

Ex-post-Evaluierung – Kirgisistan

>>>

Sektor: Bekämpfung von Infektionskrankheiten (CRS-Code 12250)
Vorhaben: Programm zur Bekämpfung der Tuberkulose (TB) III und IV in Kirgisistan (BMZ- Nr. 2005 66 224* und 2006 66 339)
Träger des Vorhabens: Gesundheitsministerium von Kirgisistan



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2020

Alle Angaben in Mio. EUR	Gesamt (Plan)	Gesamt (Ist)	Phase III (Plan)	Phase III (Ist)	Phase IV (Plan)	Phase IV (Ist)
Investitionskosten (gesamt)	5,80	4,39	3,50	3,15	2,30	1,24
Eigenbeitrag	0,80	0,15	0,50	0,15	0,30	0,00
Finanzierung	5,00	4,24	3,00	3,00	2,00	1,24
davon BMZ-Mittel	5,00	4,24	3,00	3,00	2,00	1,24

*) Vorhaben in der Stichprobe 2019

Kurzbeschreibung: Im Rahmen der deutsch-kirgisischen finanziellen Zusammenarbeit (FZ) werden seit 1998 „Programme zur Bekämpfung der Tuberkulose“, bislang in den Phasen I bis V, durchgeführt bzw. geplant. Die hier evaluierten FZ-Vorhaben betreffen die Phasen III und IV (Laufzeit: 01.2009 – 07.2016). Zentrale Maßnahmen waren der Bau und die Ausstattung eines nationalen TB-Referenzlabors (NRL) in Bishkek. Die Qualitätssicherung erfolgt über eine Partnerschaftvereinbarung mit dem Supranationalen Referenzlabor in Deutschland. Weitere Maßnahmen umfassten Medikamentenlieferungen sowie die Durchführung von Schulungen für das medizinische Personal des NRL und anderer Labore im Land. Der Neubau einer TB-Einrichtung und die Ausstattung der Stationen für multiresistente Tuberkulose (MDR-TB) sollen nun durch die Anschlussphase TB-V (2008 66 772) abgedeckt werden.

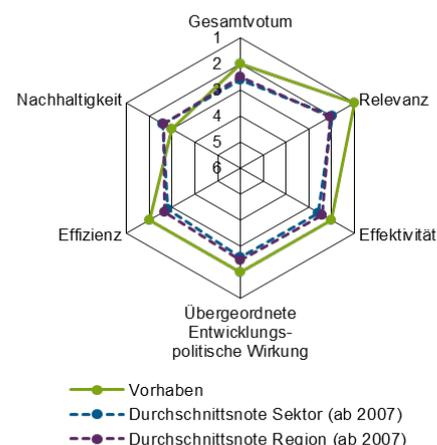
Zielsystem: Ziel der Vorhaben (Outcome) war eine Verbesserung der Diagnose und der Behandlung der unterschiedlichen Formen der Tuberkulose. Dadurch sollte ein Beitrag zur Erreichung eines verbesserten Gesundheitszustands der Bevölkerung (MDG 6 - heute SDG 3), insbesondere zur Unterbrechung der TB-Infektionskette, geleistet werden (Impact).

Zielgruppe: Die Zielgruppe umfasst die in der Programmregion lebende Bevölkerung von ca. 6 Mio. Menschen. Darüber hinaus ist wegen der regen Menschenbewegungen innerhalb der zentralasiatischen Region auch die Bevölkerung der gesamten Region (ca. 55 Mio. Menschen) betroffen. Da die Gefahr einer Erkrankung an Tuberkulose in hohem Maße von den jeweiligen sozialen Lebensverhältnissen abhängt, sollten Arme den größten Nutzen aus diesem Programm ziehen.

Gesamtvotum: Note 2 (Phase III-IV)

Begründung: Es wurde (i) mit der Planung, dem Bau und der Ausstattung des nationalen Referenzlabors in Bishkek mit Biosicherheitsstufe 3 und (ii) mit der Finanzierung und Beschaffung von TB-Medikamenten zur Vermeidung der Therapieunterbrechung ein wichtiger Beitrag zu einer verbesserten Diagnose, Fallfindungsrate und Behandlung der unterschiedlichen TB-Formen geleistet und die nationale Strategie der Regierung zur Bekämpfung der TB aktiv unterstützt.

Bemerkenswert: Momentan kann die kirgisische Regierung das staatliche TB-Programm nur bis zu 50 % aus dem Staatsbudget finanzieren und ist in den nächsten Jahren weiterhin auf externe Geldgeber angewiesen.



Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 2 (Phase III-IV)

Teilnoten:

Relevanz	1
Effektivität	2
Effizienz	2
Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	2
Nachhaltigkeit	3

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Das Vorhaben "Programm zur Bekämpfung der TB Phase III - IV" baut auf die Vorgängerphasen TB I und II auf (Finanzierung von TB-Medikamenten gemäß DOTS-Strategie, Geräten zur TB-Diagnostik und Laborausstattung). Da beide Phasen (III-IV) gemeinsam implementiert wurden, wird keine isolierte Betrachtung hinsichtlich der Benotung vorgenommen. Die Programme zur Bekämpfung der Tuberkulose I und II (1997 65 520 und 1999 65 849) wurden im Jahr 2008 bereits evaluiert und mit der Note "gut" bewertet.

Im Verlauf des Berichts wird teils ein Vergleich mit einem ähnlichen, parallel evaluierten Vorhaben in Kasachstan (BMZ-Nr.: 2000 65 821) gezogen. Sowohl das Vorhaben in Kasachstan als auch das vorliegende Vorhaben erhalten das Gesamtvotum "gut". Hinsichtlich der Interpretation sollte berücksichtigt werden, dass beiden Vorhaben unterschiedliche Rahmenbedingungen zugrunde lagen. Kasachstan hat sich in den letzten 20 Jahren wirtschaftlich sehr gut entwickelt, so dass u.a. auch das staatliche Budget für die TB-Bekämpfung über die Jahre kontinuierlich anstieg. Dies hat zu einer guten Grundgesundheitsversorgung und einer effizienten TB-Bekämpfung geführt. Die Erfolge in Kirgisistan wurden unter schwierigeren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und mannigfaltigeren Herausforderungen erreicht. Die TB-Bekämpfung in Kirgisistan bewegt sich im Spannungsfeld einer hohen Arbeitsmigration, einem defizitären Gesundheitssystem und einem geringen Lebensstandard auf dem Land. Kasachstan bewegt sich im Vergleich zu Kirgisistan aufgrund der positiven wirtschaftlichen Entwicklung der letzten zwei Jahrzehnte in Bezug auf diese Herausforderungen auf einem viel fortschrittlicheren Niveau. Die verdeutlicht auch ein Vergleich des Human-Development Index beider Länder: Kasachstan 2019 auf Rang 50 (Index 0,817) und Kirgisistan 2019 auf Rang 122 (Index 0,674).

Relevanz

Das Ende der Sowjetunion im Jahre 1991 und der damit einhergehende wirtschaftliche Einbruch des jungen unabhängigen Staates führten in den frühen neunziger Jahren zum Zusammenbruch des bis dato bestehenden Gesundheitssystems und somit zu einer massiven Verschlechterung der Gesundheitsversorgung in Kirgisistan. So kamen auch die während der Sowjetunion zentral und vertikal organisierten Programme zur TB-Bekämpfung zum Erliegen. In Folge stiegen die TB-Erkrankungen von Mitte der 1990er Jahre von rd. 60 Fällen pro 100.000 Einwohner auf 128 Fälle 2001 an. Zum Zeitpunkt der Programmprüfung (PP) im Jahr 2005 für die TB-Phase III lag die TB-Inzidenzrate nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei 125 pro 100.000 Einwohner und die TB-Mortalitätsrate bei 11 pro 100.000 Einwohner. Kritisch zum Zeitpunkt der PP war ebenfalls die zunehmende Resistenz gegen übliche TB-Medikamente aufgrund fehlerhafter und unzureichender Behandlung vieler Patienten mitunter durch die unkontrollierte arbeitsbedingte Migrationsbewegung in der Region und in Kirgisistan. Die kirgisische Regierung erkannte das Problem der steigenden TB-Zahlen frühzeitig und reagierte ab Mitte der 1990er Jahre im Rahmen weitreichender Gesundheits- und Finanzierungsreformen auch auf diese Herausforderung. Ab 1996 wurden verschiedene Sektorprogramme aufgesetzt, bei denen der TB-

Bekämpfung höchste Priorität beigemessen wurde.¹ Auf Basis der jeweils aktuellen WHO-Empfehlungen wurden seit 1996 in vier- bis fünfjährigen Abständen Tuberkuloseprogramme für eine effektive TB-Kontrolle entwickelt und umgesetzt. Auf dieser Basis wurde im Zeitraum von 1996 bis Ende der 2000er Jahre zum Beispiel die konsequente Durchführung der DOTS-Strategie² umgesetzt. Die im Rahmen der Sektor-Reformprogramme "Manas" von 1996 bis 2005 und "Manas Taalimi" von 2006 bis 2011 umgesetzte DOTS-Strategie trug zu einer erhöhten Meldung und Aufdeckung von TB-Fällen sowie zu einer verbesserten Berichterstattung über Daten bei. Des Weiteren trugen die DOTS-Programme zur Reduzierung der Behandlungskosten pro TB-Patient durch einfachere und effizientere Diagnosewerkzeuge (Sputumdiagnose anstelle regelmäßiger Röntgenuntersuchungen) und Behandlungsmöglichkeiten (Standardmedikamente) bei. Kürzere Krankenhausaufenthalte gemäß den DOTS-Standards führten zu einer Verringerung der Anzahl der Krankenhausbetten und des Personals.

Durch den Anstieg der multiresistenten (MDR) und extrem arzneimittelresistenten (XDR) Tuberkulosefälle mussten Anstrengungen zur Unterbrechung der Infektionskette und Konsolidierung der Ergebnisse unternommen werden. Eine effiziente MDR-TB-Behandlung erfordert eine aufwändige Labordiagnostik, durch die die MDR-Patienten identifiziert und individuell therapiert werden können. Zum Zeitpunkt der Prüfung verfügte Kirgisistan zwar theoretisch schon über ein zentrales Nationales Referenzlabor für Tuberkulose in Bishkek. Dieses rudimentäre Gebäude besaß allerdings nicht die entsprechenden Laborkapazitäten mit der Möglichkeit der "Drug-Susceptability-Testing"-Diagnostik (Testung auf Medikamentenempfindlichkeit/Resistenzen), der kulturellen Bestimmung der TB-Bakterien und ausreichende finanzielle Mittel für den Einsatz sogenannter "first and second line anti tuberculosis drugs". Zudem bot das Labor keinen Schutz für die Laborfachkräfte, was zu häufigen Ansteckungen an Untersuchungsmaterialien führte.

Mit dem im Rahmen der Projektphasen III-IV finanzierten nationalen Referenzlabor NRL sollten modernste Geräte für die TB-Tests und Diagnose zur Verfügung gestellt werden, mit denen sich Qualität und Umfang der TB-Tests (einschließlich MDR-TB und XDR-TB) durch molekularbiologische Tests (Hain Lifescience, GeneXpert MTB/Rif) auf Medikamentenempfindlichkeit verbessern. Aufgrund des zunehmenden MDR/ XDR-TB-Problems ist die Bedeutung dieser im Projekt geförderten Suszeptibilitätstests noch immer von großer Relevanz.

Insgesamt besteht ein klarer Zusammenhang zwischen den Projektzielen (Outcome-Ebene) und den übergeordneten entwicklungspolitischen Zielen (Impact-Ebene). Die Verbesserung bei der Diagnose und Behandlung der verschiedenen TB-Formen ist damals wie heute ein wesentlicher Aspekt zur Erfüllung des Millennium Development Goal Nr. 6: "Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten" bzw. heute dem Sustainable Development Goal Nr. 3 "Gesundheit und Wohlergehen" (insb. 3.3 zur Beendigung u.a. der TB-Epidemie). Die Wirkungslogik bleibt nachvollziehbar und plausibel, denn das durch das Projekt geförderte Nationale Referenzlabor trägt zu einer Verbesserung im Bereich der TB-Diagnose und Behandlung bei, insbesondere im Bereich von MDR-TB, wodurch die Erfüllung des übergeordneten entwicklungspolitischen Ziels unterstützt wird.

Des Weiteren bauten die Vorhaben auf den Vorgängervorhaben Phase TB-I-II auf, die sich vor allem auf die Lieferung von Medikamenten, Beschaffung von Laborausstattung und Consultingleistungen fokussiert haben und ergänzten diese sinnvoll (z.B. durch den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems im nationalen Referenzlabor).

Insgesamt hatten die Vorhaben das Potential die nationale Strategie der Regierung zur Bekämpfung der Tuberkulose zu unterstützen. Die Vorhaben sind zudem abgestimmt auf Projekte anderer Geber, wie z.B. die des Global Funds/ UNDP (GFATM) und USAID, die sich auch gegenseitig ergänzen. Es stand darüber hinaus in engem Zusammenhang mit dem Ziel der Bundesregierung für das EZ-Programm 'Gesundheitsvorhaben in Zentralasien', das auf einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung ausgerichtet war.

¹ Sektorprogramm "Manas" (1996-2005), "Manas Taalimi" (2006-2011), "Den Sooluk" (2012-2018) und das "Regierungsprogramm zur Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung und der Entwicklung des Gesundheitssystems" (2019-2030).

² DOTS-Strategie (Directly Observed Treatment, Short Course): eine von der WHO (World Health Organization) empfohlene Strategie zur Behandlung und Ausbreitungskontrolle der Tuberkulose

Seit 2017 läuft das 5. Tuberkuloseprogramm der kirgisischen Regierung (2017-2021) und die TB-Roadmap 2026 mit dem Ziel, den weiteren Anstieg von Fällen multiresistenter, extrem resistenter und andere Arten von TB-Erkrankungen sowie die TB-Sterblichkeit zu reduzieren.

Dies zeigt unverkennbar, dass das Thema Tuberkulose zu jedem Zeitpunkt eine hohe Priorität für die Regierung war und weiterhin bleibt. Die Vorhaben weisen Übereinstimmungen mit den kirgisischen Gesundheitsreformplänen auf, deren Schwerpunkt der Aufbau moderner Gesundheitseinrichtungen sowie die allgemeine Qualitätsverbesserung der gesundheitlichen Versorgung ist.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Relevanz der Vorhaben bei Prüfung hoch war und hoch bleibt. Laut WHO-Daten weisen 26 % aller neu gemeldeten Fälle und 61 % (2017) aller Wiederbehandlungsfälle MDR-TB auf.

Relevanz Teilnote: 1

Effektivität

Ziel des Projekts (Outcome) war die Verbesserung der Diagnose und Behandlung der verschiedenen TB-Formen. Zum Zeitpunkt der Evaluierung werden die folgenden Indikatoren zur Messung der Zielerreichung auf Outcome-Ebene herangezogen:

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
(1) Fallfindungsrate („DOTS detection rate“) für TB, definiert als Anteil neuer ausstrichpositiver Fälle an der Gesamtzahl der zu erwartenden Fälle, soll sich von 45 % (2004) auf 70 % verbessern	Status PP: 45 % Zielwert: 70 %	2018 ³ : 87 % (Schwankungsweite: 75-100 %)
(2) Die Heilungsrate („DOTS treatment success“), definiert als Anteil erfolgreicher Behandlungen durch empfohlene Kurzzeittherapie bei neuen ausstrichpositiven Fällen, soll mindestens 85 % betragen	Status PP: 84 % Zielwert: 85 %	2018: 82 %
(2 b) Verbesserung der Heilungsrate für MDR/RR-TB-Fälle (2 c) Verbesserung der Heilungsrate für XDR-TB-Fälle	Status PP:* - Zielwert: - b) Heilungsrate MDR/RR-TB-Fälle ("cases started on second-line treatment in 2006"): 48 % c) Heilungsrate XDR-TB-Fälle ("cases started on second-line treatment in 2009"): 11 %	b) Heilungsrate MDR/RR-TB-Fälle ("cases started on second line-treatment in 2016"): 53 % c) Heilungsrate XDR-TB-Fälle ("cases started on second line-treatment in 2016"): 15 %
(3) Rückgang der registrierten neuen und rückfälligen TB-Fälle ("Notification of total new and relapse")	Status PP: - Zielwert: - 2004: 6.329	2018: 6.338

³ Daten für 2018 dem WHO TB Country Profile 2018 entnommen.

(4) Anteil aller neuen ausstrichpositiven TB-Fälle, die einer DST ("Drug Susceptibility Testing") zugeführt werden	Status PP: - Zielwert: - 2013: 44 %	2018: 90 %
(5) Labor bestätigte MDR/RR-TB/ XDR-TB Fälle ("Laboratory confirmed cases of MDR/RR-TB/ XDR-TB")	Status PP: - Zielwert: - MDR/RR-TB: 2010: 528 XDR-TB: 2010: 32	2018: 1.685 2018: 137

*) für die Indikatoren 2b) bis 5. gibt es keine Start- und Zielwerte, da es sich um neue Indikatoren handelt, die im Rahmen der Evaluierung ergänzt wurden.

Die Stärkung des NRL hat zu einer verbesserten Diagnostik und somit zu einer verbesserten Fallfindung beigetragen. Auch wurden die Kapazitäten des NRLs ausgebaut, wodurch umfangreichere, qualitativ hochwertigere und quantitativ mehr TB-Tests durchgeführt werden konnten, was zu einer verbesserten und korrekteren Identifizierung von TB-Fällen und insbesondere von MDR-TB/ XDR-TB beigetragen hat (vgl. Effizienz). Darüber hinaus wurden 2006 auch noch Medikamente durch die Vorhaben finanziert, was zu dem Zeitpunkt aufgrund eines Engpasses an TB-Medikamenten (first-line) sinnvoll war.

Indikator 1: Die Fallfindungsrate ist kontinuierlich angestiegen und liegt 2018 mit 87 % über dem Zielwert. Allerdings ist der Wert mit erheblicher Unsicherheit verbunden. Abweichungen zwischen der geschätzten Anzahl neuer Fälle und der tatsächlich gemeldeten Zahlen beruhen auf einer Mischung aus Unterberichterstattung über erkannte Fälle und Unterdiagnose (Zugang zur Gesundheitsversorgung fehlt oder TB wird nicht diagnostiziert).⁴ Der Indikator der Fallfindung wurde mittlerweile von der WHO durch den neuen Indikator „new cases notification“ abgelöst. Aufgrund der eingeschränkten Aussagefähigkeit der Fallfindungsrate, wird der Indikator zwar betrachtet, geht jedoch nur eingeschränkt in die Bewertung ein.

Indikator 2: Die Heilungsrate zeigt systemische Fortschritte in der Tuberkulosebehandlung, insbesondere der konsequenten Umsetzung der DOTS-Strategie, auf. Zu beachten ist, dass sie Bemühungen auf mehreren Ebenen des Gesundheitssystems widerspiegelt und daher nicht ausschließlich der FZ-Maßnahme zugeschrieben werden kann. Der Zielwert dieses Indikators wurde nur knapp nicht erreicht. Allerdings konnte die Heilungsrate bei den resistenten Formen der Tuberkulose leicht verbessert werden. Die Heilungsrate bei MDR/RR-TB (2b) verbesserte sich von insgesamt 48 % im Jahr 2006 auf rund 53 % und bei XDR-TB (2c) von 11 % im Jahr 2009 auf 15 % im Jahr 2016. Der Indikator hat sich seit der Projektplanung kontinuierlich verbessert, bleibt aber im regionalen Vergleich auf einem relativ niedrigen Niveau.

Es ist anzumerken, dass der Anteil an Patienten, der während der TB-Behandlung die Behandlung nicht fortsetzt, seit 2010 von 6,2 % auf 10,4 % im Jahr 2017 angestiegen ist - eine Herausforderung für die Heilungsrate und ein Risiko für den Anstieg von MDR-TB. Dieser Trend ist beunruhigend, aber andere Geber setzen hier bereits an; z.B. die durch USAID finanzierten Projekte (Defeat TB und Challenge TB) mit psychologischer Betreuung während des Behandlungszeitraums, Reduzierung der Behandlungszeiträume durch neue individuelle und kürzere Behandlungen und innovative Methoden, wie z.B. die videoüberwachte Medikamenteneinnahme.⁵ Für die Behandlung von MDR-TB liegt der Anteil abgebrochener Behandlungen sogar bei ungefähr 24 %, obwohl auch hier die vor allem durch USAID finanzierten Vorhaben explizit Patienten mit MDR und XDR im Vordergrund stehen. Trotz dieser Vorhaben sieht die Realität in der staatlichen Primären Gesundheitsversorgung (PHC) in den ländlichen Gebieten anders aus. Aufgrund von Kapazitätsengpässen, fehlenden Mitteln und mangelndem Fachwissen ist die generelle Überwachung und Unterstützung von TB-Patienten unzureichend bis mangelhaft und zeichnet sich durch falsche medikamentöse Behandlung und Unterbrechungen bei längeren Behandlungszeiträumen aus wirtschaftlichen Gründen (saisonale Arbeitsmigration nach Russland) aus. Ein Grund für die zahlreichen Therapieunterbrechungen in Kirgisistan im Vergleich zu Kasachstan ist, dass die Patienten in Kirgisistan vom Staat kei-

⁴ WHO (2018): Global Tuberculosis Report.

⁵ USAID Challenge TB und Defeat TB. USAID.GOV/KYRGYZ-REPUBLIC

ne finanzielle Unterstützung für eine erfolgreiche Behandlung erhalten. Die finanziellen Erfolgsprämien erhalten in Kirgisistan die Mitarbeiter der Labore und Krankenhäuser, während die Patienten vom Staat lediglich in manchen Fällen eine materielle Unterstützung erfahren. Des Weiteren werden in der TB-Behandlung in Kasachstan zum Beispiel bereits Elemente der Telemedizin genutzt.

Indikator 3: Die Anzahl der neu gemeldeten und der rückfälligen TB-Fälle ist von 2006 bis 2018 beinahe konstant geblieben.

Indikator 4: Laut dem Global TB Report 2018 der WHO werden 90 % aller ausstrichpositiven Fälle in Kirgisistan einer Medikamenten-Resistenzprüfung (DST) zugeführt. Im Vergleich liegt der Wert in Kasachstan und Usbekistan bei rd. 100 %, während dieser in Tadschikistan einen Wert von 89 % aufweist. Im NRL stieg die Anzahl von DST für first-line drugs von 824 im Jahr 2013 auf 3.757 im Jahr 2017.⁶ Eine frühzeitige DST-Testung ist ein wichtiger Indikator für die frühzeitige Erkennung von MDR/RR und XDR-TB. Diese Entwicklung zeigt, dass die Vorhaben durch die gestiegenen Kapazitäten und Förderung innovativer Technik zu einer verbesserten und schnelleren Diagnose von MDR/RR-TB / XDR-TB beigetragen haben, auf deren Basis dann auch individualisierte Behandlungsregimes erstellt werden können.

Indikator 5: Die Anzahl der durch ein Labor bestätigten MDR/RR-TB/ XDR-TB-Fälle lag 2010 bei 528 (MDR/RR-TB) und 32 (XDR-TB) und erhöhte sich im Zeitraum, auch durch die Einweihung des NRL (2013), auf 1.685 bzw. 137 Fälle im Jahr 2018. Diese Tendenz klingt zwar einerseits beunruhigend, zeigt aber andererseits auch, dass das Programm einen signifikanten Beitrag zur Verbesserung der Diagnose und Fallfindungsrate von MDR-TB/ XDR-TB-Fällen durch modernste Technik und Geräte leistet.

Auch wenn es nicht möglich ist, einen direkten Zusammenhang zu dem FZ-Vorhaben nachzuweisen, ist es wichtig zu berücksichtigen, dass die Vorhaben durch den Aufbau des NRLs dazu beigetragen haben, auch die Diagnose von MDR-TB und XDR-TB zu verbessern und den im Rahmen des Nationalen TB-Programms standardisierten Diagnosealgorithmus einzuführen. So verbesserte sich die Kapazität des Labors sowohl bei der Anzahl der durchgeführten TB-Tests, als auch beim Spektrum, verschiedene Arzneimittelresistenzen zu erkennen. Damit lässt sich ein Anstieg der Gesamtzahl der MDR-TB-Fälle erklären. Durch diese genauere Erfassung der TB-Fälle konnte die kirgisische Regierung der steigenden MDR-TB-Belastung entgegentreten und entwickelte eine adäquate TB-Strategie für das Land. So konnten in Zusammenarbeit mit dem Global Fund Medikamente zur Behandlung von MDR-TB und XDR-TB beschafft werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die im Rahmen der evaluierten Programme geleistete Unterstützung der kirgisischen Regierung bei der Planung, dem Bau und der Ausstattung des nationalen Referenzlabors in Bishkek mit Biosicherheitsstufe 3 und bei der Finanzierung und kurzfristigen Beschaffung von TB-Medikamenten zur Vermeidung der Therapieunterbrechung für first line drugs zu einer verbesserten Diagnose und zu einer korrekteren und effizienteren Behandlung der unterschiedlichen Formen von Tuberkulose beigetragen haben. Dies ist vor allem für die Eindämmung der MDR/RR-TB/ XDR-TB von hoher Bedeutung und ein wichtiger Beitrag, um gravierendere Folgen zu vermeiden.

Effektivität Teilnote: 2

Effizienz

Ursprünglich wurde dem Projekt ein Budget von 3,5 Mio. EUR für Phase III und 2,3 Mio. EUR für Phase IV zugewiesen, was allerdings nicht ausreichte, um alle geplanten Maßnahmen zu finanzieren. Dies geht zum einen auf die Fehleinschätzung zurück, dass ein Container-Bau schneller als ein konventioneller Bau errichtet werden kann und zum anderen auf die ursprünglich viel zu niedrig angesetzten Kosten für den Container-Bau von nur 0,6 Mio. EUR, was aber bereits ab 2009 offensichtlich wurde. Konkret ist der Anstieg die Folge einer dreijährigen Verzögerung bei der Einrichtung des NRLs (Probleme bei der Ausschreibung und der Lieferung von Bauteilen) und der Entscheidung, alle Bauteile und Geräte (zur Qualitätssicherung) zu importieren. Aufgrund dieses Kostenanstiegs wurden andere geplante Projektmaßnahmen aus den Phasen III und IV nicht realisiert, wie z.B. die Baumaßnahmen sowie die Ausstattung des städtischen TB-Krankenhauses, die Ergänzungsausstattung der TB-Dienste im Strafvollzugsbereich, die Ausstattung von drei MDR-TB-Stationen und die Beschaffung von medizinischer Ausstattung von TB-

⁶ NRL-Statistik 2017

Krankenhäusern auf Oblastebene. Daraus resultiert auch ein geringerer Eigenbeitrag des Partners (3,4 % statt 13 %), der aus dem Abriss alter Gebäude auf dem Gebiet des NRL und der Erstellung eines Grundwassergutachtens bestand. Aus Allokationseffizienzgründen ist die Reduzierung auf das NRL durchaus sinnvoll. Auch weil es geplant ist, diese Maßnahmen in die Folgephase (Phase V) des Programms zu integrieren.

Trotz des Kostenanstiegs werden die Ausgaben für das NRL aus Sicht der Produktionseffizienz weiterhin als angemessen betrachtet (siehe Abschlusskontrolle vom Juni 2017), vor allem wenn die spezifischen technischen Anforderungen eines solchen spezialisierten Labors berücksichtigt werden. Der durchschnittliche Quadratmeterpreis für das NRL bezogen auf die Baukosten⁷ (ohne Ausstattung) liegt bei 3.632 EUR, was im gehobenen Preissegment anzusiedeln ist, aber im Rahmen liegt. Auf die Medikamentenbeschaffungen entfielen nur 4 % der Gesamtkosten und 15 % auf die Consultingkosten, was als angemessen betrachtet werden kann.

Ein Besuch des NRLs zeigte, dass die von der FZ finanzierte Ausrüstung ordnungsgemäß verwendet wird. Die Diagnostik mit Bakterienkulturen wird neben subventionierten molekularbiologischen Tests (Xpert MTB/Rif und Hain Lifescience Diagnosetests) für alle neu diagnostizierten Fälle routinemäßig durchgeführt. Aufgrund des bestehenden MDR-TB und XDR-TB Problems in Kirgisistan gilt diese Methodik weiterhin als nützlich und effizient, da vor allem die Diagnose über Bakterienkulturen ein breiteres Spektrum an Arzneimittelresistenzen nachweisen kann. Die Gesamtzahl der pro Jahr durchgeführten unterschiedlichen Arten von TB-Tests ist von 6.000 Tests (2012, vor der Eröffnung des neuen NRLs) auf mehr als 40.000 Tests angestiegen. Insgesamt hat das NRL die technischen Kapazitäten, bis zu 200 Tests pro Tag und bis zu 1.400 Tests pro Woche durchzuführen. Die Anzahl der Proben, die an das NRL geliefert wurden, stieg von 17.000 (2014) auf 22.460 (2018). Durch die neue und innovative Laborausstattung können somit mehr TB-Fälle und insbesondere MDR-TB/ XDR-TB-Fälle identifiziert und entsprechende Behandlungen durchgeführt werden. Des Weiteren konnten die TB-Analysemethoden von vier auf neun erhöht werden und somit auch der durchschnittliche Diagnose- und Testzeitraum von 6 Wochen auf 10-12 Tage gesenkt werden. Die Kapazitätssteigerung wird bisher nicht voll ausgelastet; mehr Personal sowie eine bessere und effizientere Zusammenarbeit mit den dezentralen Gesundheitseinrichtungen könnte die Auslastung steigern.

Auch auf der administrativen und operativen Ebene ist das NRL effizient organisiert. Die Lagerung von Medikamenten und medizinischen Geräten sowie die Einhaltung von Sicherheitsvorschriften werden kompetent gehandhabt. Zudem haben sich die Arbeitsbedingungen in dem NRL deutlich verbessert im Vergleich zum davor bestehenden rudimentären Labor - laut Auskunft des Labors gab es in den letzten Jahren keine Infektionen mehr beim Laborpersonal.

Trotz der genannten positiven Aspekte hätte aus Sicht der Allokationseffizienz ggf. mit einem breiteren Ansatz, z.B. der zusätzlichen Unterstützung und Ausstattung des TB-Netzwerkes im Land, eine noch höhere Effizienz erreicht werden können. Dies zeigte sich in Kasachstan mit der gleichzeitigen Unterstützung sowohl des dezentralen TB-Netzwerkes als auch des NRL, was dort aufgrund der Größe des Landes auch durchaus noch essentieller war.

Effizienz Teilnote: 2

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel (Impact) war es, einen Beitrag zu einem verbesserten Gesundheitszustand der Bevölkerung (MDG 6 - heute SDG 3), insbesondere zur Unterbrechung der TB-Infektionskette, zu leisten.

Zur Bewertung der entwicklungspolitischen Wirkungen werden bei der Evaluierung folgende Indikatoren herangezogen:

⁷ Exklusive ca. 13% Transportkosten

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
(1a) Rückgang der TB-Inzidenzrate von 210 (2005) auf 91 (2010, Fälle pro 100.000 Einwohner)	WHO Daten: Status PP: 210 2010: 145 NCP ⁸ Daten: Status PP: 125,3 2010: 101,1	WHO Daten: 2018: 116 (Schwankungsbreite: 99-134) NCP Daten: 2017: 90,6
(1b) Rückgang der MDR/RR-TB Inzidenzrate (Fälle pro 100.000 Einwohner)	2016: 84	2018: 47 (Schwankungsbreite: 39- 57)
(2) Rückgang der TB-Mortalitätsrate von 11 (2005) auf 9 (2010, Fälle pro 100.000 Einwohner)	WHO Daten: Status PP: 11 2010: 12 NCP Daten: Status PP: 17 2010: 9,2	WHO Daten: 2018: 6,2 (Schwankungsbreite:5,8- 6,7) NCP Daten: 2017: 5,2

Die Indikatoren zeigen eine Verbesserung bei der TB-Inzidenzrate und der TB-Mortalitätsrate, sowohl laut den WHO-Schätzungen als auch den nationalen NCP-Daten. Während 2005 die TB-Inzidenzrate noch 210/100.000 Einwohner (WHO) betrug, sank die Zahl kontinuierlich auf 116/100.000 Einwohner im Jahr 2018. Es ist jedoch nicht möglich, einen direkten Einfluss des NRLs auf die Verringerung der TB-Inzidenzrate im Land nachzuweisen. Auch die Sterblichkeitsrate sinkt stetig von 17 Fällen pro 100.000 Einwohner im Jahr 2005 auf 6,2/ 100.000 im Jahr 2018. Der Rückgang von MDR/RR-TB-Inzidenzrate liegt im Zeitraum von 2016 bis 2018 bei 84 auf 47 Fälle.

Das neue NRL mit Biosicherheitsstufe 3 hat auch einen wichtigen Beitrag zu einer besseren Entsorgung kontaminierter Materialien und zu einem besseren Lüftungssystem im Labor geleistet. Nach der Behandlung ist der Abfall nicht mehr infektiös und kann über den normalen Müll entsorgt werden. Des Weiteren wird die Luft mit dem neuen Lüftungssystem dekontaminiert.

Zusammenfassend muss man feststellen, dass das gesamte TB-Diagnostik-System im Land auch aufgrund des Versagens des ursprünglichen nationalen NRLs nicht funktionierte. Das ursprüngliche Labor konnte weder die erforderliche TB-Diagnostik leisten noch bot es einen ausreichenden Schutz für die Laborfachkräfte. In der ursprünglichen Einrichtung sind zahlreiche Mitarbeiter durch Ansteckung von den Untersuchungsmaterialien an TB erkrankt. Erst mit Hilfe des neuen NRL wurde das TB-System erst richtig in Gang gebracht.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2

Nachhaltigkeit

Allgemein kann festgehalten werden, dass ein starker politischer Wille in Kirgisistan für die Bekämpfung der Tuberkulose besteht, der sich in Plänen und Programmen zur Optimierung der TB-Bekämpfung widerspiegelt. Ein erhebliches Risiko bilden allerdings das bei Weitem nicht ausreichende Staatsbudget und die Personalengpässe gepaart mit einer starken Geberabhängigkeit.

Mit der TB-Roadmap will Kirgisistan vor allem das Netzwerk der TB-Einrichtungen im Land restrukturieren, um eine frühere TB-Erkennung und qualitativ bessere Diagnosen zu garantieren. Dies soll durch eine

⁸ National Center of Phthisiology: zentrale Steuerungs- und Koordinierungseinheit für TB in Kirgisistan

bessere Integration der TB-Dienstleistungen auf Ebene der Primären Gesundheitsversorgung umgesetzt werden, die weitere Reduzierung der TB-Betten in Krankenhäusern zugunsten mehr ambulanter Versorgung und durch die Optimierung der Arbeit der TB-Einrichtungen.

Allerdings bleibt die größte Herausforderung in Kirgisistan die Kapazität des Gesundheitsministeriums (MoH) in Bezug auf Personal und Budget für den Kampf gegen TB. Das Ministerium ist mit rund 75 Mitarbeitern, hoher Fluktuation und meist rund 25 Vakanz für ein effektives Management des Sektors und die zusätzliche Koordinierung der Geber chronisch unterbesetzt. Das Nationale Tuberkulosezentrum NCP ist momentan personell noch relativ gut aufgestellt. Allerdings zeigt die bestehende Altersstruktur, dass in näherer Zukunft viele Mitarbeiter in Rente gehen werden und es ist offen, ob die Stellen in gleicher Form nachbesetzt werden können. Hinzu kommt, dass die Finanzierung des NCP (vor allem Gehälter und Materialien) auch in Zukunft von externen Gebern abhängen wird. Obwohl das staatliche Budget für Tuberkulose nach Aussage des NCP in den letzten Jahren leicht gestiegen ist (rd. 10,5 Mio. Euro im Jahr 2019 gegenüber 9 Mio. Euro im Jahr 2014), ist dies offensichtlich zu gering und nicht ausreichend, um TB im Land signifikant einzudämmen. Zwar liegen die staatlichen Ausgaben für den Gesundheitssektor in Kirgisistan bei rd. 6 % (2014)⁹ und damit im regionalen Vergleich höher (Usbekistan, 5,5 %, Kasachstan 4 %, Tadschikistan 6 %), aber die absoluten Summen die für TB pro Kopf der Bevölkerung in Kirgisistan (rd. 40-45 EUR) zur Verfügung stehen, sind deutlich geringer als z. B. in Kasachstan (260 EUR). Darüber hinaus könnte das MoH schon ab 2020 aufgrund allgemeiner nationaler Haushaltsengpässe mit Budgetkürzungen konfrontiert werden. Kirgisistan ist somit derzeit stark von der Finanzierung durch externe Geber abhängig (2019 wurden 40 % der Ausgaben für die TB-Bekämpfung von Gebern finanziert). Der Global Fund (GFATM), USAID und Deutschland finanzieren einen Großteil der bestehenden TB-Programme. Der momentane Finanzierungszyklus des GFATM läuft noch bis Ende 2020. Danach soll es nur noch einen weiteren Finanzierungszyklus mit einem verringerten Volumen geben. USAID wird im Rahmen des neuen Vorhabens "End MDR-TB in Kirgisistan" weitere 18 Mio. USD im Zeitraum von 2019 bis 2024 zur Verfügung stellen.

Ein weiterer wichtiger externer Faktor, der signifikant zu einer Verbreitung von TB beiträgt, ist die anhaltende Migration von und nach Kirgisistan. Vor allem die männliche Landbevölkerung arbeitet oft als Saisonkraft in Russland. Tuberkulose wird ins Ausland gebracht oder dort erfolgt die Infektion und es kommt nach Rückkehr zur Übertragung auf die Familie und Freunde. Zudem riskiert die Migrationsbewegung die Behandlungserfolge durch vorzeitigen Abbruch der Behandlung, da die TB-Behandlung momentan noch eher langfristig ist. Die Migration bleibt eine Herausforderung für die nachhaltige TB-Bekämpfung.

Bezüglich des NRLs ist mit Blick auf die Nachhaltigkeit zu berücksichtigen, dass es nicht nur mit Geberfinanzierung aufgebaut wurde, sondern auch im Betrieb bisher von der Partnerschaft mit dem supranationalen Referenzlabor profitiert und Betriebsmittel für die Wartung erhält. Mitarbeiterqualifizierung und -bindung sowie Qualitätssicherung sind von Geberfinanzierung abhängig und daher langfristig gefährdet.

Eine externe Qualitätskontrolle, Zertifizierung und Schulungen wurden im Rahmen einer Partnerschaft mit dem supranationalen Referenzlabor in Deutschland (IML Red Gating) in das Programm aufgenommen, die jährlich durchgeführt und nach internationalen Biosicherheitsstandards zertifiziert wurden. Die Kosten wurden hierfür bis Ende 2018 durch das FZ-Vorhaben¹⁰ und für das Jahr 2019 durch den GFATM finanziert. Die positiven Auswirkungen der Partnerschaft waren beim Besuch des NRL eindeutig sichtbar: Die Ausrüstung und die Lagerräume waren in einem guten Zustand, die Mitarbeiter sind fachlich versiert, engagiert und sich ihrer Verantwortung bewusst. Im Rahmen der Personalentwicklung zwischen dem supranationalen Labor und dem NRL wurden Ausbildungspläne und -schulungen für Labormitarbeiter, Qualitätssicherungsmaßnahmen der Labordienstleistungen (internal quality control, external quality assessment und quality improvement), Qualitätsmanagementsysteme und Wartungs- und Budgetpläne entwickelt. Die Zertifizierung des NRL (ab 2020) soll nicht mehr durch das supranationale Referenzlabor erfolgen, sondern durch lokale Kapazitäten abgedeckt werden, die aus GFATM-Mittel finanziert werden. In den letzten Jahren wurden dafür zwei Mitarbeiter des NRL u.a. auch durch IML Red Gating ausgebildet, von denen ein Mitarbeiter diese Tätigkeit ab 2020 als externer Experte unabhängig vom Labor durchführen soll.

⁹ World Bank: Kyrgyz Republic Public Expenditure Review Policy Notes Health, May 2014

¹⁰ Abschlussbericht "Technical Support of National Reference Laboratory of Tuberculosis in Kirgisistan 2016-2018" von IML Gating, Juli 2019.

Das Labor verfügt über eine ausreichende Anzahl an Mitarbeitern, die dank der o.g. Partnerschaft gut ausgebildet sind. Die Arbeitsteilung sorgt für ein angemessenes Funktionieren des Labors. Allerdings war aufgrund der niedrigen Grundgehälter im NRL die Fluktuation bei den Mitarbeitern in den letzten Jahren hoch und bleibt ein großes Risiko. Derzeit werden die Gehälter von externen Gebern aufgestockt, was zum einen zu einer geringeren Fluktuation geführt hat, aber zum anderen mit Blick auf die Nachhaltigkeit besorgniserregend ist. Vor kurzem hat das NCP das Gesundheitsministerium offiziell aufgefordert, die Gehälter für das Personal zu erhöhen, seitens des Ministeriums gab es bisher dazu keine Reaktion. Der derzeitige fachliche Kapazitätsausbau des NRLs wird in erster Linie durch externe Experten durchgeführt, die hauptsächlich von externen Gebern finanziert (USAID, GFATM) werden. Eine nachhaltige Strategie und Planung für die kontinuierliche Weiterbildung des Personals des NRLs, die aus nationalen Haushaltsmitteln finanziert wird, gibt es bisher nicht.

Die Geräte werden auf Basis eines existierenden Wartungsplans regelmäßig durch einen externen Spezialisten gewartet und befinden sich in einem sehr guten Zustand. Die Qualität der durchgeführten Wartungsarbeiten ist gut, so dass bis zum heutigen Tag noch alle Geräte in Betrieb sind. Die Kosten für die Wartung werden voraussichtlich bis 2021 durch den GFATM finanziert (rd. 750.000 EUR ohne Gehälter). Auch in diesem Fall ist bisher kein Mechanismus für eine nachhaltige Finanzierung aus dem nationalen Budget oder dem NRL-Budget entwickelt worden.

Die so wichtige stabile Elektrizitätsversorgung ist durch einen leistungsstarken Generator (88kVA) gewährleistet und führt zu keinen Einschränkungen im Betrieb des NRL.

Die meisten Verbrauchsmaterialien im NRL inklusive first-line Medikamente werden seit 2016 durch das nationale Budget finanziert. Das ist eine positive Entwicklung, da die first-line TB-Medikamente 2006 noch durch das Vorhaben finanziert werden mussten, da es zu dieser Zeit einen Engpass an TB-Medikamenten (first-line) gab. Die Finanzierung der Medikamente zu diesem Zeitpunkt war auf jeden Fall sehr sinnvoll. Lediglich die teuren second-line Medikamente werden noch zum Großteil vom GFATM finanziert. Seit 2018 werden aber auch diese schrittweise durch den nationalen Haushalt finanziert (ab 2018: 10 % nationales Budget, dann jährlich um 5 % steigend).

Das von USAID finanzierte Laborinformationssystem (LIS) ist auf der Ebene des NRLs vorhanden und funktioniert hier gut. Der Grad der Vernetzung zwischen dem landesweiten TB-Labornetzwerk ist jedoch gering (nur 24 von 95 Laboren sind angeschlossen). Das NCP plant, das System in Zusammenarbeit mit USAID bis Ende 2020 auf alle TB-Labore auszudehnen. Um das System aber flächendeckend betreiben zu können, sind in Zukunft erhebliche Mittel erforderlich, deren Herkunft derzeit unklar ist. Auch der landesweite Transport von TB-Proben muss optimiert und finanziert werden. Derzeit wird in zwei Regionen mit Unterstützung des GFATM ein neues nachhaltiges Transportsystem erprobt, aber auch hier ist die zukünftige Finanzierung noch unklar. Zwar hat das neue Transportsystem zu einem erhöhten Probentransport vor allem aus den südlichen Provinzen und somit zu einer erhöhten Arbeitsauslastung des NRL geführt, aber gleichzeitig entspricht die Qualität der Proben zum großen Teil nicht den notwendigen Anforderungen. Der Ausbau der Vernetzung würde Effektivität und Effizienz des NRL und damit die TB-Bekämpfung erheblich verbessern.

Das NRL ist außerdem dabei, die ISO-Akkreditierung für den Status eines Supranationalen Referenzlabors (SNRL) für die Region zu erhalten. Dieser neue Status wird mit vielen Herausforderungen und Anforderungen an die Qualität der Arbeit und Finanzierung verbunden sein. Die Akkreditierung als solche ist teuer (70.000 Euro) und die Finanzierung ist weiterhin unklar. Die Risiken einer zukünftigen Finanzierung des SNRL-Status und einhergehende höhere internationale Anforderungen an das Labor bleiben vorläufig bestehen. Dieser nächste Schritt ist in Anbetracht der bestehenden Herausforderungen kritisch zu bewerten.

Mit dem Vorhaben wurden gute und wichtige Strukturen zur Bekämpfung der TB in Kirgisistan geschaffen, die zu einer besseren Diagnose, Fallfindungsrate und Behandlung beitragen. Allerdings kann die kirgisische Regierung das staatliche TB-Programm im Moment nur bis zu 50 % aus dem zur Verfügung stehenden Staatsbudget finanzieren. Deswegen ist sie in den nächsten Jahren bei der Umsetzung wichtiger Rationalisierungsprogramme weiterhin auf externe Geldgeber wie GFATM, USAID, WHO und deutsche FZ angewiesen. Die im TB-Bereich vorgesehenen Rationalisierungsmaßnahmen, wie z.B. die Reduzierung der TB-Betten, effizienter Spuntum-Transport, Digitalisierung der Labore und die Stärkung und Reorganisation der Primären Gesundheitsversorgung, werden das staatliche Budget mittel- und langfristig entlasten. Obwohl die zukünftige Finanzierung alleine durch das Staatsbudget unsicher ist, ist der Aufbau eines

hochspezialisierten NRLs, ein wichtiger Meilenstein in der Bekämpfung der TB. In Kasachstan wird das nationale TB-Programm seit mehreren Jahren aus dem Staatshaushalt finanziert. Im Rahmen der Effizienzsteigerungen wurde das nationale Labornetzwerk in Kasachstan umstrukturiert und eine elektronische Datenerfassung installiert, so dass das NRL qualitativ hochwertige Daten aus den Laboren für politische Entscheidungen erhält und eine Erfassung und Weiterbehandlung von Patienten ermöglicht.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass der politische Wille zur TB-Bekämpfung besteht und sich in staatlichen Programmen widerspiegelt. Die Rolle externer Geber bleibt bei der Finanzierung der TB-Bekämpfung kurz- bis mittelfristig wichtig, da die Budgetengpässe des Landes bestehen bleiben. Die Nachhaltigkeit des NRLs und der TB-Bekämpfung ist dadurch in absehbarer Zeit aber nicht bedroht. Insgesamt kann die Nachhaltigkeit des wichtigen Beitrags und der Erfolge des NRL im Rahmen der TB-Bekämpfung unter Beachtung der oben aufgeführten Risiken als noch zufriedenstellend betrachtet werden.

Nachhaltigkeit Teilnote: 3

Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

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

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

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

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

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

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

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

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

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