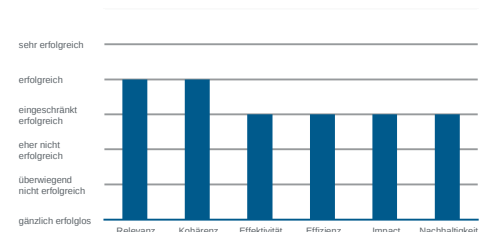


Ex-post-Evaluierung Nationales Notfallsystem II, Kirgisistan

Titel	Aufbau eines Nationalen Notfallsystems – Phase II		
Sektor und CRS-Schlüssel	Medizinische Dienste (CRS 12191) und medizinische Aus- und Fortbildung (CRS 12181)		
Projektnummer	BMZ-Nr.: 2009 65 699 (Investitionsmaßnahme), 2009 70 160 (Begleitmaßnahme)		
Auftraggeber	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ		
Empfänger/ Projektträger	Finanzministerium der Republik Kirgisistan / Gesundheitsministerium der Republik Kirgisistan		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	2,3 Mio. EUR (Investitionsmaßnahme), 0,7 Mio. EUR (Begleitmaßnahme)		
Projektlaufzeit	2012 - 2022		
Berichtsjahr	2025	Stichprobenjahr	2024

Gesamtbewertung: eingeschränkt erfolgreich



Ziele und Umsetzung des Vorhabens

Das Ziel auf Outcome-Ebene war die Nutzung der qualitativ verbesserten Notfallversorgung am Regionalkrankenhaus in Jalal Abad. Dadurch sollten auf der Impact-Ebene geringere gesundheitliche Folgeschäden erreicht werden. Die zuvor dezentrale Versorgung von Notfällen in den jeweiligen Fachbereichen wurde durch Bau und Ausstattung einer interdisziplinären Notaufnahme zentralisiert, um eine adäquate Akutversorgung zu gewährleisten. Zudem wurden medizinisches Fachpersonal der Notaufnahme und des Rettungsdienstes ausgebildet und grundlegende Konzepte für die Organisation der Notfallmedizin erarbeitet.

Wichtige Ergebnisse

Das Vorhaben war eine Weichenstellung für eine adäquate Notfallversorgung am Krankenhaus in Jalal Abad, konnte aber die angestrebten Versorgungsstandards nicht erreichen und wird daher insgesamt nur als eingeschränkt erfolgreich bewertet:

- Aufgrund der bisher dezentralen Notfallversorgung war das Vorhaben für Jalal Abad relevant und orientierte sich klar an den nationalen Strategien.
- Es gibt keine klare Koordination zwischen Gebern im Bereich Notfallmedizin, aber das Gesundheitsministerium steuert die Unterstützung zentral. Die wenigen Maßnahmen der deutschen EZ passen sich gut in die Strategien und Strukturen ein.
- Die Effektivität ist eingeschränkt erfolgreich. Die Notaufnahme wird genutzt aber die angestrebten Versorgungsstandards werden nicht erreicht. Es mangelt an Knowhow und Management von Struktur- und Prozessqualität. Die Trainings waren zeitlich nicht mit der Investition koordiniert und zudem aufgrund der Fluktuation wenig wirksam.
- Die Effizienz wurde durch Verzögerungen und Kostensteigerungen ebenso eingeschränkt wie durch mangelnde Umsetzung der Rationalisierungsmaßnahmen auf Krankenhausebene. Letzteres verstärkt die beobachtete Unterauslastung.
- Eine Reduzierung der gesundheitlichen Folgeschäden bei medizinischen Notfällen kann in Teilen plausibel angenommen, aber nicht gemessen werden. Die Notaufnahme dient als Vorbild auf nationaler Ebene und die Konzepte und Erfahrungen sind in den aktuellen Masterplan eingeflossen.
- Die Nachhaltigkeit ist durch mangelnde Kapazitäten insbesondere für Wartung und Instandhaltung sowie aufgrund der hohen Personalfuktuation eingeschränkt.

Schlussfolgerungen

- Die zentralisierte Notaufnahme dient einer besseren Zugänglichkeit und interdisziplinären Versorgung von Notfallpatienten.
- Die vorgesehenen Strukturen und Prozesse konnten nicht ausreichend verankert werden, mitunter weil die Trainings zwei Jahre vor Inbetriebnahme der Notaufnahme erfolgten.
- Der Aufbau von Kapazitäten für Wartung und Instandhaltung war erfolglos, mit hohem Risiko für den nachhaltigen Betrieb.
- Einmalige Trainingsmaßnahmen und das Organisations-Konzept für den Rettungsdienst waren unzureichend, um eine Verbesserung der präklinischen Versorgung zu erreichen.

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

Übersicht der Teilbewertungen:

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

Abkürzungsverzeichnis:

AK	Abschlusskontrolle
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
DAC	Development Assistance Committee
EMS	Emergency Medical Services
EUR	Euro
FZ	Finanzielle Zusammenarbeit
FZ E	FZ Evaluierung
HDI	Human Development Index
ICU	Intensivstation (<i>intensive care unit</i>)
INA	interdisziplinäre Notaufnahme
MHIF	Mandatory Health Insurance Fund
MoH	Gesundheitsministerium/ <i>Ministry of Health</i>
PP	Projektprüfung
PPB	Projektprüfungsbericht
PV	Projektvorschlag
SDC	Swiss Agency for Development Cooperation
SWAp	Sector Wide Approach
TZ	Technische Zusammenarbeit
USD	US Dollar

Kurzbeschreibung des Vorhabens

Das Vorhaben zielte auf die Stärkung der medizinischen Notfallversorgung im Süden Kirgisistans ab, insbesondere am Regionalkrankenhaus in Jalal Abad. Durch die Einrichtung einer interdisziplinären Notaufnahme (INA) sollte eine zentralisierte und integrierte Notfallversorgung mit angemessener Triage und effizienter sowie effektiver Versorgung ermöglicht werden. Hierfür wurde ein neues, aber an die bisherige Infrastruktur angebundenes Gebäude gebaut, das neben der zentralen Notaufnahme auch zwei vollausgestattete Operationssäle, einen Eingriffsraum und eine Intensivstation (ICU) umfasst. Vorher wurden Notfallpatientinnen und Notfallpatienten auf dem Krankenhaus-Campus je nach Fachbereich in unterschiedlichen Gebäuden aufgenommen und ambulante Versorgung wurden nicht refinanziert.

Die Mittel der deutschen FZ wurden für Investitionen in neue Gebäudeinfrastruktur und nicht-medizinische Ausstattung verwendet. Die medizinische Ausstattung für die verschiedenen Räume wurde durch die Korbfinanzierung zur Umsetzung der Sektorreformen im Gesundheitsbereich (Sector-Wide Approach, SWAp) finanziert, der von der Weltbank, der deutschen FZ und der Schweizer Zusammenarbeit unterstützt wird (*Primary Health Care Quality Improvement Program*). Mit einer Begleitmaßnahme wurde zusätzlich technische Unterstützung bei der Entwicklung notwendiger Konzepte, der Schulung von klinischem und präklinischem Personal sowie der Stärkung der Wartungsstrukturen im Krankenhaus geleistet.

Damit sollten die Qualität der Notfallversorgung verbessert und die gesundheitlichen Folgen von Notfällen reduziert werden. Die direkte Zielgruppe war die Bevölkerung im Einzugsgebiet des Krankenhauses sowie der Rettungsdienste. Die Konzepte für die interdisziplinäre Notaufnahme und zur besseren Koordination der Notfallversorgung sollten zudem als Grundlage für die Notfallversorgung auf nationaler Ebene durch das Gesundheitsministerium (*Ministry of Health, MoH*) dienen.

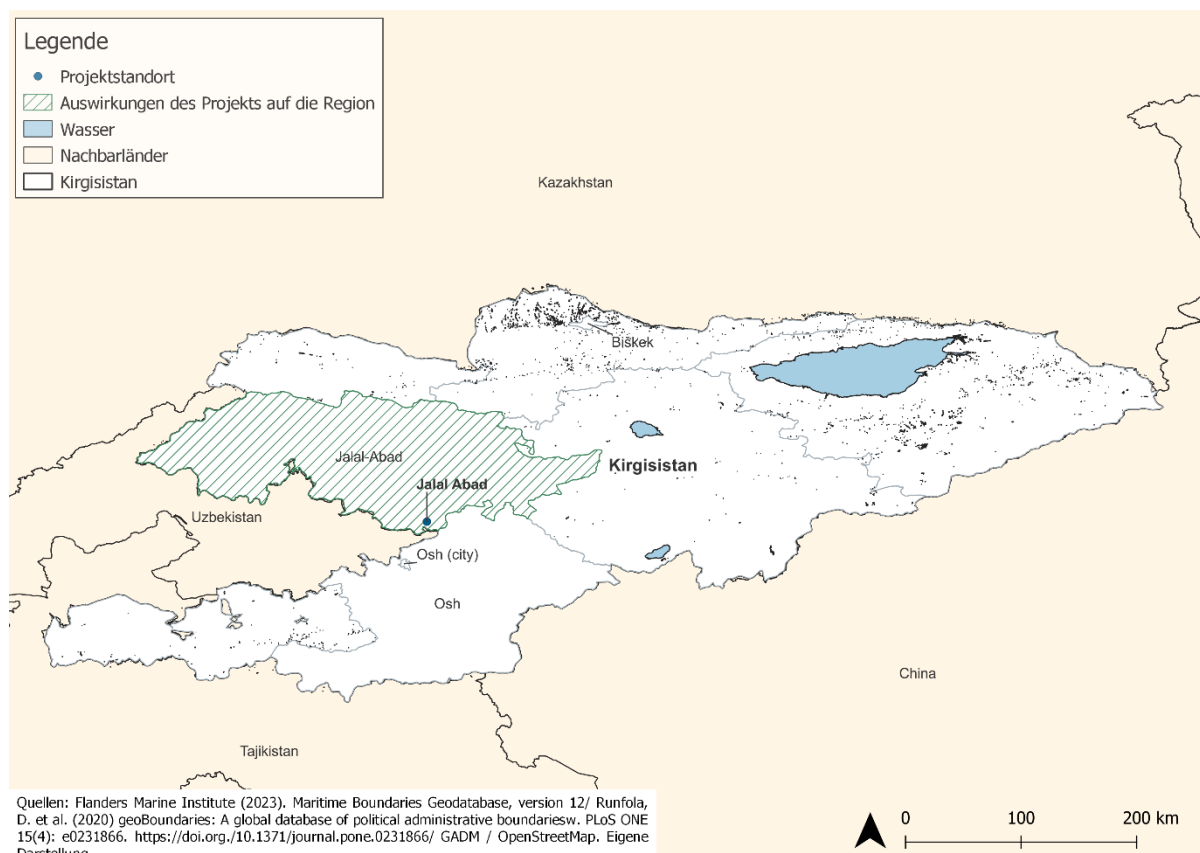
Aufschlüsselung der Gesamtkosten

Aufgrund der im Rahmen der Vorbereitungen erweiterten Bauoption der Notaufnahme hat sich die Kostenverteilung gegenüber der Prüfung verschoben. Die medizinische Ausstattung in Höhe von 798.299,98 EUR wurde über den Gesundheits-SWAp finanziert, zudem wurden 76.489,75 EUR aus dem Vorgängervorhaben (BMZ-Nr. 2003 65 692) entnommen. Bereits bei Abschlusskontrolle 2022 wurde vom Partner kein Kostennachweis über den geleisteten Eigenbeitrag erbracht, weshalb der Ist-Wert dieser Position entsprechend der Schätzung angenommen wird.

In Mio EUR	Inv. (Plan)	Inv. (Ist)	BM (Plan)	BM (Ist)
Gesamtkosten	2,45	3,33	0,7	0,7
Eigenbeitrag	0,15	0,15	0,00	0,0
Fremdfinanzierung	2,3	3,18	0,7	0,7
davon BMZ-Mittel	2,3	2,38	0,7	0,7
davon SWAp-Mittel	0,00	0,8	0,00	0,00

Karte des Projektlandes inkl. Projektgebiet

Abbildung 1 – Karte der Projektregion



Quelle: Eigene Darstellung

Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

Relevanz

1. Ausrichtung an Politiken und Prioritäten

Mit der Unabhängigkeit des Landes verschlechterte sich die Gesundheitsversorgung aufgrund des Wegfalls der Zuweisungen aus dem sowjetischen System. Mit Unterstützung der Weltbank wurde die Gesundheitsreform Manas (1996 - 2006) entwickelt und umgesetzt, mit dem sektorweiten Ansatz über einen Sektorkorb-SWAp¹ wurden die Folgereformen Manas Taalimi (2006 - 2011) und Den Sooluk (2012 -2016, umgesetzt 2014 - 2018) gebergemeinschaftlich unterstützt. Kirgisistan beabsichtigte damit von einem zentral geplanten System weg zu einem finanziell nachhaltigeren und bedarfsorientierteren System überzugehen und neben einem gerechten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen auch die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Parallel wurde der „Fonds für obligatorische Krankenversicherung“ (*Mandatory Health Insurance Fund*, MHIF)² aufgebaut. Im aktuell geltenden Programm *Healthy Person – Prosperous Country* (2019 - 2030) wird der Reformpfad weiterverfolgt. Die Geberunterstützung hat sich jedoch stärker fokussiert, um konkrete Ziele zu erreichen. Mit einer Neuauflage der

¹ Die FZ-Unterstützung des SWAp wurde 2023 evaluiert und als erfolgreich bewertet. Ziel war der bessere Zugang aller Bevölkerungsteile zu den Gesundheitsdienstleistungen, die Reduzierung finanzieller Belastungen im Krankheitsfall und die Qualitäts- und Effizienzsteigerung der Gesundheitsdienste.

² Trägeranalyse in PV: Nachdem der "Fonds für obligatorische Krankenversicherung" (MHIF) bereits 1997 zur Finanzierung von Gesundheitsdiensten gegründet wurde, waren bedeutende Errungenschaften die Einführung eines "Staatlich garantierten Leistungspakets" im Jahr 2001 und die Umwandlung des MHIF in ein "Einzahler-System" im Jahr 2006 (basierend auf Kopfpauschalen und Fallpauschalen) durch die Zusammenlegung nationaler und lokaler Haushaltszuweisungen aus Steuereinnahmen.

Korbfinanzierung unter Führung der Weltbank als *Program for Results* wird der Sektor weiter unterstützt, wobei die FZ und die *Swiss Agency for Development Cooperation* (SDC) weiterhin Partner sind, die Beiträge über den von der Weltbank verwalteten *Multi-Donor-Trust-Fund* einbringen.

Nach einer Anordnung des MoH im Jahr 2004 die medizinische Notfallversorgung zu stärken, wurde das **National Program of Developing Emergency Medical Care (EMS) in the Kyrgyz Republic for 2008-2017** aufgelegt. Das übergeordnete Ziel dieser Strategie war, die Notfallmedizin auf der primären Ebene zu stärken, indem die Ausstattung und die personellen Kapazitäten (Ausbildungsmaßnahmen) der jeweiligen Gesundheitseinrichtungen verbessert werden. Darüber hinaus war beabsichtigt, den Zugang zu medizinischer Notfallversorgung durch die Verlagerung von Rettungswachen oder die Gründung neuer Wachen in ländlichen Gebieten zu verbessern. Die Notfallmedizin in Krankenhäusern (sekundäre und tertiäre Ebene) sollte durch die Einrichtung interdisziplinärer Notaufnahmen gestärkt werden. Ein weiterer Schwerpunkt der Nationalen Strategie lag auf der Durchführung von Präventionskampagnen und der Verbesserung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Ebenen (insbesondere zwischen Krankenhäusern und Rettungsdiensten) des EMS-Systems.

In dem aktuellen Masterplan (**Healthcare Delivery Optimization Plan for Kyrgyz Republic – towards integrated, patient centered care, 2020**) wurde die anhaltend prekäre Lage der Notfallversorgung bestätigt und der Bedarf eines strukturierten Ansatzes adressiert. Diesem Masterplan zufolge sind die meisten Rettungswägen des Landes veraltet und verfügen nicht über die notwendige Ausstattung für die medizinische Versorgung und Kommunikation. Zudem mangelt es an Koordination, Kontrolle und Einsatzzentralen auf regionaler oder nationaler Ebene. Die Hospitalisierungsraten sind gering (15 %) und der Anteil an ambulanten Versorgung ist hoch. Notaufnahmen fehlen an den Krankenhäusern der unteren Ebenen bis zur regionalen Ebene. Weiterhin fehlt ein regulatorischer Rahmen und die Finanzierung über den MHIF ist unzureichend, ebenso wie die Verfügbarkeit von Personal und kontinuierlicher Fortbildung. Auch die mangelnde Verfügbarkeit valider Daten wurde erkannt, so werden Daten vom MHIF und dem E-Health Center erfasst, die Verwertbarkeit bleibt aber gering und Diskrepanzen sind offensichtlich. Insgesamt wurden in der Strategie die Kernelemente wieder aufgegriffen, die auch vom Vorhaben zum Teil adressiert wurden.

2. Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Die Gesundheitsversorgung in Kirgisistan ist weiterhin unzureichend, insbesondere für die ländliche Bevölkerung, die oft keinen Zugang zu qualitativ angemessener Versorgung hat. Der Rettungsdienst deckt ländliche Gebiete nicht ausreichend ab und die verschiedenen Versorgungsebenen bieten keine adäquate Notfallversorgung. Die medizinische Notfallversorgung ist sowohl in Umfang als auch Qualität mangelhaft, insbesondere in ländlichen Gebieten, wo das System von Rettungsdiensten bis zu spezialisierten Krankenhäusern nicht effektiv funktioniert und die Versorgung vom Zugang zur direkt vor Ort möglichen Versorgung auf den unteren Ebenen abhängt. Eine unzureichende Triage behindert bei Ressourcenengpässen für eine individuelle Versorgung die Effizienz. Abgesehen von Bishkek, Osh und nun Jalal Abad fehlen in vielen regionalen und darunterliegenden Krankenhäusern weiterhin interdisziplinäre Notaufnahmen, was zu einer Überlappung von Notfall- und geplanter Versorgung führt und beide Bereiche beeinträchtigt. Die Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal ist insgesamt schwierig, besonders aber auf den unteren Versorgungsebenen und in ländlichen Gebieten, wo die Herausforderungen noch größer sind als in den Regionalkrankenhäusern oder in Bishkek. Niedrige Gehälter treiben viele Fachkräfte ins Ausland oder in den Privatsektor.³

Bei Prüfung 2010 zählten in Kirgisistan Herz-Kreislauferkrankungen (58 %), traumatische Verletzungen (10 %) und Atemwegserkrankungen (9 %) zu den Haupttodesursachen⁴. Herz-Kreislauferkrankungen sind auch zum Evaluierungszeitpunkt noch die Haupttodesursache, gefolgt von Leber- und Atemwegserkrankungen. Während Kirgisistan bei Herz-Kreislauferkrankungen im weltweiten Vergleich einen schlechten Rang 16 von 183 einnimmt, liegt es bei Verkehrsunfällen auf Rang 107⁵. Damit wird die Mortalitätsstatistik von Todesursachen dominiert, die mit einer verbesserten Notfallversorgung beeinflusst werden können.

In der **Region Jalal-Abad** leben verschiedene ethnische Gruppen, darunter überwiegt der Anteil Kirgisen (ca. 72 %) und Usbeken (ca. 25 %), andere Ethnien (Russen, Türken, Tadschiken) machen jeweils weniger als 1 % aus. Aufgrund der ethnischen Konflikte und gewalttätigen Auseinandersetzungen im Süden des Landes im Juni 2010 hatte das MoH vorgeschlagen, dass das Vorhaben auf die Krankenhäuser in Jalal Abad und Osh fokussiert und nicht direkt die erste Phase fortsetzt. Auch das BMZ forderte eine konflikt-mitigierende Ausgestaltung der

³ MoH Master Plan 2020

⁴ Angaben laut Prüfungsbericht

⁵ World Life Expectancy: [HEALTH PROFILE KYRGYZSTAN](#) (abgerufen 17.04.2025)

Maßnahme. Nachdem Osh bereits in der ersten Phase adressiert wurde, fokussierte die zweite Phase auf Jalal Abad. Jalal-Abad ist eines von sieben Verwaltungsgebieten und hinsichtlich der Bevölkerung der zweitgrößte Oblast Kirgisistans. Die Region liegt im Westen des Landes, ist sehr gebirgig und grenzt an Usbekistan. Die Hauptstadt Jalal Abad hat knapp 120.000 Einwohner, die Region rund 1 Mio. Der Großteil der Bevölkerung lebt in Armut, laut nationalen Angaben⁶ lebten 2023 knapp 30 % der Bevölkerung auf nationaler Ebene in Armut, in Jalal Abad über 36 % (Region Osh rund 20 %, Osh Stadt knapp 14 %, Stadt Bishkek rund 32 %).

Das Einzugsgebiet des **Regionalkrankenhauses in Jalal Abad** deckt theoretisch die gesamte Region mit über 30.000 km² ab, jedoch ist der Zugang aufgrund erheblicher Barrieren (Entfernung inkl. Zeitaufwand, Kosten, Erreichbarkeit) insbesondere für die ländliche Bevölkerung im Notfall nicht gegeben. Die Distanz aus entlegenen Gegenden bis zum Regionalkrankenhaus liegt bei bis zu 500 km. Das Krankenhaus mit 435 Betten versorgt die 180.000 Einwohner der Stadt sowie die 1,2 Mio. des Oblasts als 2. Versorgungsebene. Laut Management ist die Zahl der behandelten Personen allgemein und der Notfallpatientinnen und -patienten über die Jahre gestiegen, während die Bettenkapazität weiterhin noch auf der Planung von 1980 für eine Bevölkerung von 80.000 basiert und seitdem nicht angepasst wurde. Das Krankenhaus in Jalal Abad arbeitete bei Prüfung ohne eine zentrale Notaufnahme, weshalb Notfälle an 6 unterschiedlichen Stellen im Krankenhaus aufgenommen wurden und für bestimmte Diagnosen oder Behandlungen zwischen unterschiedlichen Gebäuden transportiert werden mussten. Auch war kein spezielles Personal für die Aufnahme der Notfälle vorgesehen. Der Rettungsdienst in der Stadt war vom Krankenhaus unabhängig und die präklinische Versorgung sowohl im städtischen aber insbesondere im ländlichen Bereich sehr eingeschränkt verfügbar. Es mangelte an Strukturen, Ausstattung und qualifiziertem Personal für eine adäquate Notfallversorgung. Der Zugang war für die Bevölkerung nicht hinreichend gegeben, wobei die Zugangsbarrieren im ländlichen Bereich noch erheblicher waren und sind.

3. Angemessenheit der Konzeption

Durch den Aufbau einer interdisziplinären Notaufnahme (INA) für die medizinische Akutversorgung sollte der Zugang für Notfallpatientinnen und -patienten an einer Stelle des Krankenhauses zentralisiert werden, damit an dieser Stelle des ersten Kontaktes nach adäquater Triage die angemessene Diagnostik und Therapie mit dem notwendigen Austausch zwischen den Fachbereichen effizient und effektiv erfolgen kann. Die Organisation, die Strukturen und Prozesse für die Akutversorgung mussten entsprechend aufgebaut werden, weshalb es angemessen war, sowohl die Konzepte hierfür auszuarbeiten als auch das Personal dafür auszubilden. Ergänzend zum Personal aus der Notaufnahme sollte im Rahmen der Begleitmaßnahme wie auch in Phase I Personal des Rettungsdienstes auf regionaler Ebene ausgebildet werden, um die Qualität der Notfallversorgung im präklinischen Bereich zu verbessern. Gleichzeitig sollte der Rettungsdienst in Jalal Abad restrukturiert werden. Für eine adäquate Notfallversorgung sind sowohl die präklinische als auch die klinische Versorgung ausschlaggebend und müssen gut koordiniert sein. Daher war es konzeptionell richtig, den Rettungsdienst in das Projektkonzept mit einzubeziehen, auch wenn nur einzelne Aspekte des Rettungsdienstes adressiert wurden, weshalb eine Wirkung in der Fläche aus Sicht der Evaluierung zu ambitioniert erscheint. Mit dem Aufbau von Wartungs- und Instandhaltungsstrukturen und der Ausbildung von Wartungspersonal sollte eine nachhaltige Nutzung der neuen Kapazitäten sichergestellt werden.

Darüber hinaus sollte mit Konzepten für interdisziplinäre Notaufnahmen und die bessere Koordination der Rettungsdienste zur nationalen Strategie für die Notfallversorgung beigetragen werden.

Bei Evaluierung war das Ziel auf Outcome-Ebene, dass die Bevölkerung die qualitativ verbesserte Notfallversorgung am Regionalkrankenhaus in Jalal Abad nutzt und damit die verbesserte Notfallversorgung in Jalal Abad zu geringeren gesundheitlichen Folgeschäden führt (Impact-Ebene). Die ursprünglichen Zielformulierungen wurden aufgrund eines zu hohen Ambitionsniveaus revidiert: mit dem vorgesehenen Konzept und Maßnahmen konnte ein Beitrag auf Outcome-Ebene für die gesamte Region Jalal Abad nicht angenommen und mangels entsprechender Daten auch nicht überprüft werden. Das Impact-Ziel bei Prüfung „Verbesserung der Notfallversorgung, insbesondere in ländlichen Regionen“ und bei Abschlusskontrolle „Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung und Beitrag zur Friedensbildung“ wurde auch revidiert: allein durch einmalige Ausbildungsmaßnahmen eines beschränkten Kontingents an Rettungspersonal in ländlichen Gebieten ist in Anbetracht der hohen Fluktuation sowie der eingeschränkten Kapazitäten und Ausstattung ein Fokus bei der Zielsetzung auf ländliche Gebiete nicht angemessen. Auch die duale Zielsetzung ist aus heutiger Sicht nicht angemessen, da das Vorhaben konzeptionell nicht auf Friedensbildung ausgerichtet war, wenn auch in Jalal Abad Kirgisien und Usbeken

⁶ National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic: <https://stat.gov.kg/en/gendernaya-statistika/uroven-zhizni/uroven-bednosti/> (abgerufen 16.04.2025)

zusammenleben und arbeiten; zudem wurde nicht die Gesamtbevölkerung des Landes adressiert und die Zuordnungslücke von der Notfallversorgung zum Gesundheitszustand wird als zu groß erachtet. Die Indikatoren zur Messung der Zielerreichung wurden bei Prüfung noch nicht abschließend festgelegt. Aufgrund mangelnden Monitorings konnten bei Evaluierung keine quantitativen Indikatoren zur Messung der Versorgungsqualität und den Folgeschäden erhoben werden und nur Schätzungen zu Nutzungsraten auf Outcome-Ebene getroffen werden. Im Projektkonzept fehlte der Aufbau und die Einführung eines klaren Monitoringsystems mit relevanten Indikatoren zur Messung und Verbesserung der Versorgungsqualität. Dies hätte auch auf die Notfallversorgung auf nationaler Ebene übertragen werden können.

4. Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit

Die Erweiterung der Maßnahmen von einem „First Aid Access Point“ zu einer Notaufnahme inklusive angeschlossener Operationssäle und Intensivkapazitäten war grundsätzlich nachvollziehbar und für die Rationalisierung auf Krankenhausebene geeignet. Die dadurch gestiegenen Kosten hatten erfordert, dass die Mittel für medizinische Ausstattung über den SWAp finanziert werden mussten.

Zusammenfassung der Benotung

Der Bedarf einer Verbesserung der Notfallversorgung sowohl im klinischen als auch präklinischen Bereich bestand sowohl zum Zeitpunkt der Prüfung als auch aus heutiger Sicht. Das Projektkonzept war grundsätzlich geeignet für eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten, wenn auch das Anspruchsniveau einer qualitativ besseren Versorgung in der Fläche als zu ambitioniert eingestuft werden muss. Aufgrund fehlender Einführung eines Qualitätsmanagements und von Monitoringstrukturen zur Überwachung der Versorgungsqualität war die Messbarkeit der Zielerreichung von Beginn an eingeschränkt. Dennoch wird die Relevanz insgesamt noch als gut bewertet.

Relevanz: 2

Kohärenz

5. Interne Kohärenz

Das hier evaluierte Vorhaben baut auf einem Vorgängervorhaben (BMZ-Nr. 2003 65 692) zur Verbesserung der Notfallversorgung in Kirgisistan auf, das zwischen 2007 und 2024 durchgeführt wurde. Im Rahmen dieses Vorhabens wurden medizinische, radiologische und labortechnische Geräte für Notfallversorgungseinrichtungen in Bishkek, Osh-Stadt und Osh-Obast und Rettungswagen für die Wachen in Bishkek und Osh beschafft. Im Rahmen einer Begleitmaßnahme wurde ein „Konzept für die Entwicklung des notfallmedizinischen Versorgungssystems in der Kirgisischen Republik für 2008 - 2017“ erarbeitet, dass die Verbesserung der Qualität der Notfallversorgung zum Ziel hatte. Zudem wurden Studienreisen organisiert und Trainings für rund 1.000 Angestellte der Notfallversorgung durchgeführt. Das Vorgängervorhaben ist nicht Teil der vorliegenden Evaluierung, aber das vorliegende Vorhaben konnte teilweise auf Erfahrungen des Vorgängervorhabens aufbauen.

Im Rahmen eines aktuellen FZ-Vorhabens wird die Nachhaltigkeit von Investitionsmaßnahmen im Gesundheitssystem adressiert mit dem Aufbau eines Inventarisierungssystems für medizinische Ausstattung und Infrastruktur und dazugehörigen Ausbildungsmaßnahmen. Dies kann potenziell zum nachhaltigen Betrieb der evaluierten Maßnahmen beitragen (vgl. Nachhaltigkeit).

Die deutsche TZ unterstützt aktuell in einer zweiten Phase die Digitalisierung von Rettungsleitstellen. Während in einer ersten Phase die Leitstelle in Osh unterstützt wurde, sollen nun die Rettungsdienste in Jalal Abad und Batken digitalisiert werden. Die Rettungsleitstelle in Bishkek hatte bei Evaluierung bereits mit beeindruckendem Ownership ein durchdachtes digitales Leitsystem umgesetzt. Damit wird nicht nur der schnelle Einsatz von Fahrzeugen und Personal verbessert, sondern auch die präklinische Versorgung durch genauere Erfassung der Notfälle und Beratung bei Notrufen.

6. Externe Kohärenz

Die Maßnahmen im öffentlichen Gesundheitssektor werden weiterhin zentral vom MoH koordiniert, wobei die Kapazitäten des MoH mit 75 Angestellten sehr beschränkt sind – Unterstützung erfolgt hier über Consultants. Ein spezieller Koordinierungsmechanismus mit und zwischen den Gebern mit Bezug zu Notfallmedizinischer Versorgung konnte im Rahmen der Evaluierung nicht identifiziert werden. Während zum Prüfungszeitpunkt keine anderen Geber im Bereich der Notfallmedizin engagiert waren, scheinen aktuell doch verschiedene Kooperationen zu existieren – während der Evaluierung wurden Rettungswachen mit Finanzierung des Kuwait-Funds gesehen und von einer Unterstützung des Norwegischen Roten Kreuzes berichtet – Details dazu sind nicht bekannt.

Das Vorhaben steht durch die Finanzierung der medizinischen Ausstattung über den SWAp in direkter Beziehung dazu. Darüber hinaus bleibt anzunehmen, dass Maßnahmen des SWAp allgemein die Versorgungsstrukturen, insb. auf der primären Ebene, stärken und somit auch der Notfallversorgung zugutekommen. Die Weltbank hat für den sektorweiten Ansatz *Primary Health Care Quality Improvement Program* zum Evaluierungszeitpunkt weitere 11,45 Mio. USD genehmigt.

Zusammenfassung der Benotung

Insgesamt ist die Kohärenz als erfolgreich zu bewerten. Im Rahmen der deutschen EZ sind die beiden Vorhaben zur Verbesserung der medizinischen Notfallversorgung relative Insellösungen, aber ohne Doppelungen in das Gesamtengagement eingebettet. Die externe Kohärenz ist gegeben, wenn auch eine klare Koordinationsstruktur zwischen den Gebern in Kooperation mit dem MoH fehlt. Auch hier konnten keine gegenläufigen Maßnahmen identifiziert werden und es bleibt davon auszugehen, dass das MoH die Maßnahmen insgesamt an seiner Strategie ausrichtet.

Kohärenz: 2

Effektivität

7. Erreichung der (intendierten) Ziele

Das im Rahmen der EPE angepasste Ziel war es, dass die Bevölkerung die qualitativ verbesserte Notfallversorgung am Regionalkrankenhaus in Jalal Abad nutzt. Aufgrund fehlender Daten zur Entwicklung der Notfallversorgung und Versorgungsqualität, kann die Zielerreichung auf Outcome-Ebene nur anhand einer Spontanaufnahme von Nutzungsdaten der unterschiedlichen Einheiten geschätzt werden:

Tabelle Zielerreichung Outcome:

Indikator	Status bei PP	Zielwert	Ist-Wert bei EPE
(1) Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten pro Jahr	Keine Daten	25.550 ⁷	20.440* teilweise erfüllt
(2) Fertiggestellte Einheiten der neuen INA in Benutzung Im Erdgeschoss: 1. INA inkl. Triage, Überwachungsbetten, Schockraum, Gipsraum, Eingriffsraum 2. Radiologie 3. Notfalllabor 4. Ultraschall 5. CT-Raum Im ersten Stock: 6. Intensivstation 7. 2 OPs 8. Sterilisation	0	8	6 (nicht in Benutzung: Sterilisation und CT-Raum) teilweise erfüllt

⁷ Service Organization Concept: Erwartetes jährliches Patientenaufkommen abzüglich Kinder u. Kardiologie

(3) Anzahl der Operationen in den 2 Notfall-OPs	0	2.700 ⁸	1.642 ⁹ (davon 840* Notfall-OPs) Teilweise erfüllt
(4) Wartungs- und Instandhaltungsstrukturen für Gebäude und Geräte werden genutzt ¹⁰ : 1. Ausstattung Krankenhauswerkstatt 2. Schulungen zu Wartungsabläufen 3. Ausbildung von Medizintechnikern	0	3	0 Nicht erfüllt

*errechnete Anzahl pro Jahr aus den Registrierungsbüchern der INA/OP für Januar 2025

Beim Besuch der Evaluierungsmission machte die interdisziplinäre Notaufnahme (INA) einen hellen, sauberen Eindruck, und die Mitarbeitenden wirkten engagiert und freundlich im Umgang mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen. Personal und Management zeigten sich sehr zufrieden mit dem neuen Gebäude und den durch das Projekt geschaffenen Strukturen. Laut Management gab es auch keinerlei Patientenbeschwerden, wobei eine strukturierte Abfrage der Patientenzufriedenheit nicht durchgeführt worden war. Insgesamt werden die geschaffenen Kapazitäten genutzt, nur die Wartungs- und Instandhaltungsstrukturen konnten nicht mehr gefunden werden.

- (1) Die geplante **Anzahl an Notfallpatientinnen und -patienten** wurde nach Angaben der INA nahezu erreicht. Es wurde berichtet, dass mehr Personen ambulant versorgt werden, als aufgenommen werden; dass der Großteil der Patienten auf eigenen Wegen zur INA gelangt – je nach Angaben werden nur 10 – 30 % der Patientinnen und Patienten vom Rettungsdienst eingeliefert.
- (2) Die **gebauten und vom Vorhaben ausgestatteten neuen Einheiten** werden größtenteils genutzt. Die INA mit Triage-Bereich, Überwachungsbetten, Gipsraum, Raum für kleinere chirurgische Eingriffe sowie Schockraum schienen genutzt zu werden, ebenso die Radiologie, das Notfalllabor¹¹, die Ultraschall-Diagnostik, die Intensivstation, die zwei OPs im ersten Stock – die Sterilisation war außer Betrieb, aufgrund von Kapazitäten in anderen Bereichen hat es den Betrieb der anderen Funktionsräume nicht beeinträchtigt. Ebenso war das nach dem Vorhaben mit Mitteln des MoH beschaffte CT-Gerät außer Funktion. Der Inaugenscheinnahme bei Evaluierung zu Folge, ist der Großteil der medizinischen Ausstattung funktionsfähig und wird mehr oder weniger genutzt, wobei das Potential nicht ausgeschöpft wird und mangelnde Wartung und Instandhaltung die Nutzung teilweise bereits einschränken.
- (3) Die **Kapazitäten der beiden Operationssäle** im ersten Stock werden bei Weitem nicht ausgeschöpft. Die Anzahl der Notfall-Operationen, die den Büchern für Januar 2025 entnommen werden konnten, offenbarte eine eklatante Unternutzung der neuen OP-Kapazitäten mit hochgerechnet 840 statt 2.700 pro Jahr. Zusätzlich wurden die OPs jedoch für geplante Eingriffe genutzt, wozu es trotz intensiver Nachfrage keine validen Daten gibt. Vor Ort wurde mündlich mal von 2 - 4, mal von 6- 7 Operationen pro 24 Stunden berichtet. Bestätigt wurde, dass andere OPs des Krankenhauses entgegen der Rationalisierungsplanungen weiter betrieben wurden. Strukturen für ein OP-Management zur effizienten Nutzung, auch der durch das Projekt geschaffenen Kapazitäten, konnten nicht gefunden werden.

Im **Intensivbereich** waren bei Begutachtung 7 der 8 Intensivbetten belegt, allerdings nicht mit schwerkranken Intensivpatientinnen und -patienten, sondern mit einer Mischung verschiedener, nur teilweise überwachungspflichtiger Patientinnen und Patienten. Die Analyse ergab eine Nutzung der Betten durch verschiedene chirurgische Disziplinen als prä- und postoperative Überwachungsbetten, als zusätzliche Intensivbettenkapazität bei Bettenknappheit anderer Abteilung und als Aufwachraum für die beiden neuen Operationssäle. Auch wenn Angaben gemacht wurden zur Anzahl der Patientinnen und

⁸ Rationalization Concept, page 12 – Emergency Cases from all departments except ophthalmology – 1.350 per operating room at the second floor of the Emergency Department.

⁹ Mündlichen Angaben bei Evaluierung zu Folge werden zwischen 2 und 7 Eingriffen pro Tag in den beiden OPs durchgeführt, im Mittel 1.642 (4,5*365).

¹⁰ Hauptmaßnahmen gemäß Prüfungsbericht

¹¹ Die Blutbank wurde nicht genutzt, dafür wird auf eine andere ca 100m entfernte zurückgegriffen. Der Betrieb der Blutbank in der Notaufnahme wurde vom Personal als ineffizient erachtet.

Patienten auf der Intensivstation im Januar 2025¹², kann daraus keine klare Bettenbelegungsrate oder ein anderer valider Indikator abgeleitet werden, weshalb eine quantitative Einschätzung ausbleibt.

- (4) Die **Wartungs- und Instandhaltungsstrukturen** fehlten komplett, auch auf Nachfragen konnten keine Ansätze mehr gefunden werden (s. unten 8. Beitrag zur Erreichung der Ziele).

Während durch den Aufbau der Infrastruktur die Basis für die Strukturqualität gegeben wurde, zeigten die Begutachtungen vor Ort, dass die Strukturen und die Ausstattung der neuen INA **nicht (immer) wie vorgesehen genutzt** werden und die Leistungserbringung (teilweise) **unter dem angestrebten Standard** liegt, wie folgende Beispiele zeigen:

- Das Triage-Konzept zur schnellen Kategorisierung der Patientinnen und Patienten nach Schweregrad ihrer Erkrankung war bei Personal und Management nicht mehr abrufbar und der Patientenfluss entsprach nicht dem geplanten Konzept. Diese Defizite hatten im Beobachtungszeitraum keinen negativen Einfluss auf die Patientenversorgung, da die Auslastung der INA gering bis moderat war. Dennoch hätte eine deutlich effektivere Versorgung mit einer strukturierten Triage und dem geplanten Patientenflow-Konzept erreicht werden können. Allgemein ist die zentralisierte Kategorisierung der Patienten aber ein großer Vorteil, da sie die Ressourcenallokation verbessert – dies wurde auch vom MoH hervorgehoben.
- Im Schockraum zur Versorgung schwerster Notfälle fehlte grundlegendes Equipment für eine schnelle notfallmedizinische Behandlung. Auch bei der Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten im Überwachungsraum der INA musste die notwendige Ausrüstung aus verschiedenen Räumen der Notaufnahme zusammengetragen werden.
- Monitore zur Überwachung sämtlicher Vitalparameter wurden, wenn überhaupt, nur zur Überwachung der Sauerstoffsättigung eingesetzt. Im Überwachungsraum mit 7 Betten waren die akustischen (Warn-)Signale der Monitore ausgeschaltet, obwohl diese der umgehenden Reaktion durch das Personal dienen. Die EKG-Funktion wurde, selbst zur Überwachung narkotisierter Personen während einer Operation, nicht verwendet. Gängige Standards waren somit unvollständig implementiert. Zudem wurden erhebliche Unsicherheiten in der Anwendung der Geräte am Notfallpatienten beobachtet: während der zeitkritischen Erstversorgung eines schwerkranken Patienten gelang es dem Personal z.B. nicht, den Patienten an den Monitor anzuschließen und dieses Gerät zu seinem Wohle einzusetzen. Dies bestätigt die Beobachtungen, die bereits bei der AK gemacht wurden.
- Ein portables Ultraschallgerät wurde vom Projekt beschafft, aber selbst schwerkranke Patientinnen und Patienten wurden quer durch das Gebäude zum stationären Ultraschallgerät getragen anstatt das portable Gerät zum Patienten.
- Es war kein Beatmungsgerät während der Begutachtung im Einsatz, weder an den Überwachungsbetten noch an den neu geschaffenen Intensivbetten. Die Wartung und Aufbereitung der vorhandenen Geräte ließen aber bei kurzer Inspektion erhebliche Mängel erkennen, die eine effektive Nutzung der Geräte am Patienten zumindest fragwürdig erscheinen ließen.

Die Stellen entsprechend dem **Personalbedarfsplan** für die neue INA schienen besetzt zu sein. In Interviews wurde jedoch mehrfach eine Überlastung der einzelnen Mitarbeitenden angesprochen, die während des Gutachtens vor Ort allerdings nicht nachvollzogen werden konnte. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass Mitarbeitende aufgrund von Personalengpässen nicht zu Fortbildungen geschickt werden können. Die Fluktuation ist enorm und gerade auch in der Leitung der INA gab es häufige Wechsel, was die Kapazitäten enorm herausfordert.

Der **Zugang zur notfallmedizinischen Versorgung** schien für alle Bevölkerungsteile, auch ungeachtet ethnischer Herkunft, gegeben. Dennoch wies das MoH darauf hin, dass die Notfallversorgung für die 70 % Versicherten umsonst ist – nicht versicherte Teile der Bevölkerung müssen bezahlen. Lokal wurde darauf hingewiesen, dass der Transport aus weit entfernten Gegenden ein ungelöstes Problem bleibt. Auch klangen verschiedene Konstellationen durch, in denen Patientinnen und Patienten, zumindest teilweise eine Zuzahlung leisten mussten, um notwendige Behandlungen zu erhalten.

¹² Berichtet wurden 205 Patienten für Januar 2025, davon 70 Patienten post-operativ zur Überwachung aus den beiden angrenzenden OPs, 30 post-operative Patienten aus anderen OPs, 105 weitere Patienten aus anderen Gründen.

8. Beitrag zur Erreichung der Ziele

Neben den Investitionen in den Bau und die Ausstattung der interdisziplinären Notaufnahme inklusive begleitenden Consultingleistungen wurden im Rahmen der Begleitmaßnahme notwendige Konzepte erarbeitet:

- Das **Organisationskonzept** für die INA sah eine Versorgung aller Notfälle zentralisiert an einem Ort vor. Dennoch gab es während der Bauphase bereits Änderungen, welche zur separaten Behandlung spezifischer Patientenkollektive außerhalb der INA führten: bei Evaluierung wurden kardiologische, geburtshilfliche und alle pädiatrischen Notfälle in anderen Gebäuden, und im Falle der kardiologischen Notfälle, sogar in einer separaten Einrichtung, behandelt. Dies widerspricht der Idee einer zentralisierten, interdisziplinären Notaufnahme. Die Umsetzung des Organisationskonzeptes kann nur als teilweise gelungen gewertet werden.
- Das **Rationalisierungskonzept** sah vor, mit der Eröffnung der neuen INA in anderen Abteilungen Operationssäle und Intensivkapazitäten zu schließen. Schon bei der Abschlusskontrolle 2022 wurde festgestellt, dass ursprüngliche Intensivbetten und Operationssäle in den alten Abteilungen des Krankenhauses entgegen diesem Konzept weiter genutzt wurden. Dies konnte bei Evaluierung vor Ort bestätigt werden. Die Umsetzung des Rationalisierungskonzeptes erfolgte somit nur teilweise und trägt zur Unterauslastung der neugeschaffenen Kapazitäten bei, wobei OPs und Intensivbereich auch für andere Bedarfe genutzt werden (s. oben).
- Das **offene Raumkonzept** (*Open-Room-Concept*) sah eine Raumaufteilung mit einem großen Saal für 7 Überwachungsbetten und einer zentralen Positionierung des Pflegepersonals vor, welches eine visuelle und bei Nutzung der Monitore mit Signal auch auditive Überwachung aller Betten gleichzeitig erlauben sollte. Dieses Konzept wurde wie geplant umgesetzt.
- Ebenso Teil des Vorhabens war ein **neues Rettungsdienstkonzept**, entsprechend dem die Rettungswagen der Stadt nun auf dem Krankenhausgelände angesiedelt sind und direkt der Krankenhausverwaltung unterstehen. Durch die Zentralisierung der zuvor an unterschiedlichen Gesundheitszentren der Primärversorgung angeschlossenen Rettungswagen sollte das Krankenhaus die Überweisungen aus den primären Strukturen besser steuern und so den Zustrom an Patientinnen und Patienten regulieren können. Zudem sollte der Rettungsdienst die Möglichkeit haben bei komplizierten Fällen oder unklarer Indikation Rücksprache halten zu können. Nach Angaben des Rettungsdienstpersonals gab es bis auf die Neuansiedlung am Krankenhaus keine relevanten Veränderungen für seine Arbeit durch das Konzept – die Beobachtung, dass die Implementierung der neuen Funktionen noch fehlt, teilte auch das MoH.¹³ Auch beim Besuch einer abgelegeneren Rettungswache wurde die Möglichkeit einer Rücksprache mit Personal der Notaufnahme nicht gekannt – die Wache war auch nur über private Telefone erreichbar oder die Notrufe wurden von der Leitstelle in Jalal Abad weitergeleitet. Inwieweit die Umstrukturierungen den Service für Patientinnen und Patienten, besonders in weiter entfernten Gebieten, verbessern konnten, konnte mangels valider Daten nicht ermittelt werden. Das Konzept erschien nur teilweise umgesetzt.

Mit den getätigten Investitionen konnte das Vorhaben somit teilweise zur Etablierung der notwendigen Strukturen und Prozesse für eine effiziente und effektive Notfallmedizin beitragen. Das **Management der medizinischen Versorgungsqualität** fehlte konzeptionell bereits im Projektansatz (vgl. Relevanz). Auch vor Ort im Krankenhaus konnten keine Strukturen oder Konzepte zum Qualitätsmanagement gefunden werden. Die externe Überwachung der Versorgungsqualität obliegt laut MoH den Gesundheitskoordinatoren und dem MHIF, ein klares System mit Wirkung auf operativer Ebene konnte aber nicht identifiziert werden. Lediglich vereinzelte, spontane Fallberatungen scheint es auf Krankenhausebene zu geben.

Im Rahmen der Begleitmaßnahme wurden zwischen Januar 2017 und Juli 2018 934 Mitarbeiter der Notfallmedizin aus verschiedenen Disziplinen (Rettungsdienst und Krankenhauspersonal) am kirgisischen *State Medical Institute for Postgraduate and Continuous Education* in Bishkek und Osh in verschiedenen Kursen zur Notfallversorgung und zum Management geschult. Aufgrund der verzögerten Fertigstellung der Notaufnahme war die **Trainingskomponente** bei der Eröffnung der INA im September 2020 bereits seit zwei Jahren abgeschlossen, was die Effektivität in Bezug auf die effiziente Nutzung der INA und Umsetzung der verbesserten Prozessqualität

¹³ Inwieweit die Reorganisation der Rettungswache unter das Krankenhaus für den Rettungsdienst selbst vorteilhaft ist, bleibt abzuwarten. Berichten vor Ort zu Folge war beispielsweise die finanzielle Situation des Rettungsdienstes in Bishkek unter der Stadtverwaltung vor Reorganisation zum MoH besser.

erheblich einschränkte. Die entwickelten Curricula und das durch das Projekt beschaffte Trainingsequipment werden von den Trainingsinstituten teilweise weiterhin genutzt. Vor-Ort-Gespräche zeigten erhebliche Probleme bei der kontinuierlichen (notfall-)medizinischen Fortbildung. Obwohl der Trainingszyklus alle fünf Jahre verpflichtend ist, wird die Einhaltung nicht überwacht und es gibt keine Konsequenzen. Das internationale Training für die INA fand bereits 2018 statt, und beim Abschlussstraining im Mai 2021 sollte das Know-how durch on-the-job Coaching vertieft werden. Wirkungen der Studienreise nach Deutschland im Jahr 2017 konnten bei Evaluierung nicht erfasst werden. Aufgrund der hohen Fluktuation, bedingt durch die Abwanderung ausgebildeten Personals ins Ausland und in den privaten Gesundheitssektor, waren bei der Evaluierung im Krankenhaus und im Rettungsdienst kaum noch geschulte Mitarbeitende anzutreffen. Die intendierten positiven Auswirkungen des Trainings auf die Patientenbehandlung waren so kaum noch erkennbar.

Die durch das Projekt unterstützten **Instandhaltungsstrukturen** konnten vor Ort nicht mehr identifiziert werden. Für die Ausstattung der INA wurde im Rahmen der Begleitmaßnahme eine Inventarliste und ein Wartungskonzept mit der Software samedis im Anschluss an die Garantiezeit vorgelegt und Wartungstechniker trainiert – davon konnte bei Evaluierung allerdings auf keiner Ebene noch etwas beobachtet werden. Instandhaltungskonzepte waren unbekannt, die vorgesehene Software samedis.care wurde nicht verwendet, es gab keine Instandhaltungswerkstatt, kein zur Instandhaltung qualifiziertes Personal, weder für medizinische Geräte noch für Gebäudetechnik, das Instandhaltungs-Budget für die INA konnte nicht benannt werden (für das gesamte Krankenhaus wurden 1,0 - 1,5 Mio. SOM pro Jahr, d.h. rund 10.000-15.000 EUR genannt) und selbst Bedienungsanleitungen für medizinische Geräte fehlten vollständig. Dies hatte bereits erhebliche Auswirkungen im Betrieb:

- Die im Rahmen des Vorhabens beschaffte Sterilisationsanlage der INA war defekt und konnte laut Angaben vor Ort auch nicht von Technikern aus Osh oder Bishkek repariert werden, so dass ältere Anlagen in anderen Gebäuden des Krankenhauses zur Aufbereitung der Instrumente genutzt werden mussten.
- Auch der nachträglich durch das MoH beschaffte Computertomograph war nicht einsatzbereit und es schien große Probleme bei der Reparatur bzw. dem Zugang zur notwendigen Expertise zu geben.
- Die Sauerstoffanschlüsse im neuen Gebäude waren gemäß Interviews immer wieder ausgefallen. An den 7 Überwachungsbetten in der INA konnte lediglich an 2 Betten der Anschluss genutzt werden. Ersatzteile sind nicht zugänglich.

Neben den festgestellten Defiziten bei Wartung und Instandhaltung stellt sich auch die Frage, ob eine andere Auswahl der Komponenten mit leichter zugänglichen Ersatzteilen und Instandhaltungsunterstützung evtl. die Effektivität der Nutzung hätte verbessern können.

9. Qualität der Implementierung

MoH war die entscheidende Stelle von der Planung und Durchführung bis ins Detail der Maßnahmen. Häufige Wechsel im Ministerium haben die Umsetzung erheblich herausgefordert, dazu kamen Wechsel in der Leitung des Krankenhauses.

Die Baumaßnahmen wurden von einem nationalen Bauunternehmen durchgeführt, bei Abschlusskontrolle mit mittlerer Bauqualität und überdurchschnittlichem Reparaturbedarf beurteilt. Bei Evaluierung wurde das Gebäude als funktional wahrgenommen. Es gab wohl Reparaturbedarf bei der Wasserversorgung, der Heizung, der Kanalisation und beim Dach, dieser konnte aber vom Krankenhaus gelöst werden.

Die teilweise erheblichen Zeitverzögerungen während der Umsetzung hatten, wie am Beispiel des Zeitpunktes der Trainingskomponente ersichtlich, negativen Einfluss auf die Effektivität des Projektes. Auch die Corona-Pandemie hatte einen negativen Einfluss auf die fristgerechte Implementierung einzelner Maßnahmen.

10. Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)

Im Rahmen der Evaluierung konnten keine nicht-intendierten Wirkungen identifiziert werden. Es wurde aber davon berichtet, dass die INA mit Eröffnung 2020 gerade bei der Covid-Pandemie mit ihren Kapazitäten in der Versorgung von Covid-Patienten einen unvorhergesehen positiven Beitrag leisten konnte.

Zusammenfassung der Benotung

Die Notfallversorgung am Regionalkrankenhaus in Jalal Abad wurde weitestgehend zentralisiert und die geschaffenen Strukturen werden zur Patientenversorgung genutzt. Allerdings wird die initial solide Strukturqualität nicht von einer entsprechenden Prozessqualität flankiert, was die Effektivität einschränkt. Durch das Projekt gelieferte medizinische Ausrüstung wurde nicht in vollem Umfang genutzt und das Personal schien nicht ausreichend mit der Handhabung des Equipments vertraut. Die Nutzung der neu geschaffenen OP- und Intensivkapazitäten entsprach nicht vollständig der Planung. Fehlendes Management der Versorgungsqualität, hohe Fluktuation beim Personal und der Mangel an Wartung und Instandhaltung schränken die Effektivität weiter ein, so dass diese nur als eingeschränkt erfolgreich bewertet werden kann.

Effektivität: 3

Effizienz

11. Produktionseffizienz

Die Effizienz in der Durchführung wurde u.a. aufgrund langwieriger Abstimmungsprozesse bereits bei Abschlusskontrolle bemängelt. Die Durchführung hat sich gegenüber der Planung bei Prüfung 2011 erheblich verzögert, die Consultingleistungen wurden erst 2014 unter Vertrag genommen und die letzten Lieferungen und die Abnahme erfolgten erst im 2. Quartal 2020 – vorgesehen war ein Umsetzungszeitraum von 48 Monaten nach Beginn der Consultingleistungen¹⁴. Gerade die Verzögerungen in der Fertigstellung der INA schränken die Effizienz der Trainingsmaßnahmen für das Personal der INA aufgrund der hohen Personalfuktuation erheblich ein.

Die Investitionen sowohl beim Bau als auch der Ausstattung werden als kosteneffizient angenommen, auch wenn die Kosten gegenüber der Planung signifikant gestiegen sind und die Finanzierung der medizinischen Ausstattung über den Gesundheits-SWAp erfolgte. Die Consultingleistungen lagen mit 1,17 Mio. EUR rund 23 % über den Plankosten von 0,95 Mio. EUR (0,25 Mio. für Investitionsbegleitung und 0,7 Mio. EUR für Begleitmaßnahmen), die Baukosten mit 1,69 Mio. EUR rund 54 % über den Plankosten von 1,10 Mio. EUR – die medizinische Ausstattung wurde schließlich über den SWAp finanziert und belief sich auf rund 0,8 Mio. EUR ggü. den geplanten 0,9 Mio. EUR.

12. Allokationseffizienz

Die Allokation der Mittel in die notfallmedizinische Versorgung und Strukturen ist grundsätzlich als effizient zu beurteilen, da hier erhebliche Mängel bestanden und bestehen. Die Fokussierung auf die Region Jalal Abad und das Regionalkrankenhaus ist nachvollziehbar; aufgrund der geringeren Kapazitäten war aber zu erwarten, dass die Wirkung nicht entsprechenden Investitionen in Bishkek und Osh gleichkommen würde. Mit der Ausweitung des Projektansatzes zu einer interdisziplinären Notaufnahme mit angeschlossenen OPs und Intensivkapazitäten wurde seitens der FZ richtigerweise eine Rationalisierung auf Krankenhausebene gefordert und im entsprechenden Konzept ausgearbeitet. Die mangelnde Umsetzung dieses Konzepts trägt aber aktuell auch zur Unterauslastung der Kapazitäten bei. Somit bleibt trotz notwendiger Puffer, die für die Notfallversorgung bei besonderen Ereignissen mit hohem Bedarf vorzusehen sind, die Kapazität größer als der Bedarf und die Auslastung ist geringer als erwartet. Die medizinische Ausstattung wird als grundsätzlich adäquat eingeschätzt, wobei das fehlende Know-How für Wartung und Instandhaltung abträglich ist. Bei der nicht-medizinischen Ausstattung war eine Überausstattung mit Schränken und Kommoden nicht zu übersehen, da große Teile davon nicht genutzt wurden.

Mit der Reorganisation des Rettungsdienstes mit Angliederung an das Krankenhaus hat die INA grundsätzlich die Möglichkeit den Patientenfluss besser entsprechend dem Bedarf am Referenzsystem zu steuern, so dass (perspektivisch) weniger Personen in die INA eingeliefert werden, die auch auf unteren Ebenen versorgt werden können. Zu berücksichtigen bleibt aber, dass der Großteil der Notfälle von Angehörigen gebracht wird (70 - 90 %). Zudem wurden parallel mit der Zentralisierung der Notfallversorgung die Abrechnung ambulanter Leistungen mit dem MHIF für das Krankenhaus möglich. Dies ist aus Allokationsperspektive vorteilhaft.

¹⁴ Insgesamt hat sich die Durchführung erheblich verzögert durch langwierige Abstimmungsprozesse beim Vertrag und den Vergaben. Der Hauptvertrag des Consultants wurde im Juli 2014 abgeschlossen, der Vertrag für die Begleitmaßnahmen (Training und Konzepte) erst im März 2016, der Bauvertrag wurde im Mai 2017 abgeschlossen. Baumaßnahmen waren erst September 2019 abgeschlossen, die Lieferung der Ausstattung wurde im Oktober 2020 abgeschlossen und die Abnahme erfolgte aufgrund der Covid-Pandemie erst im September 2020.

Die offensichtlichen Mängel in der Wartung und Instandhaltung schränken die Allokationseffizienz allerdings ein. Trotz klarer Forderungen bei Prüfung und im Rahmen der Verträge zur Bereitstellung von diesbezüglichen Mitteln und Kapazitäten, waren keine effizienten Strukturen und Verantwortlichkeiten erkennbar.

Die Allokationseffizienz hätte gesteigert werden können, wenn die Trainingsmaßnahmen klarer mit den Investitionsmaßnahmen auch zeitlich abgestimmt worden wären und ein längerfristiges on-the-job Training die ersten Jahre des Betriebes begleitet hätte, um Strukturen und Prozesse stärker zu verankern. Bereits im Abschlussbericht des Consultants zur Begleitmaßnahme wurde die Empfehlung ausgesprochen, das Training die ersten drei Jahre des Betriebs begleitend für das dann dort tätige Personal umzusetzen.

Zusammenfassung der Benotung

Insgesamt ist die Produktionseffizienz aufgrund der Verzögerungen und Kostensteigerungen unter den Erwartungen, aber noch positiv zu beurteilen. Gleiches gilt für die Allokationseffizienz, die grundsätzlich positiv zu beurteilen ist in Anbetracht des erheblichen Bedarfs in der Steigerung der Effektivität und Effizienz der Notfallversorgung. Sie wird aber durch fehlende Wirkung der Maßnahmen zu Wartung und Instandhaltung, durch die beschränkten Wirkungen der Trainingsmaßnahmen aufgrund hoher Fluktuation und durch die Unterauslastung aufgrund der mangelnden Umsetzung des Rationalisierungskonzeptes eingeschränkt. In der Summe wird die Effizienz unter Berücksichtigung der herausfordernden Rahmenbedingungen auch durch die Covid-Pandemie als noch eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Effizienz: 3

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

13. Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen

Das im Rahmen der EPE angepasste Ziel waren geringere gesundheitliche Folgeschäden aufgrund der verbesserten Notfallversorgung in Jalal Abad. Valide Daten und Indikatoren zur Messung geringerer gesundheitlicher Folgeschäden konnten nicht erhoben werden, weshalb die für die EPE vorgesehenen Indikatoren zur Überlebensrate von Polytrauma-Fällen, Sterberaten bei beobachtetem Herzkreislaufstillstand außerhalb des Krankenhauses, Sterberaten/Invalidität durch Schlaganfall oder Herzinfarkt im Einzugsgebiet des Krankenhauses keine Anwendung finden können.

Es ist plausibel anzunehmen, dass mit der Zentralisierung der Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten im Krankenhaus die Zeit bis zur Versorgung reduziert wurde. Zudem ist davon auszugehen, dass eine interdisziplinäre Versorgung zu gezielterer Diagnostik und adäquater Versorgung führt. Bei lebensbedrohlichen Verletzungen und Krankheiten ist dies ein ausschlaggebender Faktor, weshalb davon auszugehen ist, dass gesundheitliche Folgeschäden teilweise reduziert werden konnten. Dennoch schränken die unter Effektivität genannten Mängel in Bezug auf die Prozesse, Strukturen und folglich der Versorgungsqualität der INA auch die Wirkung auf Impact-Ebene ein. Auch die weiterhin beschränkte Abdeckung und Qualität der Versorgung im präklinischen Bereich ist eine Herausforderung und führt zu geringem Vertrauen der Bevölkerung in den Rettungsdienst.

14. Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Im Rahmen der Prüfung intendierte das Vorhaben auch die Verbesserung der Versorgungssituation in ländlichen Regionen. Die Wirkungen in ländlichen Regionen waren im Rahmen der Evaluierung nicht messbar, sind aber in Anbetracht der Erkenntnisse aus den Interviews eher als extrem gering einzuschätzen – selbst das MoH verwies darauf, dass die Umsetzung in der Fläche noch fehlt und die Fluktuation dort noch höher ist. Auch die vorgesehenen Vernetzungen mit einer zentralen Rettungsleitstelle (zumindest auf Oblast-Ebene) scheint den Evaluierungserkenntnissen zufolge nicht gegeben zu sein und Überweisungen von entlegenen Punkten in die INA sind eine Ausnahme – nicht zuletzt aufgrund der hohen Kosten und des hohen Zeitaufwands.

Die im Rahmen des Vorhabens entwickelten Konzepte haben jedoch als Basis für die neue Gesundheitsstrategie und den Masterplan für die Notfallversorgung gedient – hierfür war das Engagement des gleichen Consultants zuträglich. So wurde im Masterplan von 2020 auch die Empfehlung für die Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems mit Leistungsindikatoren zur Struktur- und Prozessqualität sowie die Wirkung auf die Patientenversorgung aufgenommen. Durch Überwachung, Analyse und Bewertung kann die Qualität der medizinischen

Notfalldienste kontinuierlich verbessert werden – die Umsetzung erfolgte aber noch nicht. Nach Angaben des MoH basiert auch die Notaufnahme des nationalen Krankenhauses in Bishkek auf den Erfahrungen in Jalal Abad und der Master Plan sieht die Etablierung von zentralen Notaufnahmen in allen nationalen, regionalen und territorialen Krankenhäusern der Republik vor. Die Zusammenarbeit mit den Trainingsinstituten in Bishkek und Osh scheint zudem langfristige Wirkungen zu entfalten, da erarbeitete Curricula weiter genutzt werden, ebenso wie die Ausbildungsmaterialien und die Personalfuktuation bei den Ausbildern etwas geringer scheint.

15. Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Ein Beitrag zu nicht-intendierten Veränderungen wurde im Rahmen der Evaluierung nicht festgestellt.

Zusammenfassung der Benotung

Die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen sind nicht messbar, können aber in Teilen – insbesondere durch eine schnellere und interdisziplinäre Versorgung an einem Ort – plausibel abgeleitet werden. Die Wirkungen beschränken sich aber primär auf das direkte Einzugsgebiet der INA und die ländlichen Gebiete der Region Jalal Abad werden in weiten Teilen noch nicht abgedeckt. Insgesamt ist der Impact eingeschränkt erfolgreich und die Abstriche in der konkreten Umsetzung einer qualitativ verbesserten Notfallversorgung und einer entsprechenden Abdeckung in der Region Jalal Abad werden dadurch relativiert, dass die im Vorhaben erarbeiteten Konzepte und Erfahrungen über den aktuellen Gesundheits-Masterplan auch strukturell Wirkung erzielen können.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: 3

Nachhaltigkeit

16. Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Die Kapazitäten auf Ebene des Krankenhauses für einen nachhaltigen Betrieb sind sehr beschränkt sowohl aus personeller, finanzieller als auch struktureller Perspektive. Es fehlt an Wartungs- und Instandhaltungspersonal, ein klares Budget konnte nicht identifiziert werden und Prozesse und Strukturen für Wartung und Instandhaltung konnten nicht gefunden werden. Dennoch bemüht sich das Personal und Management im Rahmen ihrer Möglichkeiten um einen nachhaltigen Betrieb der neuen Notaufnahme. Reparaturen an der Infrastruktur scheinen möglich, die Instandhaltung und Reparatur von medizinischer Ausstattung bleibt extrem herausfordernd aufgrund mangelnden technischen Verständnisses und fehlendem Zugang zu Ersatzteilen und Serviceleistungen. Die Abhängigkeit von Entscheidungen und Mitteln des MoH ist hier potenziell ebenso ein Hemmfaktor wie die hohe Personalfuktuation, die es erschwert, neue Strukturen zu verankern.

17. Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten

Die Projektmaßnahmen zur Stärkung der Kapazitäten auf Krankenhausebene für Wartung und Instandhaltung mit Ausarbeitung eines entsprechenden Konzeptes, Etablierung einer Software für das Monitoring, Ausbildung von Wartungspersonal und Basisausstattung einer Werkstatt konnten bei Evaluierung nicht mal in Ansätzen gefunden werden. Der bei Abschlusskontrolle ausgesprochene Vorschlag einer monatlichen Inspektion durch technisches Personal, der Ausarbeitung eines Wartungsplans und der Bereitstellung eines entsprechenden Budgets wurde auch nicht umgesetzt. Auch die Empfehlung zur Absicherung des längerfristigen Betriebes des CTs über eine *Public-Private-Partnership* wurde nicht aufgegriffen und wie bei Abschlusskontrolle befürchtet, ist das Gerät schon jetzt außer Betrieb.

18. Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit

Die fehlenden Wartungs- und Instandhaltungsstrukturen beeinträchtigen die nachhaltige Wirkung der Investitionsmaßnahmen insb. bei der medizinischen Ausstattung erheblich. Das Gebäude war zum Evaluierungszeitpunkt in einem guten Zustand. Fluktuation und Abwanderung zusammen mit niedrigen Gehältern im öffentlichen Gesundheitssektor bleiben ein hohes Risiko für den nachhaltigen Betrieb. Das MoH versucht nach eigenen Angaben dem entgegenzuwirken mit höheren Gehältern und Zusatzzahlungen in ländlichen Gebieten, sowie einer Verpflichtung für 2 Jahre in ländliche Gebiete zu gehen. Ob diese Anreize, sollten sie umgesetzt werden,

ausreichen, bleibt äußerst fraglich. Teilweise wurde auch auf fehlende Mittel und Schwierigkeiten bei der Beschaffung und Verfügbarkeit von Medikamenten und Verbrauchsgütern hingewiesen.

Inwieweit die aus FZ-Mitteln¹⁵ finanzierte Nachhaltigkeitsinitiative mit der Etablierung eines landesweiten Systems für ein Inventar und Wartungssystem für medizinische Ausstattung (vgl. Kohärenz) tatsächlich die Mängel in der Wartung und Instandhaltung behebt, ist noch offen. Die bisherigen Erkenntnisse dieser Unterstützung spiegeln die Beobachtungen der Evaluierung – es gibt keine Planung für die Wartung von medizinischer Ausstattung im öffentlichen Gesundheitswesen und nur wenn die Geräte bereits defekt sind, werden Reparaturen versucht. Auch gibt es in keiner der bisher verfügbaren Datenbanken Wartungsinformationen. Die samedis-Software, die auch im Vorhaben versucht wurde zu etablieren, soll nun im Rahmen dieser Nachhaltigkeitsinitiative auf nationaler Ebene eingeführt werden. Personal in den Gesundheitseinrichtungen, aber auch des MoH sollen geschult werden, um so insgesamt das Bewusstsein für präventive Wartung zu stärken und eine gezielte Budgetplanung zu ermöglichen. In Anbetracht der Erfahrungen mit der Einführung von Wartungs- und Instandhaltungskapazitäten allein auf der Basis des Krankenhauses in Jalal Abad wird aus Evaluierungsperspektive der tatsächliche Beitrag der Nachhaltigkeitsinitiative für die Projektmaßnahmen in Frage gestellt. Der Fachkräftemangel bei Medizintechnikern ist erheblich und wird auch mittelfristig ein großes Problem bleiben.

Durch die Übernahme der entwickelten Konzepte für den Masterplan für Notfallmedizin auf nationaler Ebene ist hier eine nachhaltige Wirkung anzunehmen. Die Erfahrungen mit der zentralisierten interdisziplinären Notaufnahme werden national sehr geschätzt und das Krankenhaus in Jalal Abad wird als Referenz gesehen.

Zusammenfassung der Benotung

Insgesamt wird die INA bereits seit ca. 5 Jahren betrieben und die Ausstattung ist in weiten Teilen noch einsatzbereit. Aufgrund der direkten Involvierung des MoH in der Steuerung des Krankenhauses ist davon auszugehen, dass essenzielle Ersatzinvestitionen auch getätigt werden. Die Nachhaltigkeit liegt aufgrund der Mängel bei Wartung und Instandhaltung sowie in Anbetracht der hohen Personalfuktuation unter den Erwartungen. Unter Berücksichtigung des fortlaufenden Betriebes und der strukturellen Wirkungen durch den Modellcharakter auf nationaler Ebene überwiegen jedoch die positiven Ergebnisse.

Nachhaltigkeit: 3

Gesamtbewertung 3

Insgesamt wird das Vorhaben aufgrund der bisher sehr rudimentären und in der Fläche geringen notfallmedizinischen Versorgung als relevant bewertet. Die Kohärenz hätte durch eine klarere Koordination zwischen den Gubern im Bereich der Notfallmedizin noch gestärkt werden können, aber ist in Anbetracht der koordinierenden Funktion durch das MoH gut. Die Effektivität ist eingeschränkt erfolgreich, da trotz Nutzung der Notaufnahme die angestrebten Versorgungsstandards nicht erreicht werden, da aufgrund der Fluktuation, Abwanderung und mangelnden zeitlichen Koordination der Trainingsmaßnahmen die Prozesse und Strukturen für eine adäquate Versorgung in der Notaufnahme nicht wie vorgesehen gelebt werden. Die Produktionseffizienz wurde durch Verzögerungen und Kostensteigerungen eingeschränkt. Die Effizienz des Krankhausbetriebes wird durch mangelnde Umsetzung des Rationalisierungskonzeptes eingeschränkt, zudem wird die Allokationseffizienz aufgrund der auch damit einhergehenden Unterauslastung limitiert. Die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen einer verbesserten Versorgung von Notfällen auf eine Minderung der Folgeschäden können nicht gemessen, aber zu Teilen für die Bevölkerung im direkten Einzugsgebiet des Krankenhauses plausibel abgeleitet werden. Durch den Modellcharakter der zentralisierten und interdisziplinären Notaufnahme haben die erarbeiteten Konzepte in Teilen auch Eingang in den nationalen Masterplan für die Notfallversorgung gefunden. Die Nachhaltigkeit ist durch mangelnde Kapazitäten für Wartung und Instandhaltung sowie hohe Personalfuktuation eingeschränkt. Insgesamt konnte das Vorhaben sein Anspruchsniveau bezüglich einer effektiven und effizienten Notfallversorgung nur eingeschränkt erreichen, hat aber dennoch einen Modellcharakter entwickelt und die geschaffene Infrastruktur wird genutzt.

¹⁵ Mittel aus dem Studien- und Fachkräftefonds

Beiträge zur Agenda 2030

Das Vorhaben trägt zu SDG 3 bei. Mit der Notfallmedizin wird insbesondere zur Verringerung der Sterblichkeit und gesundheitlicher Folgeschäden aufgrund von Unfällen und akuten Erkrankungen beigetragen, u.a. in Folge von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (3.4) und von Straßenverkehrsunfällen (3.6). Der Zugang zur Versorgung ist grundsätzlich für alle Bevölkerungsteile offen, dennoch ist dieser für die ländliche Bevölkerung in abgelegenen Gegenden beschränkt.

Projektspezifische Stärken und Schwächen sowie projektübergreifende Schlussfolgerungen und Lessons Learned

Zu den Stärken und Schwächen des Vorhabens zählen insbesondere:

- Durch die Einführung der ersten zentralisierten und interdisziplinären Notaufnahme in einem Regional-krankenhaus konnten Impulse für die Umsetzung in anderen Regionen gegeben werden.
- Mit einmaligen Trainingsmaßnahmen und einer konzeptionellen Reorganisation des Rettungsdienstes konnte aufgrund der erheblichen Lücken in der Abdeckung in der Fläche, der Verfügbarkeit und Fluktuation von Personal sowie auch in der Ausstattung keine allgemeine Verbesserung der präklinischen Versorgung erreicht werden.
- Durch Abschwächung der Forderungen bzgl. des Eigenbeitrages zu den Kapazitäten für Wartung und Instandhaltung und die fehlende Nachverfolgung konnten die Maßnahmen zur Erarbeitung von Konzepten, Ausbildung von Technikern und das spezifische und notwendige Budget für Wartung und Instandhaltung in der INA nicht erreicht werden.

Schlussfolgerungen und Lessons Learned:

- Durch Verzögerungen bei der Investitionsmaßnahme konnten die Trainingsinhalte und neuen Prozesse nicht direkt in die Praxis umgesetzt werden. Trainingsmaßnahmen sollten zeitlich so mit den Investitionsmaßnahmen koordiniert werden, dass die Inhalte gleich in die Praxis übersetzt werden können.
- Bei unvermeidbar hoher Personalfuktuation erscheint es wichtig, dass neue Prozesse und Strukturen nicht durch einmalige Fortbildungsmaßnahmen eingeführt, sondern über einen längeren Zeitraum durch personelle Unterstützungsmaßnahmen im laufenden Betrieb verankert werden.
- Wenn keine präventive Wartung und Instandhaltungsstrukturen auf institutioneller Ebene gegeben sind, wirken einzelne Maßnahmen wie die Ausarbeitung von Konzepten und die Ausbildung einzelner Techniker als nicht hinreichend zur Sicherung des langfristigen Betriebes insbesondere von medizinischer Ausstattung. Daher sollte auf Ausstattung verzichtet werden, für die es im Zielland keinen technischen Support und Zugang zu Ersatzteilen gibt.
- Sorgfältig ausgewählte Indikatoren und ein bereits zu Projektbeginn etabliertes Monitoring der Versorgung würde bereits bei der Steuerung des laufenden Projektes einen wertvollen Beitrag leisten und eine objektive und nachvollziehbare Bewertung der erreichten Wirkungen erleichtern.

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).

Dokumente:

Interne Projektdokumente, Gesundheitsstrategien der kirgisischen Regierung, Masterplan der medizinischen Notfalldienste.

Datenquellen und Analysetools:

Datensammlung vor Ort

Interviewpartner:

Gesundheitsministerium, Krankenhaus in Jalal Abad (Management, Notaufnahme, technisches Personal), Rettungsdienstleitstelle in Jalal Abad und Bishkek, kirgisches Trainingsinstitut für kontinuierliche medizinische Fortbildung in Osh und Bishkek, Regionalkrankenhaus in Osh, WHO – ein Gespräch mit der Weltbank konnte im Rahmen der Evaluierung nicht koordiniert werden.

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 keinerlei valide Daten für die Qualität der notfallmedizinischen Versorgung gefunden werden, da kein Monitoring erfolgt. Gleiches gilt für Wartung und Instandhaltung. Selbst Daten zur Auslastung der unterschiedlichen Einheiten konnten nur durch Auszählung einzelner Monate grob geschätzt werden. Aufgrund der Reorganisation der medizinischen Notfalldienste von der Verankerung bei der ambulanten zur stationären Gesundheitsversorgung 2021 sind auch beim E-Health-Center keine unterstützenden Daten verfügbar gewesen.

Aufgrund der Sprachbarriere waren trotz Unterstützung für die Übersetzung insbesondere bei den Projektbesuchen im Feld Interviews in Tiefe und Umfang erheblich eingeschränkt.

Methodik der Erfolgsbewertung

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den OECD DAC-Kriterien wird eine sechsstufige Skala verwandt. 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 Zielsystem und Indikatoren

Anlage Risikoanalyse

Anlage Nutzungsdaten für die geschaffenen Strukturen

Anlage Empfehlungen für den Betrieb

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

Anlage Zielsystem und Indikatoren

Ziel auf Outcome-Ebene			Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)			
Bei Projektprüfung: (a) Verbesserung der Qualität der Notfallversorgung und (b) Steigerung des Zugangs der Bevölkerung zu Notfalldiensten in der Programmregion. Bei Abschlusskontrolle: Stärkung der medizinischen Notfallversorgung am Oblast Krankenhaus Jalal Abad			Durch die Etablierung einer interdisziplinären Notaufnahme wird die Erst-Versorgung im Krankenhaus an einer Stelle gebündelt, was die Qualität der Versorgung verbessert. Der Zugang wird dadurch nicht direkt adressiert. Da auf Outcome-Ebene die Nutzung der geschaffenen Kapazitäten das Ziel ist, wird das Outcome-Ziel für die EPE leicht modifiziert.			
Bei EPE (falls Ziel modifiziert): Die Bevölkerung nutzt die qualitativ verbesserte Notfallversorgung am Regionalkrankenhaus Jalal Abad.						
Indikator	Bewertung der Angemessenheit	Begründung der Angemessenheit (beispielsweise bzgl. Wirkungsebene, Passgenauigkeit, Zielniveau, Smart-Kriterien)	Zielniveau PP Optional: Zielniveau EPE	Status PP (Jahr)	Status AK (Jahr)	Optional: Status EPE (Jahr)
Indikator 1 (PP): Verkürzung der Zeit zwischen der Meldung des akuten Notfalls und der Aufnahme durch die Gesundheitsdienste	Teilweise angemessen	Der Indikator misst die Qualität der präklinischen Versorgung und ist stark abhängig vom Rettungsdienst und der Distanzen. Es ist nicht klar, ob er für die Stadt Jalal Abad gelten soll oder für das gesamte Oblast. Der Indikator wird state-off-the art angepasst und aufgenommen, wenn dazu Daten vorliegen. Als Zielniveau soll der nationale Standard herangezogen werden.	Hinweis in Prüfungsbericht: Indikatorensystem wird vom Consultant im ersten Durchführungsjahr festgelegt!	2011: Bei rund 75 % der Notrufe erfolgt medizinische Versorgung 15 Minuten nach Eingang des Notrufs Quelle: Kirgisches Gesundheitsministerium (Wert sollte im ersten Durchführungsjahr für die Zielregion validiert werden) Wird als unrealistisch eingestuft.		Zeit zwischen Eingang des Notrufs in der Einsatzzentrale und Eintreffen des Rettungsdienstes beim Patienten. - In Jalal Abad Stadt - Im Oblast Jalal Abad Keine validen Daten bei EPE verfügbar.
Indikator 2 (PP) Patientenzufriedenheit im Oblast-Krankenhaus Jalal Abad (Ergebnis Patientenbefragung)	Teilweise angemessen	Aussagekraft von Umfragen bei Patienten bzgl. der Qualität der Versorgung ist wenig valide. Die Einschätzungen werden oft von weniger grundlegenden Aspekten beeinflusst (Erscheinungsbild, Essen etc). Als Indikator wird die Patientenzufriedenheit aufgrund mangelnder Daten und		Keine Baseline verfügbar		Keine Patientenbefragung verfügbar

		Validität nicht herangezogen, wenn Befragungen erfolgten, werden diese aber in der EPE berücksichtigt.				
Indikator 3 (PP): In dem Oblast Jalal Abad wird das Ambulanz- und Transportsystem verbessert	Nicht angemessen	Qualitativer Indikator, unklar, woran Verbesserung gemessen werden soll. Maßnahmen zur Verbesserung des Ambulanz- und Transportsystems eher sekundär im Konzept. Der Indikator wird nicht übernommen.				
NEU: Indikator 4 Anzahl der behandelten Patienten	Angemessen	Misst die Nutzung der geschaffenen Kapazitäten, d.h. der INA. Wichtig wäre eine Baseline zur Anzahl der dezentral im Krankenhaus versorgten Notfallpatienten vor Inbetriebnahme der INA, Daten leider nicht verfügbar. Zu berücksichtigen bleibt, dass die Anzahl der behandelten Notfälle durch unterschiedliche Faktoren bestimmt wird: Verbesserung in der Präklinik, Ruf der Notaufnahme, Schließung anderer Versorgungsstellen etc.	25.550 (Zielniveau entsprechend der Planung)	Keine Zahlen verfügbar.	Keine Zahlen verfügbar	20.440
NEU: Indikator 5 Anzahl der behandelten Fälle in den neuen OPs (OP-Fälle pro Tag)	Angemessen	Misst die Nutzung der neuen Operationssäle (Auslastung), zu berücksichtigen bleibt, dass Kapazitäten für Notfälle freigehalten werden müssen.	OP-Fälle pro Jahr gemäß Rationalisierungskonzept: 2.555	Keine Angaben	Keine Angaben	Widersprüchliche Informationen
NEU: Indikator 6 Fertiggestellte Einheiten der neuen INA in Benutzung: (a) alle Räume sind in adäquatem Zustand für die Nutzung (b) 80 % der medizinischen Ausstattung ist in funktionsfähigem Zustand und wird genutzt	Angemessen	Gibt eine grobe Indikation zur Nutzung aller Einheiten: Überwachungsbereich, Ultraschall, Radiologie, Labor, OPs, ICU..	Alle		Keine Angaben	Teilweise erfüllt

NEU: Indikator 7 Wartungs- und Instandhaltungsstrukturen für Gebäude und Geräte werden genutzt	Ange-messen	Nutzung der geschaffenen Wartungs- und Instandhaltungsstrukturen. Daten der samedis-Software waren nicht verfügbar, da diese nicht genutzt wird.	Alle		Nicht eingehalten	Nicht erfüllt
NEU: Indikator 8 Bettenauslastungsrate im neuen Intensivbereich (Bed occupancy rate at ICU)	Ange-messen	Keine Daten verfügbar				
NEU: Indikator 9 Für die Notfallversorgung qualifiziertes Personal ist in hinreichender Quantität eingesetzt	Ange-messen	Misst die Strukturqualität: Frage, gibt es einen Plan und ist die Stellenstruktur hinreichend? Wie hoch sind Fehlzeiten Fluktuation?	100 % der Stellen entspricht der ausgewiesenen Qualifikation (Plan) - mind. 90 % der Stellen sind mit entsprechend qualifiziertem Personal besetzt			Nach mündlichen Angaben erfüllt, kein Nachweis

Ziel auf Impact-Ebene	Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)
Bei Projektprüfung: Verbesserung der Notfallversorgung, insbesondere in ländlichen Regionen Bei Abschlusskontrolle: Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung und Beitrag zur Friedensbildung.	Ländliche Regionen wurden im Vorhaben nur über Ausbildung von Personal aus dem Rettungsdienst auch ländlicher Gebiete adressiert. Der Fokus lag im Einzugsgebiet des Krankenhauses. Wirkung auf nationaler Ebene nur über Konzepte ableitbar und damit zu weit weg von den Maßnahmen. Eine duale Zielsetzung ist aus heutiger Sicht nicht angemessen, auch wenn an dem Krankenhaus Usbeken und Kirgisen zusammenarbeiten, waren keine Teile des Vorhabens konzeptionell auf Friedensbildung ausgerichtet.
Bei EPE (falls Ziel modifiziert): Verbesserte Notfallversorgung in Jalal Abad führt zu geringeren gesundheitlichen Folgeschäden.	

Indikator	Bewertung der Angemessenheit	Begründung der Angemessenheit (beispielsweise bzgl. Wirkungsebene, Passgenauigkeit, Zielniveau, Smart-Kriterien)	Zielniveau PP / EPE (neu)	Status PP (Jahr)	Status AK (Jahr)	Status EPE (Jahr)
Indikator 1 (PP) Keine gravierende Erhöhung der Verkehrstoten- und Invalidenquote	Nicht angemessen	Dieser Indikator wird nicht nur durch die Notfallversorgung bestimmt, sondern auch sehr erheblich durch die Verkehrssicherheit – Straßen, Wege und Fahrzeuge. Es wäre gut einen traumatologischen Indikator zu haben – entsprechende Daten waren aber nicht verfügbar.		2007: 1.252 Verkehrstote 2007: 6.223 Verletzte nach Verkehrsunfällen Quelle: WHO, European Status Report on Road Safety, 2009		Überlebensrate von Polytrauma-Fällen bzw. Schädelhirntrauma mit Bewusstlosigkeit. ⇒ Keine Daten verfügbar
NEU Indikator 2 Sterberaten bei beobachtetem Herzkreislaufstillstand außerhalb des Krankenhauses	Teilweise angemessen	Misst eher die Qualität der Reanimation und Transport und damit Versorgung außerhalb der INA (präklinische Versorgung) und anschließend die innerklinische Notfallversorgung. Daher nicht allein von Betrieb der INA abhängig. Keine Daten verfügbar				
NEU: Indikator 3 Sterberaten/Invalidität a) durch Schlaganfall im Einzugsgebiet des Krankenhauses b) durch Herzinfarkt im Einzugsgebiet des Krankenhauses	Angemessen	Misst vermeidbare Folgeschäden bei zeitgerechter Versorgung. Keine Daten verfügbar	Nimmt ab.			

Anlage Risikoanalyse

Risiko	Relevantes OECD-DAC Kriterium
Die kirgisische Seite stellt nicht ausreichend Mittel für Betrieb und Wartung zur Verfügung.	Effektivität, Impact und Nachhaltigkeit
Die Ausstattung wird nicht ordnungsgemäß betrieben.	Effektivität
Weitere Abwanderung von medizinischem Fachpersonal, damit Verlust von fachlichem Know-How	Effektivität, Nachhaltigkeit

Anlage Nutzungsdaten für die geschaffenen Strukturen

Aufgrund mangelnder Daten wurden Schätzungen auf Basis der Einträge in den Büchern der unterschiedlichen Versorgungsbereiche gemacht. Hier die Auszahlungen für Januar 2025 durch das Krankenhaus.

Emergency Department: some data for 1 - 31 January 2025

#	Показатели / Data	Количество / #
1	Общее количество пациентов в ОЭМП Total № of patients in ECD	1736
1.1.	Количество пациентов, получивших лечение (амбулаторно) и ушедших домой # of outpatients	1435
1.1.1	Количество травматологические # trauma patients	587
1.1.2	Количество терапевтические # internal medicine	553
1.1.3	Количество хирургические # surgical	295
1.2.	Оставшиеся на стационарное лечение # Inpatients	301
1.2.1	Количество травматологические # trauma patients	54
1.2.2	Количество терапевтические # internal medicine	155
1.2.3	Количество Хирургические # surgical	92
2	Общее количество пациентов, прооперированные в двух операционных в ОЭМП # of procedures in operating theaters within the Emergency Care Department (emergency cases)	70
3	Общее количество пациентов, поступивших в отделение Анестезиологии и реанимации (АиР) – # of patients at the ICU (8 beds)	205
3.1	в т.ч. количество пациентов, поступивших в отделение АиР из 2-х операционных ОЭМП # of patients from operating theatres within ECD	70
3.2	в т.ч. количество пациентов, поступивших в отделение АиР из других операционных # of patients from other Operating Theatres of the hospital	30
3.3	в т.ч. количество пациентов, поступивших в отделение АиР без операций (н-р: <i>инсульты и т.д.</i>) # of patients from ECD (without operation)	105
4	Количество УЗИ процедур # of ultrasound procedures	102
5	Количество рентген-исследований # of x/ray diagnosis	269
6	Количество пациентов, направленных на лабораторные исследований # of patients with laboratory requests	1509
7	Общее количество пациентов, получивших манипуляции в гипсовальной и малой операционной # of patients treated in plaster room and minor surgery	358

Anlage Empfehlungen für den Betrieb

Im Rahmen der AK wurden folgende Empfehlungen und Vorschläge unterbreitet, keine davon wurde bis zur Evaluierung umgesetzt:

- Einführung einer monatlichen Inspektion, bei der das technische Personal den Zustand und Reparatur-/Wartungsbedarf des Gebäudes innen und außen zeitnah feststellen und nach Möglichkeit beheben oder aber dem Management für weitere Veranlassung melden kann.
- Kurzfristige Ausarbeitung eines Wartungsplans und Bereitstellung eines entsprechenden Budgets.
- Entwicklung eines Business-Plans für geplante Beschaffung eines Computertomographie-Geräts in der INA, um möglicherweise in öffentlich-privater Partnerschaft einen nachhaltigen Betrieb zu sichern. Das Gerät war bei Evaluierung defekt und außer Betrieb.

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

Relevanz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegen- des Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 1: Ausrichtung an Politiken und Prioritäten			2	+	Entspricht kom- plett den Erwar- tungen
1.1 Sind die Ziele der Maßnahme an den (globalen, regionalen und länder- spezifischen) Politiken und Prioritäten, insbesondere der beteiligten und be- troffenen (entwicklungspolitischen) Partner und des BMZ, ausgerichtet?	Welche Relevanz hat die medizinische Notfallversorgung in den Gesundheits- strategien Kirgistans über die Zeit? Welche Rolle spielt Notfallversorgung in den Gesundheitsstrategien und Ansätzen des BMZ?	Gesundheitsstrategien und Master Pläne: - Manas Taaumi - Den Sooluk (2012-2016) - Healthy Person – Prosperous Country (2019-2030)			
1.2 Berücksichtigen die Ziele der Maß- nahme die relevanten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetzgebung, Verwaltungskapa- zitäten, tatsächliche Machtverhältnisse (auch bzgl. Ethnizität, Gender, etc.))?	Keine Konkretisierung notwendig				
Bewertungsdimension 2: Aus- richtung an Bedürfnisse und Ka- pazitäten der Beteiligten und Betroffenen			2	o	
2.1 Sind die Ziele der Maßnahme auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausge- richtet? Wurde das Kernproblem kor- rekt identifiziert?	Was sind die Kernprobleme der Gesund- heitsversorgung in Kirgisistan? Wo liegt die Haupt-Krankheitslast? Wie ist die Versorgung in der Stadt ggü. ländlichen Gebieten zu beurteilen? Ist der Fokus auf die klinische Versor- gung richtig gelegt?	Sektordaten und Daten aus den Strate- gien, Gespräche MoH, WHO, in Jalal Abad, Consultants			

2.2 Wurden dabei die Bedürfnisse und Kapazitäten besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.) berücksichtigt? Wie wurde die Zielgruppe ausgewählt?	Was schränkt den Zugang zu medizinischer Notfallversorgung in Kirg. ein? Haben Frauen, Männer und Kinder sowie Menschen unterschiedlicher Ethnien /Herkunft gleichen Zugang? Wie stellt sich der Zugang und die Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen dar? Wie vergleicht sich die Versorgung zwischen Stadt und Land?	Gespräche vor Ort mit MoH, Krankenhaus, Rettungspersonal			
2.3 Hätte die Maßnahme (aus ex-post Sicht) durch eine andere Ausgestaltung der Konzeption weitere nennenswerte Genderwirkungspotenziale gehabt? (FZ E spezifische Frage)	Wie hoch ist der Anteil von Frauen im Gesundheitssektor, unter den Ärzten, beim Pflegepersonal, im Rettungsdienst? Wurden Genderaspekte in der Konzeption berücksichtigt – bei der Konzeption der INA und beim Personal?	Gespräche MoH, Jalal Abad			
Bewertungsdimension 3: Angemessenheit der Konzeption			3	0	
3.1 War die Konzeption der Maßnahme angemessen und realistisch (technisch, organisatorisch und finanziell) und grundsätzlich geeignet zur Lösung des Kernproblems beizutragen?	Inwieweit konnte von einer besseren Notfallversorgung allein durch Aufbau der ED und Training für Rettungsdienst, Ärzte und Pflegekräfte ausgegangen werden, ohne dass die Verfügbarkeit und Ausstattung der Rettungswägen den Bedarfen angepasst wurden => präklinische Versorgung als Voraussetzung? Entspricht das finale Design der INA mit OPs, ICU und Labor den tatsächlichen Bedarfen für die multidisziplinäre Versorgung der Patienten und die Verzahnung mit den Fachbereichen des Krankenhauses? Aktuelle Organisation des Rettungsdienstes entsprechend dem Konzept des Vorhabens? Entsprach dies den Bedarfen? Hatte dieser Ansatz das Potential zu	Prüfungsbericht Feasibility Studie Inception Report Diverse Konzepte des Consultants			

	einer besseren Abdeckung und besseren Versorgung beizutragen? Wurde beim Training der Bedarf an kontinuierlichem Training hinreichend berücksichtigt? Wurde der „Train the trainer“-Ansatz verfolgt? Wie wurde Continuous Medical Education im Konzept verankert? War es hinreichend die Frage des MoH nach Konzepten zu bedienen anstatt auch deren Implementierung mit aufzunehmen? War das Vorhaben zusammen mit der Vorgängerphase als ein abgeschlossener Ansatz betrachtet oder wurde von einer Fortführung der Unterstützung in Notfallversorgung ausgegangen?	
3.2 Ist die Konzeption der Maßnahme hinreichend präzise und plausibel (Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit des Zielsystems sowie der dahinterliegenden Wirkungsannahmen)?	Jalal Abad liegt im Süden des Oblasts an der Grenze zum Oblast Osh und somit unter Berücksichtigung des gesamten Oblastes nicht mittig. Ist damit eine Abdeckung über die Hauptstadt Jalal-Abad für das Oblast der geeignetste Standort? Wurden nachgelagerte Standorte auch in der Notfallversorgung trainiert/gestärkt, um die Versorgungskette hinreichend zu adressieren?	Planungsdokumente und aktuelle Daten des Master Plans
3.3 Waren die gewählten Indikatoren und deren Wertbestückung in ihrer Gesamtheit angemessen (zur Beantwortung eine der folgenden Angaben auswählen: Indikatoren und Wertbestückung waren angemessen / teilweise angemessen / nicht angemessen)? Die Begründung erfolgt differenziert nach Indikatoren in Anlage 1. (FZ E spezifische Frage)	Bei Prüfung wurden keine Indikatoren festgelegt, dies sollte vom Consultant erfolgen. In der AK wurden keine Indikatoren berichtet. s.o. Zielsystem und Indikatoren	Prüfungsbericht AK Consultingberichte

3.4 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)	Durch den Aufbau einer interdisziplinären Notaufnahme sollten der Zugang für Notfallpatienten an einer Stelle des Krankenhauses zentralisiert werden, damit nach adäquater Triage die angemessene Versorgung effizient und effektiv erfolgen kann. Dadurch sollte die Qualität der Notfallversorgung gesteigert werden und somit die gesundheitlichen Folgen von Notfällen reduziert werden. Ergänzend zum Personal aus der Notaufnahme wurde auch Personal des Rettungsdienstes ausgebildet, um die Qualität der Notfallversorgung auch im präklinischen Bereich zu verbessern. Die Konzepte für die integrierte Notaufnahme und die bessere Koordination der Rettungsdienste sollten als Grundlage für die Notfallversorgung auf nationaler Ebene über das MoH dienen.			
3.5 Inwieweit ist die Konzeption der Maßnahme auf einen ganzheitlichen Ansatz nachhaltiger Entwicklung (Zusammenspiel der sozialen, ökologischen und ökonomischen Dimensionen der Nachhaltigkeit) hin angelegt?	Keine Konkretisierung erforderlich.			
3.6 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)	Das EZ-Programmziel – Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung wurde durch das Vorhaben adressiert, jedoch mit einer erheblichen Zuordnungslücke.			
Bewertungsdimension 4: Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit		3	-	Die Veränderungen nach Prüfung waren ausschlaggebend für die beschränkte

				Auslastung und Allokationseffizienz, dies wird aber dort gewichtet.
4.1 Wurde die Maßnahme im Verlauf ihrer Umsetzung auf Grund von veränderten Rahmenbedingungen (Risiken und Potentiale) angepasst?	Wann und warum erfolgte eine Revision des Konzepts von einem <i>first access point</i> zu einer INA? Hatten sich die Rahmenbedingungen verändert? War OP und ICU von Anfang an vorgesehen? Oder durch „Ausbau“ des Konzepts hinzugenommen? War der Bedarf hinreichend belegt? Das open room Concept wurde erst in der Durchführung beschlossen und von Dr. Flasbeck entworfen, um mehr Behandlungsplätze (7 statt 4) zu bekommen und die Belastung zu stabilisieren.			

Kohärenz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / 0 / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 5: Interne Kohärenz (Arbeitsteilung und Synergien der deutschen EZ):			2	0	
5.1 Inwiefern ist die Maßnahme innerhalb der deutschen EZ komplementär und arbeitsteilig konzipiert (z.B. Einbindung in EZ-Programm, Länder-/Sektorstrategie)?	Welche weiteren EZ-Maßnahmen adressieren direkt oder indirekt die Themenbereiche Notfallversorgung in Kirgistan? Welchen Ansatz verfolgt die GIZ? Seit wann gibt es das Vorhaben zur Digitalisierung im Rettungswesen?	Gespräche mit operativem Bereich der FZ, mit der GIZ, Consultant des Nachhaltigkeitsvorhabens			

5.2 Greifen die Instrumente der deutschen EZ im Rahmen der Maßnahme konzeptionell sinnvoll ineinander und werden Synergien genutzt?	Gibt es Synergien oder Doppelungen mit anderen EZ-Gesundheitsvorhaben? GLZ Digitalisierung Rettungsleitstellen? Wann wurde das „Nachhaltigkeitsvorhaben“ der FZ initiiert?			
5.3 Ist die Maßnahme konsistent mit internationalen Normen und Standards, zu denen sich die deutsche EZ bekennt (z.B. Menschenrechte, Pariser Klimaabkommen etc.)?	Welche internationalen Normen und Standards sind hier relevant? - Recht auf Gesundheit (SDG) - Menschenrechte und Notfallversorgung? Klimawandel und Notfallmedizin (Änderungen in Art und Anzahl der Notfälle) sowie Versorgung (Beeinträchtigungen durch Extremwetterereignisse etc) – sind entsprechende Herausforderungen analysiert und in den Konzepten berücksichtigt?	Recherchen vor Ort und im Internet		
Bewertungsdimension 6: Externe Kohärenz (Komplementarität und Koordinationsleistung im zum Zusammenspiel mit Akteuren außerhalb der dt. EZ):			2	0
6.1 Inwieweit ergänzt und unterstützt die Maßnahme die Eigenanstrengungen des Partners (Subsidiaritätsprinzip)?	Welche Investitionen unternimmt die kirg. Regierung im Bereich der Notfallversorgung?			
6.2 Ist die Konzeption der Maßnahme sowie ihre Umsetzung mit den Aktivitäten anderer Geber abgestimmt?	Welche anderen Geber unterstützen in diesem Bereich? Welche Synergien ergeben /ergaben sich mit dem SWAp? Gibt es weitere relevante Kooperation ggf. auch vom roten Kreuz o.ä.?	Gespräche mit anderen Gebern (Gespräch mit Weltbank konnte nicht erreicht werden)		

	Zusammenspiel mit Unterstützung im humanitären Bereich?	
6.3 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?	Keine Konkretisierung erforderlich	
6.4 Werden gemeinsame Systeme (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für Monitoring/Evaluierung, Lernen und die Rechenschaftslegung genutzt?	Inwieweit gibt es ein Monitoring im Gesundheitswesen und ggf. spezifisch für die Notfallversorgung?	E-Health Center, MoH, andere Geber

Effektivität

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / 0 / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 7: Erreichung der (intendierten) Ziele			3	0	
7.1 Wurden die (ggf. angepassten) Ziele der Maßnahme erreicht (inkl. PU-Maßnahmen)? Indikatoren-Tabelle: Vergleich Ist/Ziel	--				
Bewertungsdimension 8: Beitrag zur Erreichung der Ziele:			2	0	
8.1 Inwieweit wurden die Outputs der Maßnahme wie geplant (bzw. wie an neue Entwicklungen angepasst) erbracht? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Wurde der Bau und Ausstattung entsprechend Planung erstellt und warum wurde der ursprüngliche Umfang so erheblich erweitert von einer first aid access point zu einer zentralen Notaufnahme?	Besuch des Projektstandortes und Gespräche mit der Krankenhausleitung, dem Chef der Notaufnahme sowie dem Personal			

	Wurde das Equipment geliefert, installiert und fanden notwendige Einweisungen daran statt? Wurden die Gebrauchsanweisungen übergeben und sind diese noch verfügbar am Einsatzplatz der mediz. Geräte? Wurde die Mängelliste der AK behoben? (Final Report: snag-list was sent with the QR 24 to the Client) Waste disposal system – SWISS Emergency transportation system – nur noch Konzept, nicht mehr Implementierung – warum? Vor Projekt gab es laut Consultingbericht 6 unabhängige Einheiten, die Notfallpatienten aufgenommen haben – laufen alle Notfallaufnahmen nun über die INA? Personalausstattung in der INA und anderen Bereichen des KH? Welche Auswirkungen hatte Eröffnung der INA auf andere Bereiche? Wurde das Training von Dr. Flasbeck, der auch das offene Raumkonzept für das KH entworfen hat, im März 2018 wie geplant durchgeführt zu Triage, Visualisierung, Koordination, Reanimation? War das sinnvoll und nachhaltig 4 Jahre vor Betriebsaufnahme? Ist das vom Consultant ausgearbeitete Wartungskonzept samt Inventarliste für die Wartung im Anschluss an die Garantiezeit noch vorhanden? Wird es umgesetzt? Ist der ausgebildete Wartungstechniker noch im Dienst?	
--	--	--

8.2 Werden die erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten genutzt?	Auslastung der neuen - INA? - OPs - ICU - Labor - ... Interface with ambulance service Cooperation with stations, emergency medical units, FAP, FGPs, FMCs? Do they call for doctor's consultation to improve emergency care and efficiency as foreseen in the Service Organisation Concept? Staff availability? Brain drain to Russia and other countries? How many of the trained people are still in charge? Fluctuation in the health sector in general? Bereits 2019 im KSMI-Report wurde davon berichtet, dass sein Teil des geschulten Personals nach Russland gegangen ist. Recommendations from KSMI final training report - implemented?: - Training in the work place: The head of each health organisation should conduct internal trainings in the work place for the staff using the training materials of emergency medical care. - Development of indicators with MoH KR for internal monitoring and evaluation of the quality of emergency medical care. Wie sind folgende Aspekte in der Notaufnahme zu bewerten: - Triage - Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals (spezifisches Fachpersonal für einzelne Bereiche? Nähe und Verzahnung mit	Gespräche und Besichtigungen vor Ort beim Krankenhaus und der Ausbildungseinrichtung
--	---	---

	Spezialbereichen Chirurgie, Innere, Neurologie, Pädiatrie, Anästhesie, Radiologie u.a.? – welche Fachabteilungen hat das KH?) - Kapazitäten zur Versorgung von Notfallpatienten und Intensivpatienten - Medizinische Ausstattung - Strukturen und Prozesse Welcher Anteil der Notfallpatienten kommt mit dem Rettungsdienst, Selbst-einweisung oder auf Überweisung? Hat sich das über die Zeit mit der neuen Notaufnahme geändert? Wie werden die Ersteinschätzungen durch Rettungsdienst oder andere Ärzte eingeschätzt, d.h. kommen nur die relevanten Fälle? What is basic equipment for ambulances including medical supplies and drugs? Does this allow for good preclinical care?	
8.3 Inwieweit ist der gleiche Zugang zu erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten (z.B. diskriminierungsfrei, physisch erreichbar, finanziell erschwinglich, qualitativ, sozial und kulturell annehmbar) gewährleistet?	Für welche Teile der Bevölkerung ist die Notfallversorgung bis zu welcher Ebene zugänglich? Wie funktioniert das Referenzsystem und die erste Notfallversorgung in der Fläche? Wie sind die Transportkapazitäten zu beurteilen? Welche Herausforderungen bestehen (Ausstattung, Personal, Finanzierung von Betriebskosten etc)?	Sektorstrategien, Berichte, Gespräche vor Ort auf verschiedenen Ebenen
8.4 Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele beigetragen?	Wie kann der Beitrag der zentralen Notaufnahme zur adäquaten Patientenversorgung beurteilt werden im Vergleich zur Situation vor Projekt, wo Aufnahmen dezentral über die Fachabteilungen erfolgten?	Consultants

8.5 Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?	Keine Konkretisierung erforderlich	
8.6 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?	Keine Konkretisierung erforderlich	
8.7 Gab es Maßnahmen, die Genderwirkungspotenziale gezielt adressiert haben (z.B. durch Beteiligung von Frauen in Projektgremien, Wasserkomitees, Einsatz von Sozialarbeiterinnen für Frauen, etc.)? (FZ E spezifische Frage)	Keine Konkretisierung erforderlich	
8.8 Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme? (Lern-/Hilfsfrage)	Wo sind aktuell die Kernprobleme in der adäquaten Notfallversorgung? Wie verhält sich die Qualität der präklinischen Versorgung mit der klinischen Versorgung? Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den unteren Versorgungsebenen und die Überweisungen?	Gespräche MoH, Consultants, Krankenhaus, Rettungsdienste
8.9 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)	Keine Konkretisierung erforderlich – s.o.	
Bewertungsdimension 9: Qualität der Implementierung		

4	O	Die zeitlich nicht gut abgestimmte Umsetzung von Training und
---	---	---

				Investitions- maßnahmen ist der Implemen- tierungsqualität zuzurechnen.
9.1 Wie ist die Qualität der Steuerung und Implementierung der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung zu bewerten?	Wie erfolgte die Koordination bzgl. der medizinischen Ausstattung über den SWAp? Wurde alle notwendige medizinische Ausstattung auch beschafft? Laut Final report "few pending items were not pro-cured" – waren diese essentiell? Wurden Mängel in der Defects Liability Period behoben und wie grundlegend waren diese?			
9.2 Wie ist die Qualität der Steuerung, Implementierung und Beteiligung an der Maßnahme durch die Partner/Träger zu bewerten?	Wie ist die Steuerung des MoH mit Blick auf die Bedürfnisse und Herausforderungen in Jalal Abad zu bewerten? Wie erfolgte die Steuerung und Implementierung in Zusammenarbeit mit dem Consultant?			
9.3 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 gemonitored oder anderweitig berücksichtigt)? Wurden entsprechende Maßnahmen (z.B. im Rahmen einer BM) zeitgemäß umgesetzt? (FZ E spezifische Frage)	Keine Konkretisierung erforderlich			
Bewertungsdimension 10: Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)	Hinweis: falls keine nicht-intendierten Wirkungen vorliegen: → Keine Gewichtung → Keine Bewertung			
10.1 Sind nicht-intendierte positive/negative direkte Wirkungen (sozial, ökonomisch, ökologisch sowie ggf. bei	Welche Auswirkungen hat die Notaufnahme auf andere Bereiche des Krankenhauses?			

vulnerablen Gruppen als Betroffene) feststellbar (oder absehbar)?	Wurde der Zugang für Teile der Bevölkerung ggf. erschwert? Gab es direkte Auswirkungen auf den Rettungsdienst? Wie wurde die Notaufnahme im Rahmen der COVID-Pandemie genutzt?	
10.2 Welche Potentiale/Risiken ergeben sich aus den positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen und wie sind diese zu bewerten?	Keine Konkretisierung erforderlich	
10.3 Wie hat die Maßnahme auf Potentiale/Risiken der positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen reagiert?	Welche Änderungen wurden in Folge der Inbetriebnahme der Notaufnahme im Krankenhaus erforderlich und wie wurden diese gehandhabt?	

Effizienz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 11: Produktionseffizienz			3	0	
11.1 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)	Wie sind die Investitionskosten zu beurteilen? Wurden die Mittel der Begleitmaßnahmen effizient eingesetzt? Welche Maßnahmen wurden konkret beim Training finanziert?				
11.2 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	S.O.				

Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)? Z.B. Vergleich spezifischer Kosten.				
11.3 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.)?	Keine Konkretisierung erforderlich			
11.4 Wurden die Outputs rechtzeitig und im vorgesehenen Zeitraum erstellt?	Lagen die Gründe für die Verzögerungen zu Beginn des Vorhabens infolge des Neudesigns der Notaufnahme in geänderten Bedingungen im Vergleich zur Prüfung/Feasibility Study oder in anderen Erwartungen der Partner?	AK, Consultingberichte		
11.5 Waren die Koordinations- und Managementkosten angemessen? (z.B. Kostenanteil des Implementierungsconsultants)? (FZ E spezifische Frage)	War der Anteil der Consultingkosten angemessen? Welchen Beitrag haben die Partner geleistet?			
Bewertungsdimension 12: Allokationseffizienz			3	0
12.1 Auf welchen anderen Wegen und zu welchen Kosten hätten die erzielten Wirkungen (Outcome/Impact) erreicht werden können? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Wahl des Fokusses auf Süd-Kirgistan aufgrund regionaler Disparitäten (war Versorgung hier am schlechtesten?) und damaliger Situation im Süden mit steigender Anzahl medizinischer Notfälle aus heutiger Sicht noch passend? Wäre es ggf. sinnvoller gewesen sich komplett auf die präklinische Versorgung zu fokussieren für eine bessere Versorgung in der Fläche (vor der Annahme, dass die Bevölkerung außerhalb der Stadt nur beschränkten Zugang zum Krankenhaus hat)?			

12.2 Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – die erreichten Wirkungen kostenscho- nender erzielt werden können?	War die Ausgestaltung und der Umfang der Notaufnahme angemessen oder hätte mit geringeren Investitionen genau so viel/mehr erreicht werden können?	
12.3 Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – mit den vorhandenen Ressourcen die posi- tiven Wirkungen erhöht werden kön- nen?	Keine Konkretisierung erforderlich	

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegen- des Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 13: Über- geordnete (intendierte) entwick- lungspolitische Veränderungen			3	0	
13.1 Sind übergeordnete entwicklungs- politische Veränderungen, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststell- bar? (bzw. wenn absehbar, dann mög- lichst zeitlich spezifizieren)	Wie haben sich die Gesundheitskenndaten seit Prüfung entwickelt – nach Möglichkeit Daten für Jalal Abad (Stadt und Region se- parat)? Diente das Vorhaben tatsächlich als Leucht- turm und wurden entsprechend integrierte Notaufnahmen an anderen Krankenhäusern eingeführt?	Daten MoH und KH Jalal Abad			
13.2 Sind übergeordnete entwicklungs- politische Veränderungen (sozial, öko- nomisch, ökologisch und deren Wech- selwirkungen) auf Ebene der intendierten Begünstigten feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Gibt es Daten zu Gesundheitsfolgekosten?	Daten MoH und KH			

13.3 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)	Zugang und Versorgung benachteiligter Gruppen?				
Bewertungsdimension 14: Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen			3	0	
14.1 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?	Wurde die Zufriedenheit von Patienten und/oder Personal systematisch erhoben? Von hoher Zufriedenheit wird z.B. im AK gesprochen. Basierend auf welcher Untersuchung?	Gespräche vor Ort			
14.2 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)	Gab es wirklich eine bessere Notfallversorgung, die sich in geringeren Gesundheitsfolgen niederschlägt? Ist dies plausibel anzunehmen?	Daten zu den Indikatoren (leider nicht verfügbar)			
14.3 Hat die Maßnahme zur Erreichung ihrer (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?	Keine Konkretisierung erforderlich				
14.4 Hat die Maßnahme zu übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen bzw. Veränderungen von Lebenslagen auf der Ebene besonders	Keine Konkretisierung erforderlich				

benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, beigetragen?				
14.5 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>)	Keine Konkretisierung erforderlich			
14.6 Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Wo lag die Hauptlast von Notfällen und welche Rahmenbedingungen haben sich ggf. grundlegend geändert und somit das Aufkommen von Notfällen verändert (z.B. bessere Verkehrssicherheit für weniger Verkehrsunfälle, allgemein bessere Gesundheitsversorgung und -abdeckung)?	Daten MoH und KH		
14.7 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)	Wurden Ansätze des Vorhabens an anderen Standorten übernommen? Hat das MoH die Konzepte aufgenommen und an anderen Stellen eingesetzt?	MoH		
14.8 Wie wäre die Entwicklung ohne die Maßnahme verlaufen? (entwicklungspolitische Additionalität)	Keine Konkretisierung erforderlich			
Bewertungsdimension 15: Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen	Hinweis: falls keine nicht-intendierten Wirkungen vorliegen: → Keine Gewichtung → Keine Bewertung		3	0

15.1 Inwieweit sind übergeordnete nicht-intendierte entwicklungspolitische Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität) feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)?	Welchen Beitrag konnte die Notaufnahme zur Versorgung in der COVID-Pandemie leisten? Welchen Beitrag haben die Investitionen zur medizinischen Versorgung in anderen Abteilungen des KH? Z.B. über ICU-Betten, OPs, Labor etc?	Gespräche vor Ort
15.2 Hat die Maßnahme feststellbar bzw. absehbar zu nicht-intendierten (positiven und/oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen beigetragen?	Keine Konkretisierung erforderlich	
15.3 Hat die Maßnahme feststellbar (bzw. absehbar) zu nicht-intendierten (positiven oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Gruppen (innerhalb oder außerhalb der Zielgruppe) beigetragen (Do no harm, z.B. keine Verstärkung von Ungleichheit (Gender/ Ethnie, etc.)?)	Keine Konkretisierung erforderlich	

Nachhaltigkeit

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / 0 / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 16: Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			4	0	
16.1 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?	Inventar, Wartungskonzept und 2-jährige präventive und korrektive Wartung im Anschluss an Garantiezeit und Training von Wartungstechniker – bei AK nicht gegeben, Situation aktuell?? Finanzielle Situation und Perspektive für die Notaufnahme und das Krankenhaus? Personelle Situation – Fluktuation und Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal? Situation und Perspektiven in der präklinischen Versorgung und der Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsebenen? Finanzierung über die MIHF?	Gespräche vor Ort im KH Jalal Abad			
16.2 Inwieweit weisen Zielgruppe, Träger und Partner eine Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber zukünftigen Risiken auf, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten?	Keine Konkretisierung erforderlich				
Bewertungsdimension 17: Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten:			3	+	Durch die Ausarbeitung von Konzepten als Modelle auf nationaler Ebene und die Erfahrungen in Jalal Abad wird auf nationaler Ebene ein

				anhaltender Beitrag gesehen
17.1 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?	Welche Aspekte des Trainings wurden in kontinuierliches Training übernommen? Erfolgt kontinuierliches Training? Ist das Personal der ED in der Lage diese nachhaltig zu betreiben, inkl. Wartungspersonal und Finanzierung?			
17.2 Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Zielgruppe, Träger und Partner, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	Keine Konkretisierung erforderlich			
17.3 Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) besonders benachteiligter Gruppen, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	Keine Konkretisierung erforderlich			
Bewertungsdimension 18: Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit		3	0	
18.1 Wie stabil ist der Kontext der Maßnahme) (z.B. soziale Gerechtigkeit, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, politische Stabilität, ökologisches Gleichgewicht) (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Allgemeine finanzielle Lage des Krankenhauses, der INA sowie des Gesundheitssektors allgemein? Unabhängigkeit der INA innerhalb des KH? Wie erfolgt die Vergütung/Kostenverrechnung? Mittelbereitstellung des MoH für Wartung und Instandhaltung sowie Betrieb? Bereitstellung von Mitteln aus „Wartungsfonds“?			

	Wartungsstrukturen am Krankenhaus – Werkstatt, Ausstattung, Techniker/Ingenieur?	
18.2 Inwieweit wird die Dauerhaftigkeit der positiven Wirkungen der Maßnahme durch den Kontext beeinflusst? (Lern-/Hilfsfrage)	Inwieweit beeinflusst die Zusammenarbeit mit niedrigeren und höheren Versorgungsebenen und dem Rettungsdienst die Notaufnahme?	Gespräche vor Ort mit Personal im KH GITEC
18.3 Inwieweit sind die positiven und ggf. negativen Wirkungen der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen?	Wird das Maintenance Concept des Consultants mit SANA genutzt für präventive und korrektive Maintenance? Wird die maintenance software "Samedis.Care" genutzt? Sind die darin geschulten operational technical maintenance staff noch im Dienst? Welchen Beitrag leistet das FZ-Vorhaben zur Nachhaltigkeit „component B“?	
18.4 Inwieweit sind die Gender-Ergebnisse der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen (Ownership, Kapazitäten, etc.?) (FZ E-spezifische Frage)	Keine Konkretisierung erforderlich	