

Ex-post-Evaluierung

Ländliches Gesundheitswesen III, VR China



Titel	Ländliches Gesundheitswesen III		
Sektor und CRS-Schlüssel	Infrastruktur im Bereich Basisgesundheits, 12230		
Projektnummer	2011 66 735		
Auftraggeber	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ		
Empfänger/ Projektträger	Finanzministerium der Volksrepublik China/ Distriktkrankenhäuser		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	14,8 Mio. EUR/ Verbundfinanzierung		
Projektlaufzeit	Dezember 2012 – Juni 2019		
Berichtsjahr	2021	Stichprobenjahr	2020

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

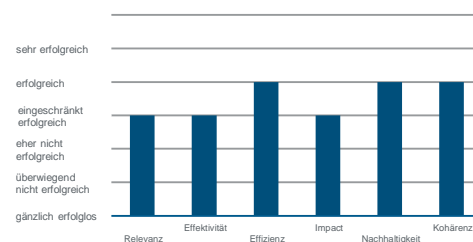
Das Outcome-Ziel des FZ-Vorhabens war die erhöhte Nutzung der quantitativ und qualitativ verbesserten Gesundheitsdienstleistungen in drei Distriktkrankenhäusern. Dadurch sollte auf Impact-Ebene ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in den ärmeren, ländlicheren, nördlichen und westlichen Provinzen Chinas geleistet werden. Die mit FZ-Mitteln finanzierten Maßnahmen umfassten die Beschaffung moderner, medizinischer Geräte sowie krankenhausspezifische Ausstattung. Über den Eigenbeitrag wurden Bauleistungen zur Erweiterung und Rehabilitierung, Wartungskosten und Trainingsmaßnahmen finanziert.

Wichtige Ergebnisse

Es ist plausibel anzunehmen, dass das FZ-Vorhaben einen wenngleich beschränkten Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in den Projektprovinzen leistete (Impact) und damit zu einer Verringerung von Unterschieden zwischen ländlichen Regionen und wirtschaftlich weiterentwickelten, städtischen Gebieten beitrug. So konnten die Unterschiede landesweit bis 2019 bei der Müttersterblichkeit eliminiert und bei der Kindersterblichkeit deutlich verringert werden.

- Durch die FZ-Maßnahme konnten die Krankenhäuser das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen, an die veränderte Krankheitslast angepasst, sowohl qualitativ als auch quantitativ ausweiten und die Nutzung der Dienstleistungen steigern (Effektivität).
- Es ist jedoch davon auszugehen, dass für Gesundheitsdienstleistungen mit im Rahmen des FZ-Vorhabens finanzierter Ausstattung „out-of-pocket“-Zahlungen anfallen, die die Erschwinglichkeit für einkommensschwache Gruppen einschränken (Relevanz).
- Nicht alle Beschaffungen erfolgten bedarfsorientiert so z.B. Geräte für Operationen für ein auf traditionelle chinesische Medizin (TCM) spezialisiertes Krankenhaus. Dies wirkte sich negativ auf die Effizienz des Vorhabens aus.
- Der Großteil, der im Rahmen des Vorhabens gelieferten Geräte und Ausstattung war zum Zeitpunkt der Evaluierung in einem guten Zustand und wird intensiv genutzt. Für alle größeren Geräte wurden die nach Ende des FZ-Vorhabens auslaufenden Wartungsverträge verlängert, was für eine gute Nachhaltigkeit spricht.

Gesamtbewertung: eingeschränkt erfolgreich



Schlussfolgerungen

- Seit Beginn der COVID-Pandemie wurden weniger Untersuchungen wahrgenommen - ein Trend, der in sehr vielen Ländern erkennbar ist. Aufgrund dieses verzerrenden Effekts wurden für die Evaluierung Daten aus 2019 herangezogen.
- Im Rahmen der Projektplanung sollten Wartungskosten für Großgeräte für deren gesamten Lebenszyklus berücksichtigt werden.
- Solange die Basisversorgung unzureichend, Patientenströme zwischen Versorgungsebenen unreguliert und Krankenhäuser unterfinanziert sind, ist eine integrierte regionale Investitionsplanung im Einzugsgebiet möglichst inklusive unterschiedlicher Versorgungsebenen zu empfehlen.

Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 3

Teilnoten:

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

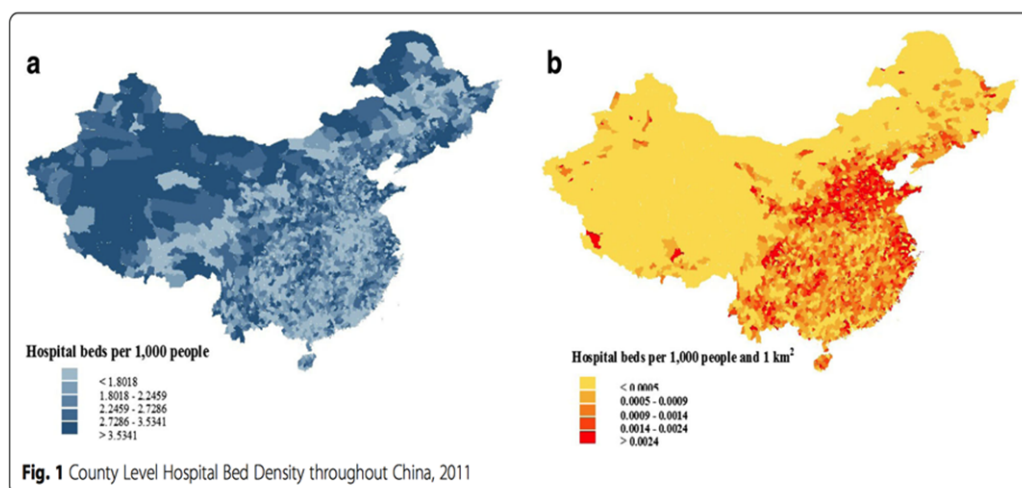
Relevanz

Die wirtschaftliche Entwicklung der Volksrepublik China führte neben positiven Auswirkungen auf die Armutszunahme und einer allgemeinen Verbesserung der Lebensbedingungen zu signifikanter Ungleichheit bezüglich Einkommen aber auch Gesundheitsversorgung und Gesundheitszustand zwischen den Regionen des Landes sowie zwischen der städtischen und ländlichen Bevölkerung. Das veraltete Gesundheitssystem konnte der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen nicht länger gerecht werden. Zusätzlich veränderte sich die Krankheitslast mit einem Anstieg von nicht-übertragbaren Erkrankungen. Die marktwirtschaftlichen Reformen führten zu einer Krise der sozialen Sicherungssysteme. Die Erschwinglichkeit der Gesundheitsversorgung für untere Einkommensgruppen nahm ab. Diese Entwicklungen machten umfassende nationale Reformen der Gesundheitsversorgung und der Finanzierung inklusive eines Krankenversicherungssystems erforderlich sowie die Weiterentwicklung der Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten insbesondere in benachteiligten Provinzen.

Die Standorte des FZ-Vorhabens liegen in ländlichen Provinzen im Norden (Heilongjiang) und Westen (Sichuan) Chinas. Im Vergleich zu anderen chinesischen Provinzen ist dort der Human Development Index (HDI) geringer (HDI Sichuan: 0,686 (2012), 0,734 (2019); Heilongjiang: 0,709 (2012), 0,737 (2019), im Vergleich zu wirtschaftlich starken Provinzen wie Shanghai 0,824 (2012) 0,873 (2019) aber auch China gesamt: 0,761 (2019)).

Die folgende Abbildung zeigt die regionale Diskrepanz bezüglich der Verfügbarkeit von Gesundheitseinrichtungen anhand des Proxy-Indikators der Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern und der geographischen Verteilung der Betten. Die rechte Karte zeigt, dass die Krankenhausbetten-Dichte in den westlichen und nördlichen Provinzen, so auch in den Projektprovinzen, deutlich geringer ausfällt im Vergleich zum wirtschaftlich stärker entwickelten Südosten. Die Krankenhäuser sind dort auf wenige städtische Zentren konzentriert, d.h. die Entfernung zum nächsten Krankenhaus ist für viele Einwohnerinnen und Einwohner ländlicher Gebiete dort weiter.

Abbildung 1: Verteilung von Krankenhausbetten auf Provinzebene in China¹ (Projektprovinzen siehe Markierung)²



Vor Umsetzung des FZ-Vorhabens konnten die drei ausgewählten Distriktkrankenhäuser aufgrund beschädigter Infrastruktur (u.a. durch Erdbeben und Folgen des Kohleabbau in der Region³) sowie aufgrund unzureichender Infrastruktur und Ausrüstung zentrale Diagnose- und Behandlungsleistungen z.B. für Lungenerkrankungen (Staublunge, Lungenkrebs) aber auch im Bereich Kardiologie, Neuro- und Gefäßchirurgie nicht in vollem Umfang anbieten.

Die Zielgruppe war die Bevölkerung im Einzugsgebiet der Krankenhäuser mit rd. 6,4 Mio. Menschen (2012) in den benachteiligten, ländlichen Projektprovinzen. Ein spezifischeres "targeting" fand nicht statt.

Bereits zum Zeitpunkt der Projektprüfung waren rd. 87 % der chinesischen Bevölkerung krankenversichert, zum Zeitpunkt der Ex-post-Evaluierung (EPE) geht die WHO⁴ sogar von 95 % aus. Die für ländliche Bevölkerung vorgesehene Versicherung ("New Cooperative Medical Scheme") sichert jedoch nur eine grundlegende Gesundheitsversorgung ab und es ist davon auszugehen, dass für Gesundheitsdienstleistungen mit im Rahmen des FZ-Vorhabens geförderter Ausstattung "out of pocket"-Zuzahlungen anfallen, die die Erschwinglichkeit für einkommensschwache Gruppen einschränken. So bestätigt eine im Juni 2021 veröffentlichte Studie⁵ zwar, dass die Ausweitung des Krankenversicherungssystems dazu beigetragen hat, "catastrophic health expenditure" zu reduzieren, gleichzeitig bleiben einkommensschwache Bevölkerungsgruppen jedoch weiterhin signifikant hinter einkommensstärkeren zurück z.B. bei der Nutzung stationärer Gesundheitsdienstleistungen.

Die Auswahl der Projektregionen erscheint auch ex-post sinnvoll. Die unzureichenden Diagnose-, Behandlungs- und Präventivkapazitäten für die veränderte Krankheitslast in den nördlichen und westlichen Provinzen Chinas als ein Teil des Kernproblems wurden zum Zeitpunkt der Prüfung richtig erkannt. Im Sinne einer integrierten Betrachtung der Gesundheitsversorgung in den Projektprovinzen ist, angesichts

¹ Quelle: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5100192/pdf/12939_2016_Article_467.pdf

² Während auf der linken Karte (a) nur die Bettenanzahl pro 1.000 Menschen in den einzelnen Provinzen betrachtet wird (je dunkler die Schattierung, desto mehr Betten) ergänzt die rechte Karte (b) Angaben zur geographischen Verteilung dieser Krankenhausbetten pro Quadratkilometer u.a. als Proxy für die Entfernung zum nächsten Krankenhaus. Während die reine Betrachtung der Bettenzahl pro Einwohner auf der linken Karte ein anderes Bild zeichnet. Dort erscheint die Bettenverfügbarkeit pro Kopf in den weniger dicht besiedelten nördlichen und westlichen Provinzen besser als im Südosten.

³ Durch die Ruß und Abgase im Zusammenhang mit der Kohleförderung in Qitaihe hat sich eine toxische Staubschicht auf Gebäuden im Stadtzentrum gebildet mit bleibenden Schäden. Daher wurde der Stadtkern an einem anderen Ort neu aufgebaut, inklusive der beiden Programmkrankenhäuser.

⁴ Quelle: WHO, 2021: Universal health coverage China

⁵ Studie von "Center for Disease Control and Prevention" aus mehreren Provinzen in Kooperation mit der Universität Stanford, Quelle: [https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(21\)00083-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(21)00083-3/fulltext)

der niedrigen Leistungsfähigkeit und Attraktivität der Primärversorgung und der unteren Krankenhaus-ebenen und dem Fehlen eines funktionierenden Überweisungssystems, die ausschließliche Unterstützung auf Ebene der Distriktkrankenhäuser nur bedingt nachvollziehbar. Auch scheint die Konzeption des Vorhabens nicht geeignet einen gleichberechtigten Zugang der Zielgruppe zu adressieren. Finanzielle Zugangsbarrieren insbesondere für einkommensschwache Bevölkerung wurden unzureichend berücksichtigt.

Ein weiterer einschränkender Aspekt der Relevanz ist, dass das Bevölkerungswachstum in Qitaihe nach Prüfung rückläufig war. Anhand der Entwicklung der Bevölkerungszahlen war dies nicht absehbar, allerdings hätte ggf. eine Bevölkerungsveränderung antizipiert werden können aufgrund des Beschlusses, die Kohlewerke in der Region mit vielen Wanderarbeitern zu schließen.

Die Wirkungskette des Vorhabens ist weitestgehend plausibel. Die Erweiterungs-, Rehabilitierungs- und Neubaumaßnahmen in Verbindung mit dem Erwerb von relevanter, nicht-medizinischer Ausstattung gepaart mit der Beschaffung und Installation moderner, hochwertiger medizinischer Geräte sollten zu einer Verbesserung der quantitativen und qualitativen Diagnose- und Behandlungskapazitäten der Projektkrankenhäuser führen. Dadurch sollte der Zugang für die Bevölkerung im Einzugsgebiet verbessert und die Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen ausgeweitet werden. Dies sollte zur Verbesserung der Gesundheitssituation in den Projektprovinzen beitragen.

Es ist anzumerken, dass die Rahmenbedingungen von Gesundheitsvorhaben in China durch strikte Planungsvorgaben aus dem chinesischen Finanzministerium geprägt sind und weder eine gemeinsame integrierte Planung noch ein gesundheitssystemischer Dialog z.B. zur Finanzierung im Sektor vorgesehen sind. Unter Berücksichtigung der genannten Aspekte wird die Relevanz als unter den Erwartungen liegend mit eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Relevanz Teilnote: 3

Kohärenz

Das FZ-Vorhaben entsprach den damaligen und entspricht auch den heutigen Prioritäten der chinesischen Regierung im Gesundheitssektor. Weitreichende Reformanstrengungen aus dem Jahr 2009 zielten in erster Linie darauf ab, bis 2020 für alle Chinesinnen und Chinesen eine universelle Basisgesundheitsversorgung anbieten zu können. In diesem Zusammenhang waren systematische Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ländlicher Regionen vorgesehen. Sieben weitere FZ-Vorhaben im Sektor, die ebenfalls in den nördlichen und westlichen Provinzen Chinas umgesetzt wurden, zielten ebenfalls auf den Ausbau von Gesundheitsinfrastruktur sowie die HIV/AIDS-Bekämpfung. Diese wurden unabhängig voneinander durchgeführt, ergänzten sich jedoch in ihrem Beitrag zu den prioritären Handlungsfeldern (vgl. auch FZE, 2018: EPE China: Modernisierung Gesundheitswesen westliche Provinzen). Das FZ-Vorhaben entsprach den gesundheitspolitischen Zielen des BMZ.

Projektplanung und -durchführung erfolgten in enger Abstimmung mit den jeweiligen Regierungsstellen. Ausschreibungen erfolgten über die etablierten chinesischen Strukturen.

In Ermangelung einer übergreifenden Geberkoordinationsstruktur gab es seit 2010 keine multilaterale Koordination im Sektor, so auch nicht für dieses FZ-Vorhaben. Die EPE von 2018 kam zu dem Schluss, dass die unzureichende Koordination zwischen nationalen Akteuren aber auch mit den unterschiedlichen Gebern im Sektor ein wichtiges Hindernis für die Umsetzung der Reformen darstellte und dass die deutsche EZ anders als z.B. Weltbank und FCDO (bzw. zuvor DFID) ihre Erfahrungen nicht in den Sektorreformprozess einbringen konnte.

Aufgrund der Einschränkungen in Bezug auf die Koordination mit anderen Gebern wird die Kohärenz als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Kohärenz Teilnote: 3

Effektivität

Für die Bewertung der Effektivität des FZ-Vorhabens bestanden erhebliche Herausforderungen. Geräteenutzungsbezogene Indikatoren bzw. Indikatoren zur Nutzung von Dienstleistungen allein sind nicht ausreichend, um die Wirksamkeit des Vorhabens zu bewerten. So ist die Aussagekraft dieser Indikatoren an-

gesichts eines non-funktionalen Referenzsystems und dem Anreiz hoher Auslastungen der Geräte zur Steigerung von Krankenhauseinnahmen eingeschränkt. Nutzungsdaten müssten um Indikatoren zur diagnosebezogenen Qualität der Versorgungsleistungen sowie Versorgungs- und Zugangsgerechtigkeit ergänzt werden, was im chinesischen Kontext jedoch aufgrund mangelnder Transparenz schwierig bis unmöglich ist. Auch fehlen zum Zeitpunkt der Prüfung festgelegte Zielwerte und detaillierte Monitoringdaten auf Ebene der Krankenhäuser stehen nur eingeschränkt zur Verfügung.

Das Jahr 2020 war von der COVID-19-Pandemie mit starken Eindämmungsmaßnahmen und Lockdowns überschattet. Die erhobenen Daten zeigen, dass die Bevölkerung in dieser unsicheren Zeit weniger Untersuchungen nachgefragt hat - ein Trend, der in sehr vielen Ländern erkennbar war. Zur Überprüfung und Analyse der Zielerreichung werden aufgrund dieser verzerrten Effekte nicht die Daten aus dem Jahr 2020, sondern die aus dem Vorjahr (2019) herangezogen.

Ziel des FZ-Vorhabens (Outcome) war die erhöhte Nutzung der quantitativ und qualitativ verbesserten Gesundheitsdienstleistungen in drei Distriktkrankenhäusern der Provinzen Heilongjiang (Distrikt Mianyang) und Sichuan (Distrikt Qitaihe) durch verbesserte Diagnose-, Behandlungs- und Präventivkapazitäten. Die Krankenhäuser in Qitaihe hatten folgende Spezialisierung: Mutter-Kind-Gesundheit (Q-MK) und traditionelle chinesische Medizin (Q-TCM); das Krankenhaus in Mianyang ist u.a. auf Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen spezialisiert (M).

Indikator	Status PP (2012)	Ex-post-Evaluierung (2019)
(1) Steigerung jährlicher ambulanter Behandlungen	Q-MK: 93.715 Q-TCM: 43.810 M: 499.749	Q-MK: 150.386 → erfüllt (+60 %) Q-TCM: 139.268 → erfüllt (+218 %) M: 790.193 → erfüllt (+58 %)
(2) Steigerung jährlicher stationärer Behandlungen	Q-MK: 6.303 Q-TCM: 4.284 M: 23.435	Q-MK: 6.806 → erfüllt (+8 %) Q-TCM: 10.360 → erfüllt (+142 %) M: 50.264 → erfüllt (+114 %)
(3) Steigerung der Anzahl größerer chirurgischer Eingriffe um mind. 40 %.	Q-MKH: 657 (2014) Q-TCM: 10 M: 2.283	Q-MK: 1.735 → erfüllt (+165 %) Q-TCM: 41 → erfüllt (+410 %) M: 10.302 → erfüllt (+351 %)
(4) Steigerung der Anzahl diagnostischer Verfahren (Röntgen, CT)	Q-MK: 7.833 Q-TCM: 16.485 M: 56.902	Q-MK: 20.846 → erfüllt (+166 %) Q-TCM: 39.707 → erfüllt (+490 %) M: 131.275 → erfüllt (+131 %)

Alle für die EPE angewandten Indikatoren wurden von den drei Krankenhäusern erfüllt bzw. zum Teil sogar deutlich übererfüllt. So konnten alle geförderten Krankenhäuser ihre ambulanten sowie stationären Behandlungen deutlich erhöhen, wobei das auf TCM-spezialisierte Krankenhaus in Qitaihe die stärkste relative Zunahme an Patientinnen und Patienten verzeichnete während sich die Anzahl der stationären Patientinnen im auf Mutter- und Kindgesundheit spezialisierten Krankenhaus nur geringfügig erhöhte (+8 %). Die starke Zunahme von ambulanten Behandlungen entspricht dem Trend auf nationaler Ebene, dem nur mit einer Kapazitätsausweitung begegnet werden konnte.

Die Anzahl diagnostischer Verfahren und größerer chirurgischer Eingriffe erhöhte sich signifikant und deutet auf eine gute Zielerreichung hin. Durch Investitionen im Rahmen des FZ-Vorhabens, konnte das auf Mütter und Kinder spezialisierte Krankenhaus in Qitaihe, um neue Abteilungen im Bereich MRT, Mammographie und Radiologie erweitert werden. Damit hat das FZ-Vorhaben hier unmittelbar einen wichtigen Anteil an der Erreichung des Indikators zur Steigerung diagnostischer Verfahren um 166 %. Für das auf TCM spezialisierte Krankenhaus muss trotz positiver Entwicklung des Indikators festgestellt werden, dass die absoluten Zahlen von größeren Eingriffen im Vergleich zu anderen Krankenhäusern sehr niedrig sind. Die Chirurgie steht nicht im Zentrum der TCM.

Auch wenn keine Indikatoren zur Versorgungsqualität definiert wurden und diese nachträglich nicht erhoben werden konnten, ist es plausibel davon auszugehen, dass die Qualität der Versorgung durch die er-

höhte diagnostische und therapeutische Kapazität mittels hochwertiger Geräte gesteigert wurde. Die Modernisierung der technischen Ausrüstung der Krankenhäuser entsprechend "state of the art" ist positiv zu würdigen.

Unter Berücksichtigung der eingeschränkten Aussagekraft bewerten wir die Effektivität auf Basis der vorliegenden Indikatoren als erfolgreich.

Effektivität Teilnote: 2

Effizienz

Die Durchführung verzögerte sich von geplanten 24 Monaten auf 72 Monate, wobei 90 % aller Aktivitäten innerhalb von 36 Monaten umgesetzt wurden. Verzögerungen ergaben sich bei der Erstellung der Beschaffungslisten und Ausschreibungsunterlagen sowie bei der Inbetriebnahme des im Rahmen des Eigenbeitrags umgesetzten Strahlentherapiegebäudes des Krankenhauses in Mianyang. Kostensteigerungen ergaben sich aus den Verzögerungen nicht. Durch die Anpassungen der Beschaffungslisten im Rahmen der Durchführung ergaben sich zusätzlichen Kosten. Diese wurden durch eine Erhöhung des Eigenbeitrags gedeckt.

Die Implementierungsstruktur des Vorhabens beinhaltete alle relevanten Stakeholder. Die Ausschreibung über erfahrene "Window Companies" (Ausschreibungsagenturen) in Kombination mit der beratenden Unterstützung durch einen internationalen Durchführungsconsultant führte zu Effizienzgewinnen. Die Investitionskosten werden als angemessen eingeschätzt und entsprechen vergleichbaren Investitionen in China. Die Kosten für den Beratungsaufwand erscheinen vergleichsweise gering. Die Partner zeigten Eigeninitiative und übernahmen viel Verantwortung in der Umsetzung.

Für das auf TCM spezialisierte Krankenhaus in Qitaihe war die Beschaffung nicht hinreichend bedarfsorientiert, was in der Pflicht zur Erfüllung staatlicher Standards und Vorgaben für Krankenhäuser auf bestimmten Referenzstufen begründet lag. So sind z.B. die Betriebskosten für die Operationsabteilung (u.a. Sterilhaltung der Operationsräume, regelmäßige Schulungen) bei im Schnitt nur einer Operation pro Woche zu hoch.

Die Allokationseffizienz des FZ-Vorhabens lässt sich nur bedingt bewerten. Die inadäquate Versorgung auf unteren Ebenen des chinesischen Gesundheitssystems, das nicht-funktionierende Referenzsystem und eine fehlende "gate-keeper"-Funktion, gekoppelt mit einer unzureichenden Krankenhausfinanzierung führen zu systemischen Ineffizienzen (siehe auch unter Relevanz). Im Hinblick auf die Allokationseffizienz wäre eine integrative Planung zur Berücksichtigung aller Versorgungsebenen förderlich. Die ausschließliche Fokussierung auf Ebene der Krankenhäuser ist aus Effizienzgesichtspunkten zu hinterfragen. Im Planungszeitraum gab es jedoch deutliche Präferenzen bzw. Vorgaben seitens der chinesischen Partner für Investitionen in die Krankenhausversorgung (siehe auch unter Relevanz).

Aus Sicht der EPE erscheint die Auswahl der Provinzen grundsätzlich sinnvoll. Allerdings hätte bei den zwei nah beieinander liegenden Krankenhäusern in Qitaihe eine bessere regionalplanerische Abstimmung des Investitionsspektrums erfolgen können.

Die EPE bestätigt die gute Funktionsrate und intensive Nutzung der Mehrzahl der im Rahmen des FZ-Vorhabens gelieferten Geräte. Die Personalausstattung wurde bei EPE als adäquat eingeschätzt. Alle Krankenhäuser haben ihre "Responsiveness"⁶ und ihren Ruf verbessert.

Der Betrieb ist in zwei der drei Krankenhäuser gewinnbringend. Das auf Mütter- und Kindergesundheit spezialisierte dritte Krankenhaus konnte sein Defizit seit Prüfung stark verringern. Es ist plausibel, dass die FZ-Maßnahmen zu positiven Effekten auf die Einnahmen-Ausgaben-Situation bei allen drei Krankenhäusern beigetragen haben. Auch im Jahr 2020, obwohl in diesem die Behandlungs- und Patientenzahlen aufgrund der Ausnahmesituation durch die COVID-19-Pandemie rückläufig waren, lieferten die Krankenhäuser zufriedenstellende Ergebnisse.

⁶ WHO-Konzept inwiefern Gesundheitssystem und -einrichtungen Aspekte wie Würde, Vertraulichkeit, freie Wahl der Gesundheitseinrichtung, zeitgemäße Behandlung etc. berücksichtigen.

Durch die Einführung bzw. Ausweitung der Diagnose-, Behandlungs- und Präventivleistungen der Projekt-Krankenhäuser wurde die wohnortnahe Versorgung der Patienten verbessert, bei sinkenden Opportunitätskosten für die Patienten.

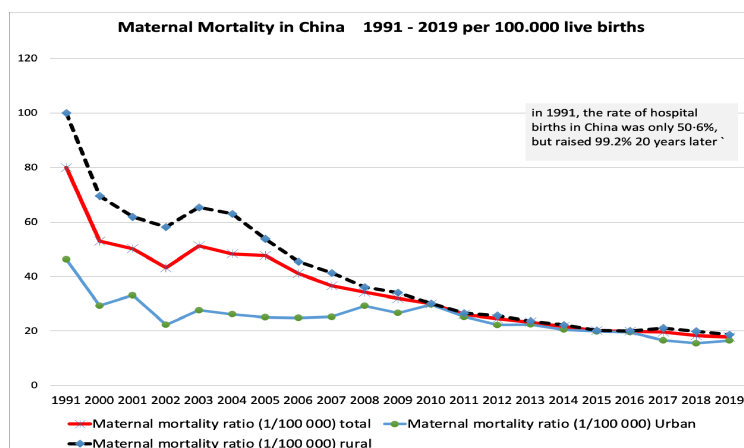
Aufgrund der Einschränkungen der Produktionseffizienz insbesondere in Qitaihe und Einschränkungen bezüglich der Evaluierbarkeit der Allokationseffizienz wird die Effizienz insgesamt als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Effizienz Teilnote: 3

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

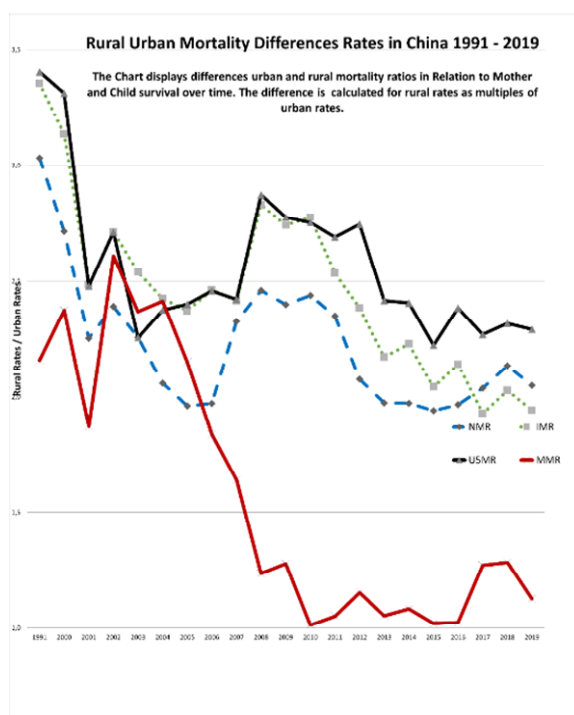
Das Ziel auf Impact-Ebene war es, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in den ärmeren, ländlicheren, nördlichen und westlichen Provinzen Chinas zu leisten. Zur Bewertung der entwicklungspolitischen Wirkungen wurden bei der EPE die Indikatoren Müttersterblichkeit und Säuglingssterblichkeit als Proxy herangezogen, auch wenn sie keine Rückschlüsse auf den Beitrag der einzelnen Krankenhäuser erlauben. Sowohl auf nationaler Ebene als auch in den Projektprovinzen ist eine kontinuierliche Verbesserung festzustellen. Die Kluft zwischen städtischen und ländlichen Gebieten hat sich in den letzten Jahren deutlich verringert (siehe hierzu die folgenden Abbildungen 2 und 3). Bei der Müttersterblichkeit wurden die Unterschiede komplett eliminiert. Bei der Säuglings- und Kindersterblichkeit haben sich die Unterschiede stark verringert. Dies gilt auch über die Projektprovinzen hinaus für China insgesamt.

Abbildung 2: Entwicklung der Müttersterblichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten im Vergleich⁷



⁷ Quelle: eigene Darstellung auf Basis National Bureau of Statistics, 2020: China Statistical Yearbook

Abbildung 3: Abweichung der Mütter- und Kindersterblichkeit in ländlichen Regionen im Vergleich zu Städten⁸



Es konnten keine unerwünschten Effekte durch die Maßnahmen festgestellt werden. Strahlenschutzvorschriften zum Schutz von Patientinnen und Patienten und medizinischem Personal wurden eingehalten. Auch die Entsorgung von medizinischen Abfällen in den Projektkrankenhäusern erscheint angemessen, um eine adäquate Infektionskontrolle zu gewährleisten und negative Umweltauswirkungen durch den Betrieb der Krankenhäuser zu reduzieren. Die Krankenhäuser werden regelmäßig von Umweltbehörden geprüft. In den letzten Jahren wurden keine negativen Umweltauswirkungen festgestellt.

Es ist plausibel anzunehmen, dass das Vorhaben einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation im Projektgebiet geleistet hat, wengleich dieser angesichts des relativ geringen finanziellen Umfangs begrenzt ist.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2

Nachhaltigkeit

Zu den positiven Effekten auf die finanzielle Tragfähigkeit der Projektkrankenhäuser siehe auch unter Effizienz. Im Falle von Defiziten gleicht die Regierung diese aus, da die Projektkrankenhäuser öffentliche Einrichtungen sind. Eine Sicherstellung des Betriebs ist damit aktuell gegeben.

Im Gesundheitssektor ist ein kontinuierlicher Budgetanstieg seitens des Staates zu beobachten, um das Ziel einer universellen Versorgung auf nationaler und Provinzebene zu erreichen. Trotz wachsender Zuweisungen durch öffentliche Mittel und Krankenversicherungsleistungen steigen jedoch auch die realen Belastungen für die Patientinnen und Patienten. Die fortlaufende Integration der Versicherungssysteme zeigt erste Erfolge beim Rückgang von Armutseffekten durch hohe Krankheitskosten ("catastrophic health expenditures") in den ärmeren Bevölkerungsschichten.

Die Wartungssysteme scheinen effektiv und ausreichend finanziert. Für alle größeren Geräte bestehen Wartungsverträge, für kleinere Geräte obliegt die Wartung den hausinternen Krankenhaustechnikern. Es ist davon auszugehen, dass die langfristige Nutzung der Ausstattung gewährleistet ist. Teilweise wurden

⁸ Quelle: eigene Darstellung auf Basis National Bureau of Statistics, 2020: China Statistical Yearbook;

Legende: NMR: neonatal mortality rate; IMR: infant mortality rate; U5MR: under 5 mortality rate; MMR: maternal mortality rate

die Kosten für Großgeräte (u.a. für Wartung, Verbrauchsmaterialien, Ersatzteile und Entsorgung) in der Planung nicht für den gesamten Lebenszyklus berücksichtigt. Trotzdem haben die Krankenhäuser aus Eigenmitteln entsprechende Folge-Wartungsverträge abgeschlossen.

Parallel zur Umsetzung des FZ-Vorhabens sind erste positive Auswirkungen der Regierungspolitik zur Abschaffung des Aufschlags für den Verkauf von Medikamenten, der Anpassung der Gebührenordnungen und der Reform der Vergütungs- und Führungsstrukturen der Gesundheitseinrichtungen erkennbar.

Daher wird die Nachhaltigkeit insgesamt mit gut bewertet.

Nachhaltigkeit Teilnote: 2

Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

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

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

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

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

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

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

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

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

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