [23] und des GoB [24] verwiesen. Tabelle 17 und Tabelle 18 zeigen die Komponenten, Handlungsfelder und Maßnahmen auf, die Tabelle 19 zusätzlich die Indikatorik.

Tabelle 17 Komponenten und Maßnahmen des HPNSDP, **Komponente 1**. Quelle: [49]

Komponente	Handlungsfeld	Maßnahme
Komponente 1: Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen	Verbesserte Nutzung essentieller Gesundheitsdienstleistungen	Geburtshilfe
		Familienplanung
		Schwangerenvor- und -nachsorge
		Impfungen
		Vitamin-A Supplementierung
		Behandlung ausgewählter Krankheiten, insb. TB
	Verteilungsgerechtigkeit	Erhöhung des Anteils professional begleiteter Geburten insbesondere für vulnerable Gruppen
		Nutzung von Kontrazeptiva insbesondere in den Divisions von Sylhet und Chittagong
		Einsatz des Vouchers für Geburten bei Armutsgruppen
	Verbessertes Gesundheitsverhalten	Ausschließlichen Stillens in den ersten sechs Monaten
		Altersgemäße Ernährung für Kinder von 6-23 Monaten
	Stärkung der <i>Community Clinics</i>	Erhöhung der Patientenzahlen in <i>Community Clinics</i>

Tabelle 18 Komponenten und Maßnahmen des HPNSDP, **Komponente 2**. Quelle: [49]

Komponente	Handlungsfeld	Maßnahme
Komponente 2: Stärkung des Gesundheitssystems	Planung und Budgetierung	Zuweisungen zu Upazilas
		Verbesserung der <i>Annual Work Plans</i>
	Monitoring und Evaluation System	Verbesserung des Management Information Systems
		Regelmäßige Erstellung und Analyse der Ergebnisberichte
	Entwicklung und Management der Humanressourcen	Stellenbesetzung
		Training von Hebammen für untere Ebenen
		24/7 Dienstbereitschaft der Gesundheitseinrichtungen auf unteren Ebenen
	Qualitätssicherung	Reduktion der Fallsterblichkeit, insb. bei Kindern mit Pneumonie
	Beschaffung und Logistik	Reduktion der Lagerfehlmengen, insb. bei Kontrazeptiva
	Infrastruktur und Wartung	Ausbau von Toiletten, insb. separat für Frauen und Männer
	Sektormanagement und Rechtsrahmen	Entwicklung eines Rechtsrahmen zur Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen
	Dezentralisierung	Erhöhung der Bedeutung der Planung auf unteren Ebenen
	SWAp und Koordination der externen Entwicklungspartner	Transparenz der nicht am Korb beteiligten Zuwendungen
	Finanzmanagement	Verbesserung des Audits und der Bearbeitungszeit

Tabelle 19 Komponenten, Ergebnisse und Outcome-Indikatoren des HPNDSP. Quelle: [23, 49]

Comp.	Result No.	No.	Indicator
Component 1: Service delivery improved	Result 1.1 Increase utilization of essential HPN services (maternal, neonatal, and child health; family planning and reproductive health; nutrition services; communicable diseases)	1	% of deliveries by skilled birth attendants
		2	Antenatal care coverage (at least 4 visits)
		3	% of women receiving postnatal checkup within 2 days of delivery from a medically trained provider
		4	Contraceptive prevalence rate (CPR)
		5	Unmet need for FP
		6	Measles Immunization Coverage by 12 months
		7	% of children (0-59 months) with pneumonia receiving antibiotics
		8	% of children (6-59 months) receiving Vitamin A supplementation in the last 6 months
		9	TB case detection rate
	Result 1.2 Improve equity in essential HPN service utilization (MDGs 1, 4, 5 and 6)	10	Proportion of births in health facilities by wealth quintiles
		11	Use of modern contraceptives in low performing areas of Sylhet and Chittagong
		12	# of Upazilas with women targeted by improved voucher scheme for having institutional deliveries
	Result 1.3 Improved awareness of healthy behavior (MDG 1, 4, 5)	13	Rate of exclusive breastfeeding in infants up to 6 months
		14	% of children 6-23 months fed with appropriate Infant and Young Child Feeding (IYCF) practices
	Result 1.4 Improved PHC-CC systems	15	# of Community Clinics (CC) with increasing number of service contacts
		16	% of upgraded union-level facilities able to provide basic EmOC services
Component 2: Strengthened Health Systems	Result 2.1 Strengthened planning and budgeting procedures	17	% of MoHFW budget allocated to Upazila level or below
		18	% of annual work plans with budgets submitted by LDs by defined time period (July/Aug)
	Result 2.2 Strengthened monitoring and evaluation systems	19	MIS reports on service delivery published and disseminated annually
		20	Performance report of OPs reviewed with policy makers, MoHFW, Directorates and DPs, six monthly and annually each FY
	Result 2.3 Improved human resources – planning, development and management	21	Proportion of service provider positions functionally vacant at Upazila/District level and below, by category
		22	# of additional providers trained in midwifery at Upazila health facilities
		23	No. of comprehensive EmOC facilities with functional 24/7 services
	Result 2.4 Strengthened quality assurance and supervision systems	24	Case fatality rate among admitted children with pneumonia in Upazila Health Complexes
	Result 2.5 Sustainable and responsive procurement and logistic system	25	% of health facilities, by type, without stock-outs of essential medicines at time of survey
		26	% of facilities without stock-outs of contraceptives at time of survey
	Result 2.6 Improved infrastructure and maintenance	27	% of facilities (excluding CCs) having separate, improved toilets for female clients
	Result 2.7 Sector management and legal framework	28	Regulatory framework for accreditation of health facilities including hospitals (both in the public and private sectors) reviewed and updated
	Result 2.8 Decentralization through LLP procedures	29	# of Districts/Upazilas having functional LLP procedures
	Result 2.9 SWAp and improved DP coordination (deliver on the Paris Declaration)	30	# of non-pool DPs submitting quarterly expenditure reports each FY
	Result 2.10 Strengthened Financial Management Systems (funding and reporting)	31	% of project aid fund (e.g. development budget) disbursed annually and quarterly by FY
		32	% of OPs with spending > 80% of ADP allocation (annually)
		33	% of serious audit objections settled within the last 12 months

Tabelle 20 zeigt den Anteil der jeweiligen operativen Pläne am Gesamtentwicklungsbudget von HPNSDP. Die Spalte „Priorität“ gibt eine Pareto-Staffelung wieder. Vier Pläne (12,5 %) decken mehr als 50 % der Gesamtkosten ab (Priorität 1), wobei die Entwicklung der physischen Infrastruktur allein 20,1 % der Gesamtkosten beisteuert. Weitere 19 % bzw. 6 Pläne decken weitere 30 % ab (Priorität 2), d.h. 10 Pläne umfassen 80 % der Gesamtkosten. Die verbleibenden 22 Pläne sind für weniger als 20 % der Gesamtkosten ursächlich. **Auffällig ist vor allem, dass die Investitionen in Management vergleichsweise gering finanziert wurden. Die einzelnen Pläne wurden zusätzlich noch unterschiedlich stark mit Finanzmitteln ausgestattet bzw. die Finanzmittel wurden unterschiedlich genutzt. Die vierte Spalte gibt das Verhältnis zwischen tatsächlich verwendeten Mitteln und Mittelzuweisung wieder.** Sie ist sehr unterschiedlich zwischen 97 % und 41 %. Unter 70 % haben die Pläne 31, 2, 27, 29, 30, 5 und 22. Die Pläne 17, 26, 3, 25, 7, 11, 20 und 13 liegen zwischen 70 und 80 %. Zwischen 80 und 90 % sind es die Pläne 1, 4, 18, 8, 32, 19, 23, 15, 16, 14 und 21. Über 90 % die Pläne 9, 10, 24, 6, 12 und 28. **Damit sind erneut die relativ schlecht finanzierten und für das Management besonders wichtigen Bereiche „Health Economics and Financing“, „Essential Services Delivery“, „Strengthening of Drug Administration and Management“, „Human Resources Management“, „Sector-Wide Program Management and Monitoring“ und „Management Information Systems“.**

Tabelle 20 Kosten- und Investitionsplan [% Investitionsbudget 2011-16]. Quelle: PV 2011.

No	Operational Plan Name	Anteil Investitionsbudget [%]		Absorptionsrate ⁵
		Program Implementation Plan 2011	Ist-Allokation 2011-2016	
1	Maternal, Neonatal and Child Health Care	13,6	18	81
2	Essential Services Delivery	2,0	2	56
3	Community Based Health Care	7,5	8	72
4	TB and Leprosy Control	1,5	2	81
5	HIV/AIDS & STD Program	1,2	1	67
6	Communicable Diseases Control	2,7	3	96
7	Non-Communicable Diseases Control	2,3	2	77
8	National Eye Care	0,1	0,1	83
9	Hospital Services Management and Safe Blood Transfusion	8,4	12	92
10	Alternate Medical Care	0,4	0,5	92
11	In-Service Education	1,5	1	77
12	Pre-Service Education	2,7	4	97
13	Planning, Monitoring and Research (DGHS)	0,2	0,3	78
14	Health Information Systems and E-Health	2,8	2	89
15	Health Education and Promotion	0,7	0,6	88
16	Procurement, Logistics and Supplies Management, DGHS	2,0	3	97
17	National Nutrition Services (NNS)	6,72	2	70
18	Maternal, Reproductive and Adolescent Health	4,0	4	82
19	Clinical Contraception Service Delivery	6,1	5	85
20	Family Planning Field Service Delivery	7,3	0,6	77
21	Planning, Monitoring and Evaluation of Family Planning	0,05	0,1	89
22	Management Information Systems of Family Planning	0,3	0,4	68
23	Information, Education and Communication (IEC)	0,6	0,6	86

⁵ Anteil der allokierten Mittel, die tatsächlich verwendet wurden.

24	Procurement, Storage and Supply Management – DGFP	0,4	0,4	88
25	Training, Research and Development of Population Service	0,5	0,7	75
26	Nursing Education and Services	1,4	2	70
27	Strengthening of Drug Administration and Management	0,1	0,2	58
28	Physical Facilities Development	21,7	18	97
29	Human Resources Management	0,7	0,2	58
30	Sector-Wide Program Management and Monitoring	0,3	0,1	65
31	Health Economics and Financing	0,3	0,4	41
32	Improved Financial Management	0,2	0,2	84

Quelle: PV und [24].⁶

⁶ Die Werte der PV und des Abschlussberichts des MoHFW stimmen teilweise nicht überein.

Anlage 6: KoboToolbox

Ex-post-Evaluierung SWAp Gesundheits-, Ernährungs- und Bevölkerungsprogramm II, Bangladesch

Evaluation der SSK Krankenversicherung, Tangail Distrikt, Bangladesh

Instrument: KoboToolbox

Ziel: Erhebung der Zufriedenheit zufällig ausgewählter Patient*innen mit der Qualität der Leistungserstellung und der Krankenversicherung

Vorgehen: Zufällige Ansprache von 208 Patient*innen im Wartebereich bzw. auf Station der drei *Upazila Health Complexes* Madhupur, Ghatail, Kalihati, d.h. in den Teilregionen, wo die Versicherung ursprünglich eingeführt wurde. Für die Patient*innen erscheint diese Anzahl eine ausreichende Repräsentanz zu gewährleisten. Sie ist jedoch nicht repräsentativ für die ganze Region oder das ganze Land.

Wichtigste Ergebnisse:

1. Befragte Einrichtungen:
 - a. Madhupur Upazila Health Complex: 73
 - b. Ghatail Upazila Health Complex: 72
 - c. Kalihati Upazila Health Complex: 63
2. Anteil Inpatient: 44 %
3. SSK Versichert: 33 %
4. Anreisedistanz: 31 Minuten
5. Reisekosten: 49 Taka
6. Anteil out-of-pocket Zahlungen: 75 %
7. Erwartete Medikamentenfehlbestände: 58 %
8. Erwartete fehlende Personalqualifikation: 5 %
9. Verbesserte Gesundheitsversorgung: 89 %

Bewertung: Insgesamt ist die Bevölkerung zufriedener mit der Gesundheitsversorgung als früher, aber Medikamentenengpässe und OOP-Ausgaben sind noch immer ein Problem. Hier sollte die Krankenversicherung räumlich und für weitere Sozialgruppen ausgedehnt werden. Weiterhin sollte das Management der Einrichtungen, Distrikte und Regionen gestärkt werden.

Hinweis: Alle Ergebnisse sind als PDF verfügbar

1. Healthcare Facility (স্বাস্থ্য কেন্দ্রের নাম)

...

TYPBEZEICHNUNG: SELECT_ONE. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)

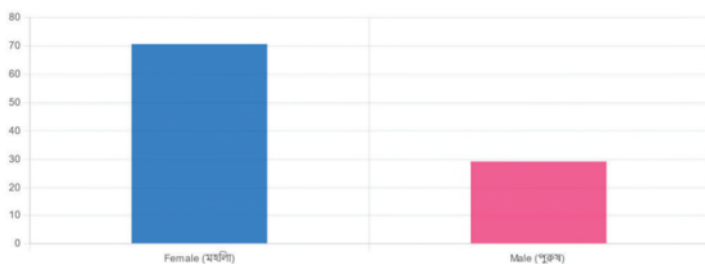


Wert	Frequenz	Prozentsatz
Madhupur Upazila Health Complex (মধুপুর উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স)	73	35.1
Ghatail Upazila Health Complex (ঘাটাইল উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স)	72	34.62
Kalihati Upazila Health Complex (কালিহাতি উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স)	63	30.29

2. Are male or female? (লিঙ্গ)

...

TYPBEZEICHNUNG: SELECT_ONE. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)

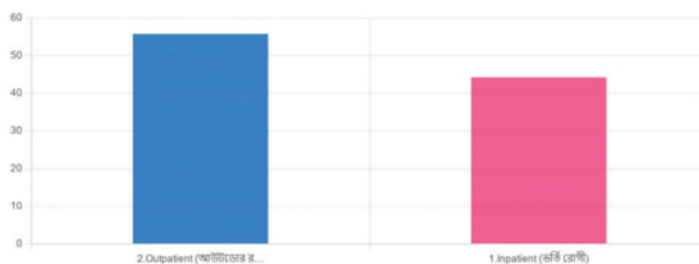


Wert	Frequenz	Prozentsatz
Female (মহিলা)	147	70.67
Male (পুরুষ)	61	29.33

3. Are you an inpatient or outpatient (admitted to a bed or going home the same day)? (আপনি কি বর্তমানে হাসপাতালে ভর্তি আছেন?)

...

TYPBEZEICHNUNG: SELECT_ONE. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)



Wert	Frequenz	Prozentsatz
2.Outpatient (আউটডোর রোগী)	116	55.77
1.Inpatient (ভর্তি রোগী)	92	44.23

4. How old are you? (আপনার বয়স কত)?

TYPBEZEICHNUNG: INTEGER. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)

Mittelwert	Median	Modus	Standardabweichung
43.23	42.50	60.00	17.73

5. Do you have an SSK card? (আপনার কি এসএসকে কার্ড আছে)

...

TYPBEZEICHNUNG: SELECT_ONE. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)



Wert	Frequenz	Prozentsatz
No (না)	139	66.83
Yes, I have brought it with me (আছে এবং আমি আমার সাথে কার্ড এনেছি)	49	23.56
Yes, but I have not brought it with me (আছে কিন্তু)	20	9.62

6. Why do you come to this healthcare facility today?

(আপনি আজ কেন এই হাসপাতালে আসছেন)?

TYPBEZEICHNUNG: SELECT_ONE. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)



Wert	Frequenz	Prozentsatz
I am personally sick with an acute sickness (আমি নিজে তীব্র অসুস্থতায় ভুগছি)	114	54.81
I am personally sick and come here regularly for my chronic disease (আমি নিজে দীর্ঘ মেয়াদী রোগে আক্রান্ত এবং এখানে নিয়মিত আসি)	50	24.04
I accompany someone else who is sick (আমি এক জন রোগীর এটেন্ডেন্ট হিসেবে এসেছি)	42	20.19
Accident/ Emergency (দুর্ঘটনার রোগী)	1	0.48
other reason (অন্য কারণে)	1	0.48

7. How long did you have to travel to come to this health facility [minutes]? (এই হাসপাতালে আসতে আপনার কত মিনিট লেগেছিল)?

TYPBEZEICHNUNG: INTEGER. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)

Mittelwert	Median	Modus	Standardabweichung
30.94	30.00	30.00	18.22

8. How much did you have to pay to travel to this health facility , e.g., bus fare [in Taka]? (এই হাসপাতালে আসতে আপনার যাতায়াত খরচ কত লেগেছিল?)

TYPBEZEICHNUNG: INTEGER. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)

Mittelwert	Median	Modus	Standardabweichung
48.61	40.00	30.00	56.24

9. Have been here before in the last six months? (গত ছয় মাসে আপনি কি এখানে এসেছিলেন?)

...

TYPBEZEICHNUNG: SELECT_ONE. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)

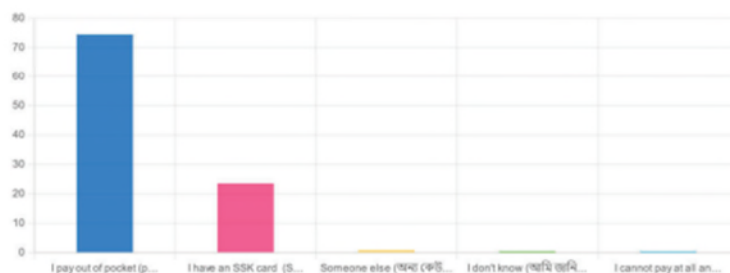


Wert	Frequenz	Prozentsatz
Yes, as a patient (হ্যাঁ, রোগী হিসেবে)	111	53.37
No (না)	65	31.25
Yes, as an attendant (হ্যাঁ, রোগীর অভিভাবক হিসেবে)	31	14.9
I don't know (জানি না)	1	0.48

10. Who pays for the health facility's fees? (হাসপাতালের বিল কে দিয়েছে?)

...

TYPBEZEICHNUNG: SELECT_ONE. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)

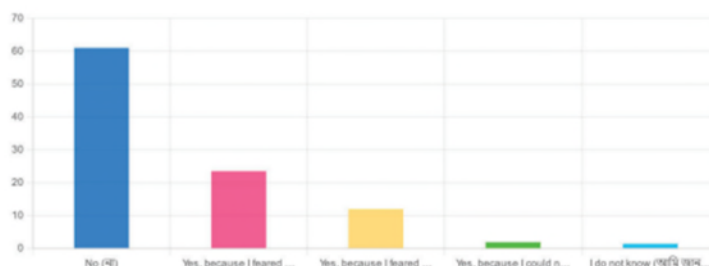


Wert	Frequenz	Prozentsatz
I pay out of pocket (personally or my family) (আমি বা আমার পরিবার নিজের পকেট থেকে দিয়েছি)	155	74.52
I have an SSK card (Shasthyo Surokhsha Karmasuchi), they pay for it (আমার এসএসকে কার্ড আছে, এবং এসএসকে দিয়েছে)	49	23.56
Someone else (অন্য কেউ দিয়েছে)	2	0.96
I don't know (আমি জানি না)	1	0.48
I cannot pay at all and hope that they will waive the fees (আমি কোন বিল দিতে পারিনি এবং আশা করছি হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ এটা মওকুফ করে দিবে)	1	0.48

11. Have you or a relative ever been sick but you could not go to a health facility? (কখনো কি এমন হয়েছে যে আপনি বা আপনার কেনি আত্মীয় অসুস্থ হয়েছিল কিন্তু চিকিৎসা নিতে পারে নি)

...

TYPBEZEICHNUNG: SELECT_ONE. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)



Wert	Frequenz	Prozentsatz
No (না)	127	61.06
Yes, because I feared I could not afford it (হ্যাঁ, আমি মনে করেছি যে এটা আমার ক্রয়সীমার বাহিরে)	49	23.56
Yes, because I feared I could not reach it (হ্যাঁ, আমি মনে করেছি যে এটা আমার ক্রয়সীমার বাহিরে ছিল এবং আমার দূরঘোরায় ছিল না)	25	12.02
Yes, because I could not reach it (হ্যাঁ, আমার নিকটে ছিল না)	4	1.92
I do not know (আমি জানি না)	3	1.44

12. How much do you expect to pay today in this health facility [in Taka]? (আজকের চিকিৎসা খরচ কত হতে পারে বলে মনে করছেন)?

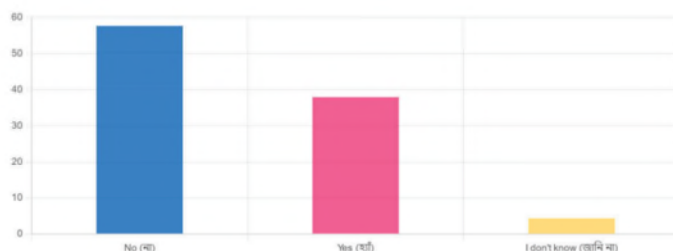
TYPBEZEICHNUNG: INTEGER. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)

Mittelwert	Median	Modus	Standardabweichung
325.69	99.00	0.00	587.62

13. Do you think that the health facility has all drugs that can help you? (আপনি কি মনে করেন হাসপাতালে আপনাকে চিকিৎসা দেওয়ার মত সকল ঔষুধ আছে?)

...

TYPBEZEICHNUNG: SELECT_ONE. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)

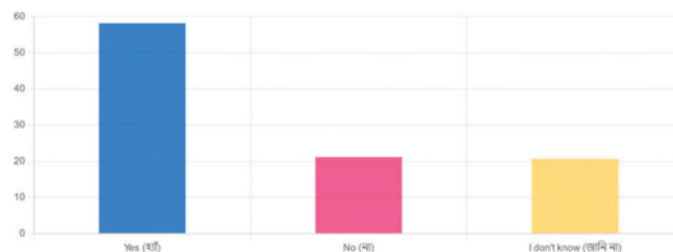


Wert	Frequenz	Prozentsatz
No (না)	120	57.69
Yes (হ্যাঁ)	79	37.98
I don't know (জানি না)	9	4.33

14. Do you think that the health facility has all necessary diagnostic services? (আপনি কি মনে করেন হাসপাতালে আপনাকে চিকিৎসা দেওয়ার মত সকল ডায়াগনস্টিক টেস্ট সুবিধা আছে?)

...

TYPBEZEICHNUNG: SELECT_ONE. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)



Wert	Frequenz	Prozentsatz
Yes (হ্যাঁ)	121	58.17
No (না)	44	21.15
I don't know (জানি না)	43	20.67

15. Do you think the hospital has qualified personnel to help you? (আপনি কি মনে করেন এই হাসপাতালে আপনাকে চিকিৎসা দেওয়ার মতো দক্ষ চিকিৎসক আছে?)

...

TYPBEZEICHNUNG: SELECT_ONE. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)

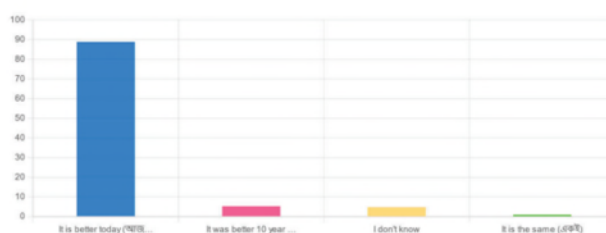


Wert	Frequenz	Prozentsatz
Yes (হ্যাঁ)	192	92.31
No (না)	11	5.29
I don't know (জানি না)	5	2.4

16. If you compare the healthcare situation (in terms of accessibility, affordability, quality, acceptance, etc.) in your area today and ten year ago, what do you think (স্বাস্থ্য সেবার দাম, গুণাগুণ, গ্রহণযোগ্যতা, প্রবেশগম্যতা ইত্যাদির ভিত্তিতে আপনার এলাকার ১০ বছর আগের এবং আজকের স্বাস্থ্য সেবার ব্যবস্থা তুলনা করুন)

...

TYPBEZEICHNUNG: SELECT_ONE. 208 von 208 Befragten hat diese Frage beantwortet. (0 waren ohne Daten.)



Wert	Frequenz	Prozentsatz
It is better today (আজকে স্বাস্থ্য অবস্থা আগের তুলনায় ভালো)	185	88.94
It was better 10 year ago (১০ বছর আগে ভালো ছিল)	11	5.29
I don't know	10	4.81
It is the same (একই)	2	0.96

Anlage 7: Empfehlungen für den Betrieb

In der Abschlusskontrolle für die drei Investitionsmaßnahmen (BMZ-Nrn. 2010 65 358, 2013 66 236, 2014 68 784) wurden keine direkten Empfehlungen für die Betriebsführung ausgesprochen. Im Rahmen der Diskussion der Nachhaltigkeit wurde darauf hingewiesen, dass die Personalplanung (insb. Rekrutierung medizinischen Personals sowie dessen Aus- und Weiterbildung) und die Dezentralisierung noch nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Weiterhin wurden die privaten Gesundheitsdienstleister und NGOs unzureichend einbezogen. Ebenso wurden andere Sektoren (Bildung, soziale Sicherung) nicht integriert.

Ebenso wurde für die FZ-Begleitmaßnahme zur Krankenversicherung im Tangail-Distrikt bei der AK keine direkte Empfehlung für die Betriebsführung ausgesprochen, außer zur landesweiten Ausweitung. Es wurde allerdings vermerkt, dass Datenmanagement, Budgetplanung und Wartung medizinischer Geräte sowie der Zugang der Armutgruppen zu den Gesundheitsdiensten verbessert werden sollten.

Insgesamt kann man schließen, dass die Sektorfinanzierung und die Krankenversicherung relativ gut fortgeführt worden sind. Aus politischen Gründen ist der Rückzug der deutschen EZ aus dem Gesundheitswesen von Bangladesch sicherlich verständlich, aus Sicht des Erfolgs der Investitionen bleibt es bedauerlich. Deutschland war ein respektierter Partner mit guter Vernetzung in diesem Bereich. Das entsprechende Sozialkapital ging allerdings nach 2016 sehr schnell verloren.

Anlage 8: Evaluierungsfragen entlang der OECD-DAC-Kriterien/ Ex-post Evaluierungsmatrix

Relevanz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Ausrichtung an Politiken und Prioritäten			2	0	
Sind die Ziele der Maßnahme an den (globalen, regionalen und länderspezifischen) Politiken und Prioritäten, insbesondere der beteiligten und betroffenen (entwicklungspolitischen) Partner und des BMZ ¹ , ausgerichtet? Hier geht es um die Zielsetzung der Maßnahme.	Entsprechen die Maßnahmen dem State-of-the-Art der internationalen Gesundheitspolitik (Primary Health Care, Health Promotion, Accessibility, Paris und Accra Declaration, Universal Health Coverage, UHC)? Passen die Maßnahmen zu den SDGs und in die Gesundheitspolitik von Bangladesch? Sind die Maßnahmen im Einklang mit den Health Partners in Bangladesch? Wie passen sie zu den Leitlinien des BMZ?	Die Frage ist auf jeden Fall relevant, allerdings bei einem SWAp zum Teil selbsterklärend. Primary Health Care, Ausrichtung an den Vulnerablen, Verbesserung der Zugänglichkeit, Geberharmonisierung und Stärkung der Health work force sind nach wie vor die Fundamente der nationalen wie internationalen Gesundheitspolitik, aber auch von BMZ, Health Partners in Bangladesch und allen maßgeblichen Beteiligten. Interviews mit MoHFW und MoF Interviews mit Health Partners, in wie weit die Maßnahmen und die Prozesse ihren eigenen Richtlinien entsprechen. Vgl. [23] Disparitäten: [21, 53]			
Berücksichtigen die Ziele der Maßnahme die relevanten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetzgebung, Verwaltungskapazitäten, tatsächliche Machtverhältnisse (auch bzgl. Ethnizität, Gender, etc.)?	Sind die Maßnahmen im Einklang mit der Gesundheitsgesetzgebung von Bangladesch? Sind sie überhaupt mit bestehenden Managementkapazitäten in der Staatsverwaltung, vor allem aber auch in den Gesundheitseinrichtungen umsetzbar? Sind die vulnerablen Gruppen ohne Lobby und Macht ausreichend berücksichtigt?	Die Zielsetzung des Programms fokussiert explizit vulnerable Gruppen (Frauen, Sylhet, Chittagong). Der SWAp geht stets von der Regierungskapazität aus. Interviews mit MoHFW, HEU und ERD Interviews mit Health Partners, in wie weit die vulnerablen Gruppen einbezogen wurden. [54-56]			

¹ An dieser Stelle soll auch der Bezug zu den relevanten Qualitätsmerkmalen dargestellt werden. Darunter fallen: 1) Menschenrechte, Geschlechtergleichstellung und Inklusion, 2) Antikorruption und Integrität, 3) Armutsbekämpfung und Reduzierung der Ungleichheit, 4) Umwelt- und Klimaverträglichkeitsprüfung, 5) Konfliktsensibilität („Do no harm“), 6) Digitalisierung („Digital als Standard“).

Sonstige Evaluierungsfrage 1	In wie weit wurden die Dimensionen der Paris Deklaration berücksichtigt und umgesetzt?	Der Outline des SWAp gemäß PV 2012 erscheint ausgewogen. Umsetzung erfolgte überwiegend. Interviews mit MoHFW und MoF Interviews mit Health Partners			
Sonstige Evaluierungsfrage 2	Hat sich durch die Corona-Pandemie etwas Grundlegendes an der Relevanz der getroffenen Maßnahmen und Ziele geändert?	Unterschiedliche Bewertung durch Interviewpartner. MoHFW, MoF, Health Partners			
Bewertungsdimension: Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			1	0	
Sind die Ziele der Maßnahme auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausgerichtet? Wurde das Kernproblem korrekt identifiziert?	Worin unterscheiden sich die Bedürfnisse der Gesamtbevölkerung und der vulnerablen Gruppen? Sind die im HPNSDP festgelegten Indikatoren angemessen?	Zielgruppe ist die Gesamtbevölkerung, aber es werden explizit abgelegene Gebiete und Frauen bzw. Kinder genannt. Räumliche Disparität, z.B. [21, 53]			
Wurden dabei die Bedürfnisse und Kapazitäten besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht ² , Ethnizität, etc.) berücksichtigt? Wie wurde die Zielgruppe ausgewählt?	Welche Probleme verhindern den Zugang von vulnerablen Gruppen (z.B. Transportkosten)? Was hat das Programm getan, um dies zu überwinden? Wurden diese Zielgruppen im Programm ausreichend berücksichtigt?	- Bau von neuen Einrichtungen - Verbesserung der Qualität der Einrichtungen in abgelegenen Regionen - Einstellung und Ausbildung zusätzlichen Personals Interview mit MoHFW Keine explizite Berücksichtigung von Distanz- und Preisfilter durch nachfrageseitige Maßnahmen (z.B. Übernahme von Transportkosten)			
Hätte die Maßnahme (aus ex-post Sicht) durch eine andere Ausgestaltung der Konzeption weitere nennenswerte Genderwirkungspotenziale gehabt? (FZ E spezifische Frage)	Wie wurden die folgenden Aspekte ins Programm einbezogen: - Zugänglichkeit, insbesondere in abgelegenen Regionen (süd-ost)	PV, AK, [23] Interviews mit MoHFW und Health Partners und Einrichtungen			

² Wurden die Genderwirkungspotenziale und Hindernisse im Modulvorschlag angemessen analysiert (z.B. im Rahmen der Zielgruppenanalyse oder einer separaten Genderanalyse) und in der Vorhabenskonzeption berücksichtigt?

	- Zugänglichkeit bei Überflutungen - Urban Health - Rettungsdienste - Versorgung in Grenzregionen, insb. Grenze zu Myanmar Welche Maßnahmen wurden explizit zum Schutz von Frauen ergriffen?				
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Es wurden Versuche der Dezentralisierung durchgeführt. Wie erfolgreich waren sie? Was wurde im GW dezentralisiert (Zuständigkeiten, Personal, Finanzen)? Welche Auswirkungen hat dies auf die Versorgung? Haben die Provinzen überhaupt das Personal?	Bedingt; Interviews Health Partners und Facilities			
Sonstige Evaluierungsfrage 2	Inwiefern bestand Bedarf am Versicherungsprogramm? Wie hoch waren die Out-of-Pocket-Zahlungen im Durchschnitt bei den Familien, gemessen am HH-Einkommen? Wie hoch war hingegen die Versicherungsprämie und nutzen diese Möglichkeit viele der Zielgruppe, oder wenige?	Sehr hoher Bedarf, aktuelle Publikationen unterstreichen Wirkung (siehe Hauptteil)			
Bewertungsdimension: Angemessenheit der Konzeption			2	0	
War die Konzeption der Maßnahme angemessen und realistisch (technisch, organisatorisch und finanziell) und grundsätzlich geeignet zur Lösung des Kernproblems beizutragen?	Wie sieht die Wirkmatrix aus? Ist das logisch und in sich schlüssig? Stimmt es heute noch? War es überhaupt realistisch, mit dem KfW-Beitrag eine Auswirkung zu erwarten?	Hier muss man klar zwischen HPNSDP und FZ-Anteil unterscheiden. Die Wirkung von FZ-Anteil kann man nur annehmen, aber nicht nachweisen. Deshalb konzentrieren wir uns auf die Logik der Wirkungsmatrix KV: u.a. [57, 58]			
Ist die Konzeption der Maßnahme hinreichend präzise und plausibel (Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit des Zielsystems sowie	Ist die Annahme, dass Investitionen in Infrastruktur, Beschaffung, Management, Personal etc. zu einer Verbesserung der Bevölkerung führt, realistisch?	Die Logik ist gut belegt, wurde aber noch einmal explizit angesprochen.			

der dahinterliegenden Wirkungsannahmen)?		(Interviews mit MoHFW, MoF, Health Partners).			
Bitte Wirkungskette beschreiben, einschl. Begleitmaßnahmen, ggf. in Form einer grafischen Darstellung. Ist diese plausibel? Sowie originäres und ggf. angepasstes Zielsystem unter Einbezug der Wirkungsebenen (Outcome- und Impact) nennen. Das (angepasste) Zielsystem kann auch grafisch dargestellt werden. (FZ E spezifische Frage)	Welche Maßnahmen sollten welche Outcomes bewirken und wie würden sich diese auf Impacts auswirken?	Der Zusammenhang von Maßnahmen, Outputs, Outcomes und Impacts wurde von der Weltbank im Abschlussbericht beschrieben und erscheint logisch und konsistent. Allerdings bei einem SWAp so umfassend, dass man das kaum grafisch oder umfassend darstellen kann.			
Inwieweit ist die Konzeption der Maßnahme auf einen ganzheitlichen Ansatz nachhaltiger Entwicklung (Zusammenspiel der sozialen, ökologischen und ökonomischen Dimensionen der Nachhaltigkeit) hin angelegt?	Welche Bedeutung hat die ökol. Nachhaltigkeit im HPNSDP (z.B. Entsorgungswesen)? Welche Bedeutung hat die ökonomische Nachhaltigkeit im Sinne einer langfristigen Stärkung der Wirtschaftskraft? Wie hat sich voraussichtlich die Maßnahme auf die Kohäsion der Gesellschaft, auf den Friedensprozess und die Demokratisierung ausgewirkt?	Kein eigenes ökol. Programm, aber Abfallwirtschaft spielt eine gewisse Rolle (PV). Der Zusammenhang mit langfristigen Folgen für Ökonomie und Frieden/Zusammenhalt in der Gesellschaft ist deutlich Additional Environmental Action Plan taucht in der Realität nirgends auf. [59]			
Bei Vorhaben im Rahmen von EZ-Programmen: ist die Maßnahme gemäß ihrer Konzeption geeignet, die Ziele des EZ-Programms zu erreichen? Inwiefern steht die Wirkungsebene des FZ-Moduls in einem sinnvollen Zusammenhang zum EZ-Programm (z.B. Outcome-Impact bzw. Output-Outcome)? (FZ E spezifische Frage)	Welche weiteren Maßnahmen der EZ gibt es? Gibt es ein TZ-Programm, und was sagt dieses? Was hat die Korbfinanzierung Besonderes leisten können, damit die Ziele der EZ (insb. Gesundheit der Bevölkerung) erreicht werden konnten?	Interviews mit KfW und GIZ			
Sonstige Evaluierungsfragen			2	0	
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Im August 2017 flohen mehr als 723.000 Rohingya als religiöse und ethnische Minderheit aus Myanmar nach Bangladesch. Seither dürfte die Zahl auf	Interview (MoHFW, Health Partners), um die Resilienz für künftig mögliche Krisen zu erfahren. Corona was allpräsent, Rohingya spielte praktisch keine Rolle.			

	über eine Million angewachsen sein. Welche Auswirkungen hatte diese massive Belastung der östlichen Regionen von Bangladesch für das Gesundheitswesen? Wie konnte das Gesundheitswesen reagieren?				
Sonstige Evaluierungsfrage 2	Welche Auswirkungen hatte die Covid-19 Pandemie auf das GW in Bangladesch (insb. Behandlungskapazität für Patienten, Schutz der eigenen Mitarbeiter, Ressourcen)? Hätte man sich darauf vorbereiten können?	Interview, ist ansonsten noch zu frisch. Interview mit Gesundheitseinrichtungen und evtl. MoHFW.			
Bewertungsdimension: Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit			2	0	
Wurde die Maßnahme im Verlauf ihrer Umsetzung auf Grund von veränderten Rahmenbedingungen (Risiken und Potentiale) angepasst?	Welche Maßnahmen wurden geändert? Warum wurden die Indikatoren geändert? Was wurde im Bangladesch Health Sector Strategy (HPNSDP) geändert?	Kleinere Veränderungen in der Durchführung, aber nicht zentral			
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Warum wurde die Laufzeit um ein Jahr verlängert? Warum hat nur die Weltbank diese Verlängerung mitgetragen?	Es tat sich wohl eine Finanzierungslücke auf. Verlängerung erfolgte ausschließlich aus Mitteln der Weltbank.			
Sonstige Evaluierungsfragen			1	0	
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Speziell zum SWAp: Warum ist der SWAp und insb. der Korb besonders geeignet, die obigen Wirkungen zu erzielen?	Thema der Interviews: Vertrauen, Koordination, Schnelligkeit			
Sonstige Evaluierungsfrage 2	Hätte die Wirksamkeit durch die Berücksichtigung folgender Aspekte erhöht werden können: <i>Alternative Elemente der Medizin</i> - Telemedizin	Nur bedingt, Interviews mit MoHFW und Health Partners			

	- Hygiene, insbesondere Central Sterilisation und Abfallmanagement - Rettungswesen - Diabetes³ <i>Alternative Elemente der Ausbildung</i> - Interdisziplinäre Ausbildung, Kooperation als Teams - Bedeutung von Krankenhausmanagern <i>Systemalternativen</i> - Finanzierungssystem: Krankenversicherung, user-fees, exemptions, ... - Autonomy of Hospitals	
	Woraus leitet sich die hohe räumliche Disparität ab und was hat das Programm dagegen getan?	Statistiken zeigen starke Disparität, die zum Teil durch das Programm adressiert wurden. Der Demographic and Health Survey unterscheidet nach Stadt/Land, Regionen, Ausbildung und Einkommen [36]

³ Bangladesch stellt in gewisser Weise eine Besonderheit dar: Die altersadjustierte Prävalenz (Anteil der Bevölkerung von 20-79 Jahre mit Diabetes M. Typ I oder II) beträgt 14,2 % (<https://wisevoter.com/country-rankings/diabetes-rates-by-country/#bangladesh>) und ist damit mit weitem Abstand die höchste in der Region (Indien: 9,6 %), Myanmar: 7,1 %, 8,7 %). Gleichzeitig gelten nur 3,6 % der Bevölkerung als adipös (Indien: 3,9 %; Nepal: 4,1 %; Myanmar: 5,8 %). Bzgl. Diabetesrate liegt Bangladesch damit weltweit auf Platz 27, in der Adipositasrate auf Platz 187. Die Prävalenz steigt stetig, im Jahr 2011 betrug sie noch 10,5 % (<https://diabetesatlas.org/data/en/country/16/bd.html>). Die gängigen Risikofaktoren für Diabetes (Adipositas, Verstädterung, Alter) sind keine ausreichende Erklärung hierfür [17].

Kohärenz

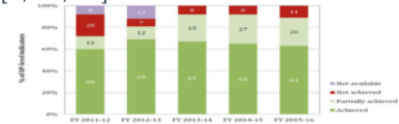
Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Interne Kohärenz (Arbeitsteilung und Synergien der deutschen EZ):			2	-	SWAp geht über dt. EZ hinaus
Inwiefern ist die Maßnahme innerhalb der deutschen EZ komplementär und arbeitsteilig konzipiert (z.B. Einbindung in EZ-Programm, Länder-/Sektorstrategie)? Hier geht es um die Konzeption und Umsetzung der Maßnahme.	Der SWAp ist ja per se eine kohärente Maßnahme, die intensiv mit den Partnern (Regierung von Bangladesch, Health Partners) abgestimmt ist, ja sogar komplett aus einem Guss ist. Es bleibt zu fragen, wie die anderen Programme (insb. Einführung der Krankenversicherung) sich zum SWAp verhalten. Gibt es seitens der GIZ Parallelprogramme oder gar Evaluierungen?	Teilweise hat die KfW selbst dieses Programm durchgeführt, teilweise GIZ Interviews mit KfW operative Ebene, GIZ in Dhaka. FZ und TZ arbeiteten hier komplementär zusammen. TZ unterstützt das Ministerium bei der Planung, QS, Infomanagement, Gesundheitsfinanzierung, Gender...			
Greifen die Instrumente der deutschen EZ im Rahmen der Maßnahme konzeptionell und in der Durchführung sinnvoll ineinander und werden Synergien genutzt?	Wie greifen Korbfinanzierung und Einzelprogramme ineinander? Wie arbeiten FZ und TZ zusammen? Wie ist die Begleitmaßnahme einzuschätzen?	Interviews mit GIZ und KfW in Bangladesch Programmvorschlag der GIZ und eventuell Evaluierung desselbigen			
Ist die Maßnahme konsistent mit internationalen Normen und Standards, zu denen sich die deutsche EZ bekennt (z.B. Menschenrechte, Pariser Klimaabkommen etc.)?	Ist der Ansatz zur Primary Care im Einklang mit der Gesundheit als Menschenrecht? Welche Rolle spielt hier Equity? Wie sind Paris und Accra berücksichtigt? Beitrag zu den SDGs?	Scheint mir relativ klar und logisch, allerdings ist eine Evidenz schwierig.			
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Falls die einzelnen Dimensionen der Deklaration von Paris nicht schon vorher berücksichtigt wurden, könnten sie hier noch mal aufgerufen werden.	Fließen indirekt ein			

Bewertungsdimension: Externe Kohärenz (Komplementarität und Koordinationsleistung im zum Zusammenspiel mit Akteuren außerhalb der dt. EZ):		1	+	Im SWAp besonders relevant
Inwieweit ergänzt und unterstützt die Maßnahme die Eigenanstrengungen des Partners (Subsidiaritätsprinzip)?	Wie war die Zusammenarbeit im HPNSDP mit den nationalen Partnern? Wie wurden Entscheidungen getroffen? Wie wurde sichergestellt, dass die Entscheidungen im Einklang mit den nationalen Strategien sind? Wie wurden die Eigenanstrengungen des Partners bestärkt?	Interviews mit MoHFW und Health Partners. Zusätzlich Abschlussbericht Weltbank [23]		
Sind die Konzeption der Maßnahme sowie ihre Umsetzung mit den Aktivitäten anderer Geber abgestimmt?	Dito.	Wesen des SWAp, muss nicht mehrfach erklärt werden.		
Wurde die Konzeption der Maßnahme auf die Nutzung bestehender Systeme und Strukturen (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für die Umsetzung ihrer Aktivitäten hin angelegt und inwieweit werden diese genutzt?	Welche Bedeutung haben die einzelnen Health Partners im Programm? Wer war pooling und nicht-pooling Partner? Wer fehlte? Wie liefen die Abstimmungsprozesse? Wie arbeiten Joint Annual Review (JAR) und Joint Financing Agreement (JFA)?	Der Pool wird hier als Multi-Donor-Trust-Fund (MDTF) bezeichnet. Pooling-Partner sind - Weltbank - Kanada - Schweden - Australien - England - KfW - USA Abstimmungsprozesse u.a. Joint Annual Review, Consortium, ...		
Werden gemeinsame Systeme (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für Monitoring/Evaluierung, Lernen und die Rechenschaftslegung genutzt?	Welches Monitoring und Evaluierungssystem wurden vom HPNSDP verwendet? Wie hat es funktioniert? Gibt es systemische Lücken (z.B. Messung von Erreichbarkeit)? Was wurde gelernt?	Interviews mit MoHFW und Health Partners		

Sonstige Evaluierungsfrage 1	Was bedeutete effektive Geberkoordination im Zusammenhang mit der Korbfinanzierung? Hat das funktioniert?	Interviews mit Health Partners, MoHFW und MoF
Sonstige Evaluierungsfrage 2	Ist der SWAp überhaupt geeignet, um eine s.g. Hebelwirkung zu erzielen?	Interviews mit Health Partners, MoHFW und MoF, letztlich nach so langer Zeit nur indirekt zu beantworten.

Effektivität

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Erreichung der (intendierten) Ziele			2	0	
Wurden die (ggf. angepassten) Ziele der Maßnahme erreicht (inkl. BM-Maßnahmen)? (Soll-Ist Vergleich Indikatorentabelle)	Welche Ziele der FZ-Maßnahme wurden erreicht (siehe Tabelle oben)?	Abschlussbericht Weltbank, World Development Indicators Quelle [1, 23], demographic and health survey Bangladesh [36]			
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Welche Ziele und Indikatoren hatte die BM?	PV Anlage 6, AK und Gespräch mit ext. SV			
Bewertungsdimension: Beitrag zur Erreichung der Ziele:			2	0	
Inwieweit wurden die Outputs der Maßnahme wie geplant (bzw. wie an neue Entwicklungen angepasst) erbracht? (Lern-/Hilfsfrage)	Was für Outputs hat das Programm wirklich erbracht?	Teilweise im Abschlussbericht der Weltbank - Komponente 1: "Of the seven IOIs, two were surpassed, two were achieved, one was partially achieved and two were not achieved". - Komponente 2: "The analysis revealed that the targets in five out of seven IOIs were surpassed, achieved or partially achieved, indicating a level of achievement of 78%."			

		IOI: Intermediate Objective Indicators [23]
Werden die erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten genutzt?	Wie sind die Auslastungsstatistiken? Fallzahl inpatient und outpatient, Impfungen, Nutzung Kontrazeptiva... Versicherung (Versicherte, Nutzung)	[1, 23, 36]  [23]
Inwieweit ist der gleiche Zugang zu erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten (z.B. diskriminierungsfrei, physisch erreichbar, finanziell erschwinglich, qualitativ, sozial und kulturell annehmbar) gewährleistet?	Der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen spielt eine zentrale Rolle im Programm. Wie sind die Ergebnisse für die einzelnen vulnerablen Gruppen (siehe vorne)? Wie ist die (soweit nicht schon vorne) Erreichbarkeit? Welche weiteren Barrieren und Filter treten auf?	weitere Literatur siehe Hauptteil
Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele beigetragen?	Der FZ-Anteil ist vergleichsweise gering. Wurde die deutsche EZ als gleichwertiger Partner akzeptiert, konnte sie die Prozesse mitgestalten und übernahm die KfW Führungsverantwortung?	Interviews mit KfW und Health Partners.
Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?	Wie hat sich die Gesundheit der Gesamtbevölkerung entwickelt? Wie der vulnerablen Gruppen? Was hat FZ dazu beigetragen?	Antwort s.o (redundant)
Hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler beteiligter und betroffener Gruppen (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), beigetragen?	Siehe oben	
Gab es Maßnahmen, die Genderwirkungspotenziale gezielt adressiert haben (z.B. durch Beteiligung von Frauen in Projektgremien, Wasserkomitees,	Im Vergleich zu anderen Programmen erfuhr die Geschlechtergerechtigkeit relativ wenig explizites Gewicht. Wurde sie trotzdem bei allen Prozessen und Entscheidungen bedacht?	Interviews mit MoHFW und Health Partners.

Einsatz von Sozialarbeiterinnen für Frauen, etc.)? (FZ E spezifische Frage)		
Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme? (Lern-/Hilfsfrage)	Hat KfW durch ihren Beitrag den SWAp positiv beeinflusst und Prozesse gangbar gemacht? Ist die KfW mit ihrem vergleichsweise kleinen Beitrag ein relevanter Partner gewesen? Konnte sie spezifische Prioritäten der EZ (z.B. vulnerable Gruppen, Equity) einbringen? (soweit nicht schon oben besprochen)	Interviews mit KfW, health partners, MoHFW, MoF
Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme (auch unter Berücksichtigung der vorab antizipierten Risiken)? (Lern-/Hilfsfrage)	Welche Risiken bestanden? Wie sollten diese Risiken aufgefangen werden? Was hat dazu geführt, dass sie sich nicht materialisiert haben? Was hat dazu geführt, dass sie eingetreten sind? Was hätte man besser machen können?	AK, Interviews mit KfW, health partners, MoHFW, MoF

Bewertungsdimension: Qualität der Implementierung		3	0	
Wie ist die Qualität der Steuerung und Implementierung der Maßnahme (z.B. Projektträger, Berücksichtigung von Ethnizität und Gender in entscheidungsfindenden Gremien) im Hinblick auf die Zielerreichung zu bewerten?	Welche Bedeutung hat die Begleitmaßnahme (Krankenversicherung)? Warum wurde sie nicht in den SWAp integriert? Wie sind die Gremien aufgebaut (z.B. Parität nach Geschlecht, Landesteilen, Berufsgruppen)?	Interviews mit KfW, health partners, MoHFW, MoF siehe auch BE 2017, S. 29 ff.		
Wie ist die Qualität der Steuerung, Implementierung und Beteiligung an der Maßnahme durch die Partner/Träger zu bewerten?	Wie ist die Führungs- und Verwaltungskapazität des MoHFW und des MoF? Wie ist die Absorptionsfähigkeit der Ministerin einzuschätzen? Waren die Gesundheitseinrichtungen und Programme in der Lage, die Programme umzusetzen?	Es liegen keine Statistiken vor, lediglich Einschätzungen durch Partner		

Wurden Gender Ergebnisse und auch relevante Risiken im/ durch das Projekt (genderbasierte Gewalt, z.B. im Kontext von Infrastruktur oder Empowerment-Vorhaben) während der Implementierung regelmäßig gemonitort oder anderweitig berücksichtigt? Wurden entsprechende Maßnahmen (z.B. im Rahmen einer BM) zeitgemäß umgesetzt? (FZ E spezifische Frage)	Siehe Gender zuvor				
Bewertungsdimension: Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)			3	-	Schwierige Evidenz
Sind nicht-intendierte positive/negative direkte Wirkungen (sozial, ökonomisch, ökologisch sowie ggf. bei vulnerablen Gruppen als Betroffene) feststellbar (oder absehbar)? ⁴	Welche nicht-intendierten Wirkungen hatte das Programm auf Mitarbeiter im Gesundheitswesen (z.B. Berufsidentifikation, Verweildauer im Beruf; Ausbildungsstand)? Wie hat sich die professional ethics der Gesundheitsmitarbeiter verändert? Welche Bedeutung hatte das Programm für die erfolgreiche Einführung der Krankenversicherung (z.B. Steigerung der Qualität führt zu Akzeptanz der Versicherung)?	Interviews in Gesundheitseinrichtungen, Literatur			
Welche Potentiale/Risiken ergeben sich aus den positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen und wie sind diese zu bewerten?	Konnte durch das Programm die Resilienz gegen Pandemien und Flüchtlingskrise gesteigert werden (siehe vorne)? Kann man daraus etwas lernen?	Interview Gesundheitseinrichtungen und MoHFW			
Wie hat die Maßnahme auf Potentiale/Risiken der	dto.	Interviews mit MoHFW und Health Partners.			

⁴ An dieser Stelle sollen die Auswirkungen auf folgende Qualitätsmerkmale überprüft und ggf. dargestellt werden: 1) Menschenrechte, Geschlechtergleichstellung und Inklusion, 2) Anti-Korruption und Integrität, 3) Armutsbekämpfung und Reduzierung der Ungleichheit, 4) Umwelt- und Klimaverträglichkeitsprüfung, 5) Konfliktsensibilität („Do no harm“), 6) Digitalisierung („Digital als Standard“).

positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen reagiert?					
Sonstige Evaluierungsfragen			2	0	
Sonstige Evaluierungsfrage 1 Sonstige Evaluierungsfrage 2	Wie hat sich die Landessituation überhaupt entwickelt, auch bezüglich der Abdeckung durch die KV? Was davon ist HPNSDP?	World Development Indicators, SDGs			

Effizienz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Produktionseffizienz			3	0	
Wie verteilen sich die Inputs (finanziellen, und materiellen Ressourcen) der Maßnahme (z.B. nach Instrumenten, Sektoren, Teilmaßnahmen, auch unter Berücksichtigung der Kostenbeiträge der Partner/Träger/andere Beteiligte und Betroffene, etc.)? (Lern- und Hilfsfrage)	Wofür wurden die HPNSDP-Gelder letztlich ausgegeben? Für welche Landesteile? Für welche Projekte?	Trotz intensiver Recherche und Nachfragen vor, während und nach der Reise konnte keine finale Rechnung des Gesamtprogramms eingesehen werden. Auch im Endbericht der Weltbank NUR ihre eigenen Ausgaben.			
Inwieweit wurden die Inputs der Maßnahme im Verhältnis zu den erbrachten Outputs (Produkte, Investitionsgüter und Dienstleistungen) sparsam eingesetzt (wenn möglich im Vergleich zu Daten aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)? Z.B. Vergleich spezifischer Kosten.	In welche Maßnahmen wurde letztlich investiert? Infrastruktur, Ausbildung, ...? Was kann man in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen davon sehen? Wie ist der Zustand der Gebäude? Wie ist der Zustand der Geräte? Wie viel Personal ist vorhanden? Wie sind die Qualifikation und Motivation des Personals?	Exemplarische Beobachtung im Feld: Zustand der Gebäude und Anlagen, Wartungsverträge für Gebäude und Anlagen; eigenes Wartungspersonal; Verweildauer im Beruf, Stellenbesetzung			

Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten die Outputs der Maßnahme durch einen alternativen Einsatz von Inputs erhöht werden können (wenn möglich im Vergleich zu Daten aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)?	Was fehlte bei den Maßnahmen, was die Effizienz erheblich erhöhen hätte können?	Beispiel Hygiene: wurde ausreichend in die Hygiene der gelieferten Geräte investiert? Beispiel Geräte: Welche Geräte wären sinnvoller gewesen? Beispiel Gebäude: Hat die Einrichtung die „richtigen“ Gebäude bekommen? Interviews mit Einrichtungsleitern			
Wurden die Outputs rechtzeitig und im vorgesehenen Zeitraum erstellt?	Welche Verzögerungen traten bei der Umsetzung auf?	Größtenteils Interviews, teilweise AK			
Waren die Koordinations- und Managementkosten angemessen? (z.B. Kostenanteil des Implementierungsconsultants)? (FZ E spezifische Frage)	Wie hoch waren die Koordinations- und Managementkosten im HPNSDP und bei der FZ?	WB nahm 3,5 % des Budgets für ihre Dienste. Bislang keine weitere Quelle gefunden. Nachfragen im MoHFW, evtl. vorher über KfW			
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Kennen wir die Kosten der Gesundheitsversorgung überhaupt? Gab es je ein Costing?	Interviews mit MoHFW und Health Partners, Literatur [60-62]			
Bewertungsdimension: Allokationseffizienz			3	0	
Auf welchen anderen Wegen und zu welchen Kosten hätten die erzielten Wirkungen (Outcome/Impact) erreicht werden können? (Lern-/Hilfsfrage)	Hätte die Infrastruktur renoviert statt neugebaut werden können? Hätte man „besser“ bauen sollen? Wurden die richtigen Geräte geliefert? Hätte man die Wartungsverträge bezahlen sollen? Wurden die richtigen Personen und Berufe ausgebildet? Wie lange bleiben die Ausgebildeten im Beruf bzw. in der Einrichtung?	Interviews mit Mitarbeitern des MoHFW			
3Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – die erreichten Wirkungen kostenschonender erzielt werden können?	Gibt es Bereiche, in denen wir einsparen hätten können?	Interviews mit allen Partnern			
Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer	Was hätte man besser machen können? Wäre durch zusätzliche	Interviews mit allen Partnern			

alternativ konzipierten Maßnahme – mit den vorhandenen Ressourcen die positiven Wirkungen erhöht werden können?	Managementkompetenz in den Einrichtungen, MoHFW und MoF die Mittelverwendung besser geworden?	Das Thema zusätzliches Managementtraining erscheint mir wichtig
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Wie wurde die Allokationseffizienz durch die Disbursement Linked Indicators erhöht, siehe Tz 4.04 in der AK	Weltbank-Evaluierung und Gespräche mit WB
Sonstige Evaluierungsfrage 2	Wie wurden die Out-Of-Pocket-Zahlungen durch die Krankenversicherung reduziert? Wie hat sich die Belastung für die Nutzer dadurch verringert prozentual? Wie viele Nutzer profitierten, in Prozent der Bevölkerung der Distrikte?	[39]
In welcher Hinsicht war der Einsatz öffentlicher Mittel finanziell additional? ⁵	Keine Konkretisierung notwendig	Abhängigkeit im Gesundheitssektor vom Ausland nicht mehr so hoch und abnehmend.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen			2	0	
Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen, zu denen die Maßnahme beitragen	Hat die Maßnahme beigetragen, dass Gesundheit innerhalb der Politik an Bedeutung gewonnen hat? Wurden	Das sind überwiegend Einschätzungsfragen, Interview bei MoHFW, MoF und Health Partners			

⁵ Definition „finanzielle Additionalität“: Eine Investition aus öffentlicher Hand ist dann finanziell additional, wenn sie ein Unternehmen fördert, das ohne öffentliche Unterstützung keine Finanzierung von lokalen oder internationalen privaten Kapitalmärkten in ähnlicher Höhe oder zu ähnlichen Bedingungen erhalten kann, oder Investitionen aus dem privaten Sektor mobilisiert, die sonst nicht investiert worden wären (OECD (2016): Understanding Key Terms and Modalities for Private Sector Engagement in Development Co-operation“, OECD's Development Assistance 361ff Committee, Paris).

sollte, feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	durch die Maßnahme die Regierung und ihr Management gestärkt? Wurden nationale Programme geändert oder weiterentwickelt? Welche Bedeutung hatte HPNSDP für die Entwicklung der Krankenversicherung (KV)?	
Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen (sozial, ökonomisch, ökologisch und deren Wechselwirkungen) auf Ebene der intendierten Begünstigten feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Wie hat sich die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung während der Maßnahme verbessert? Wie hat sich die Situation vulnerabler Gruppen verbessert? Was davon hat unmittelbar mit HPNSDP zu tun?	Hier ist die Zuordnung erneut das größte Problem. Die Wirkungen des HPNSDP auf die Gesundheit der Bevölkerung sind sehr wahrscheinlich, aber nicht 100% zurechenbar. Die Wirkung der FZ-Maßnahme dürfte kaum noch zurechenbar sein. Das kann man nur in Interviews als Einschätzung abfragen.
Inwieweit sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Da Vulnerable ja Teil der Zielgruppe sind, werden sie immer schon mitgeführt.	
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Haben die Einrichtungen überhaupt das Personal, um die ganzen Reformen und Veränderungen (z.B. neues Equipment, neue Aufgaben) umzusetzen? Wenn nein, was könnte getan werden. Wenn ja, wie könnte man das stärken?	Die „Ideen“ und Reformen aus Dhaka mögen innerhalb von HPNSDP adäquat sein, aber bei der Bevölkerung kommt nur etwas an, wenn es vor Ort Menschen gibt, die das umsetzen können. Managementausbildung ist extrem schlecht.

Bewertungsdimension: Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen		2	0	
In welchem Umfang hat die Maßnahme zu den festgestellten bzw. absehbaren übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, tatsächlich beigetragen?	Kann man einen Zusammenhang von Gesundheit und pol. Stabilität und Frieden herstellen? Wenn ja, welche Bedeutung hatte hierfür das HPNSDP?	Gesundheit schafft Zufriedenheit und reduziert damit das Konfliktpotential. Aber empirisch nachweisen lässt sich das kaum. Literaturanalyse und Interviews (MoHFW, MoF, Health Partners)		
Inwieweit hat die Maßnahme ihre intendierten (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele erreicht? D.h. sind die Projektwirkungen nicht nur auf der Outcome-Ebene, sondern auch auf der Impact-Ebene hinreichend spürbar? (z.B. Trinkwasserversorgung/ Gesundheitswirkungen)	Welche der oben genannten Gesundheitswirkungen sind für die Bevölkerung besonders relevant? Welche haben eine besondere Priorität in der Regierung?	Auch hier ist die Frage der Zurechenbarkeit. Die Indikatoren wurden besser. Aber dass sie wegen HPNSDP besser wurden, ist nicht belegt. Es gibt auch Zufälle (z.B. weniger Niederschläge, damit weniger Malaria; bessere Ernten, durch bessere Ernährungslage und Widerstandskraft) und vor allem auch zahlreiche andere Maßnahmen (insb. wirtschaftliche Entwicklung des Landes führt zu besserer Gesundheit). Einschätzung im Interview		
Hat die Maßnahme zur Erreichung ihrer (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?		oben schon enthalten		
Hat die Maßnahme zu übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen bzw. Veränderungen von Lebenslagen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen,		Da wir die Vulnerablen ja immer als Teil der Zielgruppe haben, dürfte das oben enthalten sein.		

Geschlecht, Ethnizität, etc.), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, beigetragen?		
Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Wie hat die Korbfinanzierung dazu beigetragen, dass die entwicklungspolitischen Ziele erreicht wurden? Welche Prozesse hätten verbessert werden müssen? Wie gut was die Absorptionsfähigkeit der Ministerien?	Interviews mit MoHFW und Health Partners
Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Während der Programmimplementierung traten keine externen Schocks auf.	
Entfaltet das Vorhaben Breitenwirksamkeit? - Inwieweit hat die Maßnahme zu strukturellen oder institutionellen Veränderungen geführt (z.B. bei Organisationen, Systemen und Regelwerken)? (Strukturbildung) War die Maßnahme modellhaft und/oder breitenwirksam und ist es replizierbar? (Modellcharakter)	Welche Rolle spielte HPNSDP bzw. die Korbfinanzierung bei der -Entwicklung der Krankenversicherung? Kann man etwas daraus lernen, was über Bangladesch hinausgeht?	Interviews mit MoHFW, MoF und Health Partners
Wie wäre die Entwicklung ohne die Maßnahme verlaufen? (entwicklungspolitische Additionalität ⁶)	Wie wäre die Situation heute ohne HPNSDP? Da es ja auf jeden Fall eine staatliche Unterstützung gegeben hätte, muss die Frage genauer lauten: Wenn es keine Gelder aus dem Ausland gegeben hätte?	Spekulation, durch Interviews abgefragt. Klar ist, dass Einzelprojekte nicht den Gesamtüberblick haben und die Gefahr besteht, dass bestimmte Gruppen und Regionen vernachlässigt werden. Interviews mit MoHFW, MoF und Health Partners

⁶ Definition „entwicklungspolitische Additionalität“: Entwicklungspolitische Additionalität wird als die entwicklungspolitische Wirkung beschrieben, die aus den Investitionen resultiert und sonst nicht eingetreten wäre (OECD (2016): Understanding Key Terms and Modalities for Private Sector Engagement in Development Co-operation“, OECD’ s Development Assistance Committee, Paris).

	Und was wäre, wenn es Einzelprojekte, d.h. ohne Kooperation gewesen wären? Wie hätte sich das z.B. auf die „Partnerprovinzen“ vs. vulnerable Gruppen ausgewirkt?				
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Hat die Harmonisierung der Geber wirklich funktioniert? Hatte die EZ durch eine „Hebelwirkung“ mehr Einfluss?	Interviews mit MoHFW, MoF und Health Partners.			
Sonstige Evaluierungsfrage 2	Welche Bedeutung hat die Korruption für die Transformation von EZ in Gesundheit?	Corruption Perception Index: Verbesserung in Bangladesch Bangladesh 2022: Score 25, Rank 147 Bangladesh 2015: Score 25, Rank 137 Bangladesh 2012: Score 25, Rank 144 India 2022: Score 40, Rank 85 Myanmar 2022: 23, 157 Nepal 2022: 34, 110 Germany 2022: 79, 9 https://www.transparency.org/en/cpi/2022			
Sonstige Evaluierungsfrage 3	Wie hat sich die Krankenversicherung entwickelt in den letzten 10 Jahren? Wie viel Teilnehmer gibt es, was kostet sie und wie ist ihre weitere Entwicklung zu erwarten? Welchen Anteil hat sie am Einkommen der Versicherten, ist sie für den durchschnittlichen Bangladeschi erschwinglich?	Interviews mit OPM, M4H, SSK-Operator. Die Versicherung ist gut konzipiert und erschwinglich, aber zu teuer für den Roll-Out.			
Bewertungsdimension: Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen			3	-	Im SWAp schwer abgrenzbar
Inwieweit sind übergeordnete nicht-intendierte entwicklungspolitische Veränderungen ⁷ (auch unter	Welche nicht-intendierten entwicklungspol. Veränderungen traten ein, die etwas mit	Interviews mit MoHFW, MoF und Health Partners			

⁷ sozial, ökonomisch, ökologisch und deren Wechselwirkungen

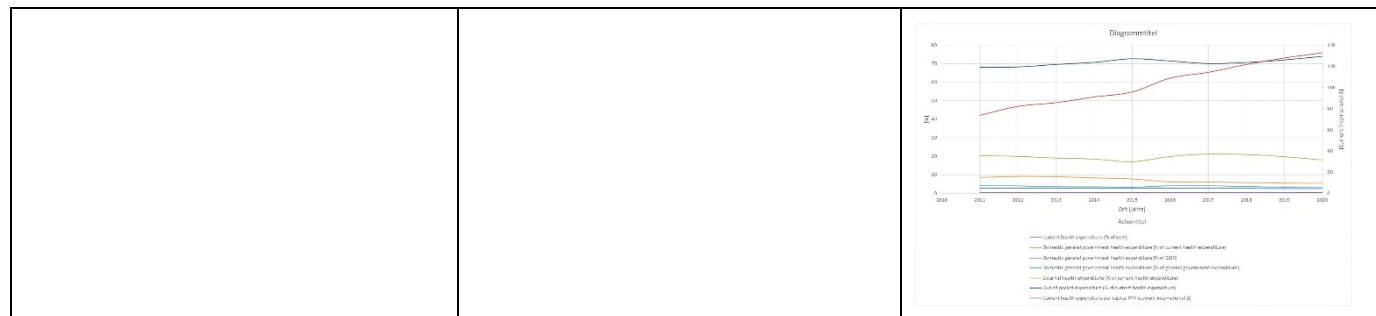
Berücksichtigung der politischen Stabilität) feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)?	HPNSDP zu tun haben könnten? Stability, Democracy, Corruption?	
Hat die Maßnahme feststellbar bzw. absehbar zu nicht-intendierten (positiven und/oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen beigetragen? ⁸	Genau in diesem Wortlaut.	Interviews mit MoHFW, MoF und Health Partners
Hat die Maßnahme feststellbar (bzw. absehbar) zu nicht-intendierten (positiven oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Gruppen ⁹ (innerhalb oder außerhalb der Zielgruppe) beigetragen (Do no harm, z.B. keine Verstärkung von Ungleichheit (Gender/ Ethnie, etc.)?	Equity: Sie hat sich die Gleichberechtigung (Equity) verändert? Nicht nur in Zahlen, sondern auch in ihrer Bedeutung in den Köpfen der Entscheidungsträger?	Interviews mit MoHFW, MoF und Health Partners

⁸ An dieser Stelle sollen die Auswirkungen auf die folgenden Qualitätsmerkmale überprüft und ggf. dargestellt werden: 1) Menschenrechte, Geschlechtergleichstellung und Inklusion, 2) Armutsbekämpfung und Reduzierung der Ungleichheit, 3) Umwelt- und Klimaverträglichkeitsprüfung, 4) Digitalisierung, 5) Anti-Korruption und Integrität sowie 6) Konfliktsensibilität („Do no harm“).

⁹ mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.

Nachhaltigkeit

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			3	0	
Sind die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit (nach Beendigung der Förderung) zu erhalten?	Welche Geräte, die während HPNSDP gefördert wurden, werden noch zweckgemäß verwendet, sind voll funktionsfähig, sind gut gewartet? Welche Gebäude, die während HPNSDP gefördert wurden, werden noch zweckgemäß verwendet, sind voll funktionsfähig, sind gut gewartet? Welche Mitarbeiter, die während HPNSDP aus- und weitergebildet wurden, sind heute noch im Dienst?	exemplarische Beobachtung vor Ort. Allerdings ist bei Geräten zu beachten, dass das Ende des Programms bereits außerhalb der Abschreibungsperiode vieler Geräte liegt.			
Inwieweit weisen Zielgruppe, Träger und Partner eine Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber zukünftigen Risiken auf, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten?	Falls nicht schon oben besprochen: Wie resilient waren die Gesundheitsdienste während der Corona-Pandemie? Wie ist Personalumschlag?	Interviews mit MoHFW, MoF und Health Partners			
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Was wurde aus HPNSDP gelernt? Welche Bedeutung hatte der Prozess des Alignment Harmonization im SWAp?	Interviews mit MoHFW, MoF und Health Partners			
Sonstige Evaluierungsfrage 2	Wie hat sich die Budgetfinanzierung im Gesundheitssektor von 2011-2023 entwickelt (Eigenbeitrag Budget, Eigenbeitrag Nutzer/KV, Geber pooling, Geber Einzelprojekte)? Welche Tendenz ist festzustellen und warum?	Selten gibt ein Land so wenig für Gesundheit aus wie Bangladesch.			



Bewertungsdimension: Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten:		2	0	
Hat die Maßnahme dazu beigetragen, dass die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) sind die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit zu erhalten und ggf. negative Wirkungen einzudämmen?	Wie hat sich die Bereitschaft der Regierung Bangladeschs verändert, Gesundheit der Bevölkerung und insb. von vulnerablen Gruppen hohe Priorität zu geben? Wie hat sich die Fähigkeit des MoHFW und MoF entwickelt, diese Großprogramme zu managen? Wie hat sich die Ownership entwickelt?	Interviews mit MoHFW, MoF und Health Partner; [23]		
Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Zielgruppe, Träger und Partner, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	Wie viel Personal in MoHFW, MoF und Einrichtungen, die während der Phase von HPNSDP Verantwortung hatten, sind überhaupt noch heute im Gesundheitssektor tätig?	Interviews, MoHFW, Health Partner und Einrichtungsleitung		
Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) besonders benachteiligter Gruppen, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	Konnte die Gesundheit von Frauen und Kindern und anderen Vulnerablen langfristig gestärkt werden? Sind dadurch langfristige Vorteile (z.B. Bildung von Kindern, Arbeitsfähigkeit) entstanden, die über das Ende von HPNSDP hinausgehen?	Interviews, MoHFW, Health Partner und Einrichtungsleitung		
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Welche Erfahrungen aus den Krisen (Flüchtlingskrise, Corona) konnten die	Interviews, MoHFW, Health Partner und Einrichtungsleitung		

	Führungskräfte sammeln? Hätte ein spezifisches Training in Management, Change Management und Krisenmanagement einen Unterschied gemacht?				
Sonstige Evaluierungsfrage 2	Wie können die nachfrageseitigen Faktoren überwunden werden?	Nachhaltige Finanzierung des GW(Geber, Eigenanteil, Nutzer/ Versicherung): Entwicklungen, Abdeckung, bezahlbar für Arme			
Bewertungsdimension: Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit			2	0	
Wie stabil ist der Kontext der Maßnahme) (z.B. soziale Gerechtigkeit, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, politische Stabilität, ökologisches Gleichgewicht) (Lern-/Hilfsfrage)	Was hat sich seit Ende von HPNSDP im Sektor zum Guten oder Schlechten verändert? Sind frühere Probleme geschwächt oder neue entstanden?	HPNSDP, Indikatoren seit Ende des Programms			
Inwieweit wird die Dauerhaftigkeit der positiven Wirkungen der Maßnahme durch den Kontext beeinflusst? (Lern-/Hilfsfrage)	Falls nicht schon vorher: Welche Rolle spielten Flüchtlingskrise, Corona, Demokratisierung, Dezentralisierung und Friedensprozess für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung	Interview, Einschätzungsfrage von jedem			
Inwieweit sind die positiven und ggf. negativen Wirkungen der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen?	Falls nicht schon vorne betrachtet: Wie funktional sind die Investitionen in Gebäude, Geräte und Personal noch nach 7 Jahren?	Erhebung, siehe oben.			
Inwieweit sind die Gender-Ergebnisse der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen (Ownership, Kapazitäten, etc.)? (FZ E spezifische Frage)	Wie schätzten die Stakeholder das „Gender Mainstreaming“ bzw. „Vulnerable Mainstreaming“ ein?	Interviews, Einschätzungsfragen			
Sonstige Evaluierungsfragen					

Sonstige Evaluierungsfrage 1	Grundlegend: wir haben sich die Gesundheitsstatistiken und Wirtschaftsstatistiken seit Ende von HPNSDP entwickelt? Welche Bedeutung könnte hierfür der SWAp haben?	Interviews, Einschätzungsfragen
------------------------------	--	---------------------------------

Anlage 9: Literaturverzeichnis

1. World Bank. *World Development Indicators*. 2023 [cited 2023 14.03.2023]; Available from: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>.
2. UNDP. *Human Development Index*. 2023 [cited 2023 29.03.2023]; Available from: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>.
3. Economist Intelligence, *Democracy Index 2022. Frontline democracy and the battle for Ukraine*. 2023, Economist Intelligence: London et al.
4. Transparency International. *Health*. 2023 [cited 2023 24.07.2023]; Available from: <https://www.transparency.org/en/our-priorities/health-and-corruption>.
5. Das, A., et al., *Decentralized activity centers in rural Bangladesh: A step towards effective emergency situation management in the post-pandemic cities*. Journal of Urban Management, 2021. **10**(3): p. 242-254.
6. Knoema. *Inclusive Development Index*. 2023 [cited 2023 17.11.2023]; Available from: <https://public.knoema.com/nfiexhb/inclusive-development-index>.
7. WID. *Bangladesh*. 2023 [cited 2023 17.11.2023]; Available from: <https://wid.world/country/bangladesh/>.
8. Titumir, R.A.M., *Poverty and inequality in Bangladesh*, in *Numbers and narratives in Bangladesh's economic development*, R.A.M. Titumir, Editor. 2021, Palgrave Macmillan: Singapore. p. 177-225.
9. Huda, T.M., et al., *Social determinants of inequalities in child undernutrition in Bangladesh: A decomposition analysis*. Maternal & child nutrition, 2018. **14**(1): p. e12440.
10. Chowdhury, R. and M. Sarkar, *Education in Bangladesh: Changing contexts and emerging realities*. Engaging in educational research: Revisiting policy and practice in Bangladesh, 2018: p. 1-18.
11. Akram, R., et al., *Prevalence and determinants of stunting among preschool children and its urban-rural disparities in Bangladesh*. Food and nutrition bulletin, 2018. **39**(4): p. 521-535.
12. Biswas, T., et al., *Socio-economic inequality of chronic non-communicable diseases in Bangladesh*. PloS one, 2016. **11**(11): p. e0167140.
13. BMZ, *Kernthemenstrategie Gesundheit, Soziale Sicherung, Bevölkerungsdynamik*, d.K. Kommunikationsstab: Öffentlichkeitsarbeit, Editor. 2023, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung Bonn.
14. Health Economics Unit and World Bank, *Bangladesh Public Expenditure Tracking Survey (PETS). A Case Study of the Health Sector*. 2022, Government of Bangladesh, The World Bank: Dhaka.
15. Ahmed, S., T. Begum, and O. Smith, *Diagnostic study of public financial management: to strengthen health financing and service delivery in Bangladesh*. 2019, The World Bank: Dhaka.
16. IDF. *Bangladesh*. 2023 [cited 2023 23.11.2023]; Available from: <https://idf.org/our-network/regions-and-members/south-east-asia/members/bangladesh/>.
17. Hossain, M.B., et al., *Prevalence of, and risk factors for, diabetes and prediabetes in Bangladesh: Evidence from the national survey using a multilevel Poisson regression model with a robust variance*. PLOS Global Public Health, 2022. **2**(6): p. e0000461.
18. Ali, N., et al., *Prevalence and risk factors of general and abdominal obesity and hypertension in rural and urban residents in Bangladesh: a cross-sectional study*. BMC Public Health, 2022. **22**(1): p. 1707.
19. World Obesity Federation, *World Obesity Atlas 2023*. 2023, London: World Obesity Federation.
20. IDF, *IDF Diabetes Atlas 2021*. 2021: International Diabetes Federation.
21. UNICEF, *Leaving no child behind. Scaling up investment in immunization to protect against diseases*. 2021, UNICEF: Dhaka.
22. Citizens' platform for SDGs Bangladesh, *A Brief on Development in Tangail*. 2022, Citizen's Consultation Meeting: Tangail.
23. World Bank. *Bangladesh - Health Sector Development Program Project*. 2017 [cited 2023 30.08.2023]; Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/201211514407103482/Bangladesh-Health-Sector-Development-Program-Project>.
24. MOHFW, *Report on End-Line Evaluation of Health, Population and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) July 2011- December 2016*, M.o.H.a.F. Welfare, Editor. 2017, Government of Bangladesh: Dhaka.
25. Ahsan, K.Z., et al., *Fifteen years of sector-wide approach (SWAp) in Bangladesh health sector: an assessment of progress*. Health Policy and Planning, 2016. **31**(5): p. 612-623.
26. Udechukwu, T., et al., *Health Systems Reforms in Bangladesh: An Analysis of the Last Three Decades*, in *medRxiv* 2023.10. 11.23296847. 2023.
27. Ahmed, S., T. Begum, and O. Smith, *Diagnostic study of public financial management: to strengthen health financing and service delivery in Bangladesh*. 2019, Washington D.C.: World Bank.
28. Rodenberg, B., *Von Sektorpapieren zum ganzheitlichen Ansatz deutscher EZ ? Zur Berücksichtigung der Querschnittsthemen Partizipation - Armut - Gender in den Schwerpunktstrategiepapieren des BMZ 2001*, Deutsches Institut für Entwicklungspolitik: Bonn.
29. BMZ, *Entwicklungspolitischer Aktionsplan zur Gleichberechtigung der Geschlechter 2016-2020: Ein Rückblick*, G. Referat Menschenrechte, Inklusion, Editor. 2021, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung: Bonn.

30. BMZ, *BMZ-Kernthemenstrategie: „Verantwortung für unseren Planeten – Klima und Energie“*, R. 420, Editor. 2021, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung: Bonn.
31. Woode, M.E., D. Mortimer, and R. Sweeney, *The impact of health Sector-Wide approaches on aid effectiveness and infant mortality*. Journal of International Development, 2021. **33**(5): p. 826-844.
32. Udechukwu, T., et al., *The impact of health sector reforms on health system in Bangladesh: A Scoping review*. European Journal of Public Health, 2021. **31**(Supplement_3): p. ckab165. 218.
33. WHO, *WHO Country Cooperation Strategy: Bangladesh 2014-2017*. 2014, World Health Organization: Geneva.
34. USAID, *USAID Bangladesh Health Strategy 2022-2027*. 2021, USAID: Dhaka.
35. World Bank. *The World Bank In Bangladesh*. 2023 [cited 2023 11.12.2023]; Available from: <https://www.worldbank.org/en/country/bangladesh/overview>.
36. Ministry of Health and Family Welfare, *Bangladesh Demographic and Health Survey 2022. Key Indicators Report*, N.I.o.P.R.a. Training, Editor. 2023, Government of Bangladesh: Dhaka.
37. MOHFW, *Expanding Social Protection for Health Towards Universal Coverage – Health Financing Strategy 2012-2032*, H.E. Unit, Editor. 2012, Government of the People's Republic of Bangladesh: Dhaka.
38. Chowdhury, M.E., et al., *Evaluation of the Pilot Shasthyo Shurokhsha Karmasuchi (SSK)*. 2020, USAID, ucddr,b: Dhaka.
39. Hasan, M.Z., et al., *The effectiveness of a government-sponsored health protection scheme in reducing financial risks for the below-poverty-line population in Bangladesh*. Health Policy and Planning, 2023: p. czad115.
40. Exemplars. *Why is Bangladesh an Exemplar?* 2024 [cited 2024 10.01.2024]; Available from: <https://www.exemplars.health/topics/neonatal-and-maternal-mortality/bangladesh/why-is-bangladesh-an-exemplar>.
41. WFP, *Bangladesh Annual Country Report 2022. Country Strategic Plan 2022 - 2026*. 2022, World Food Programme: Dhaka.
42. SDR. *Sustainable Development Report Bangladesh*. 2023 [cited 2023 23.11.23]; Available from: <https://dashboards.sdindex.org/profiles/bangladesh>.
43. Ministry of Health and Family Welfare, *Bangladesh Demographic and Health Survey 2011. Key Indicators Report*, N.I.o.P.R.a. Training, Editor. 2013, Government of Bangladesh: Dhaka.
44. World Bank, *Fiscal Space for Health in Bangladesh. Towards Universal Health Coverage*. 2016, The World Bank: Dhaka.
45. Joarder, T., et al., *A record review on the health status of Rohingya refugees in Bangladesh*. Cureus, 2020. **12**(8).
46. Al-Zaman, M.S., *Healthcare crisis in Bangladesh during the COVID-19 pandemic*. The American journal of tropical medicine and hygiene, 2020. **103**(4): p. 1357.
47. Devnath, P., et al., *Massive third-wave COVID-19 outbreak in Bangladesh: A co-epidemic of dengue might worsen the situation*. 2022, Future Medicine. p. 347-350.
48. Warrick, R.A. and Q.K. Ahmad, *The implications of climate and sea-level change for Bangladesh*. 2012, Berlin et al.: Springer Science & Business Media.
49. MoHFW, *Strategic Plan for Health, Population & Nutrition Sector Development Program (HPNSDP)*. 2011, Government of Bangladesh: Dhaka.
50. WHO and UNICEF, *Bangladesh: WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage. Revision 2022*. 2023, WHO & UNICEF: Dhaka.
51. MoHFW, *Annual Program Implementation Report (APIR) 2022, July 2021 – June 2022*. 2022, Government of Bangladesh: Dhaka.
52. Ssentongo, P., et al., *Association of vitamin A deficiency with early childhood stunting in Uganda: A population-based cross-sectional study*. PLoS One, 2020. **15**(5): p. e0233615.
53. HPNSDP, *Framework for Indigenous Peoples Plan*. 2015, Health, Population and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP): Dhaka.
54. Islam, A. and T. Biswas, *Health system in Bangladesh: challenges and opportunities*. American Journal of Health Research, 2014. **2**(6): p. 366-374.
55. Zakaria, M., et al., *Disparity in physician-patient communication by ethnicity: Evidence from Bangladesh*. International Journal for Equity in Health, 2021. **20**(1): p. 1-9.
56. Iqbal, M.H., *Disparities of health service for the poor in the coastal area: does Universal health coverage reduce disparities?* Journal of Market Access & Health Policy, 2019. **7**(1): p. 1575683.
57. Mahumud, R.A., et al., *Distribution and determinants of out-of-pocket healthcare expenditures in Bangladesh*. Journal of Preventive Medicine and Public Health, 2017. **50**(2): p. 91.
58. Molla, A.A. and C. Chi, *Who pays for healthcare in Bangladesh? An analysis of progressivity in health systems financing*. International journal for equity in health, 2017. **16**(1): p. 1-10.
59. HPNSDP, *Additional Environmental Action Plan*. 2015, Health, Population and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP): Dhaka.
60. Zeng, W., et al., *Costing essential services package provided by a non-governmental organization network in Bangladesh*. Health policy and planning, 2017. **32**(10): p. 1375-1385.
61. Sarker, A.R., et al., *Economic costs of hospitalized diarrheal disease in Bangladesh: a societal perspective*. Global health research and policy, 2018. **3**: p. 1-12.

62. Jo, Y., et al., *Antenatal care in rural Bangladesh: current state of costs, content and recommendations for effective service delivery*. BMC health services research, 2019. **19**: p. 1-13.